

El tratamiento grupal de adolescentes con trastornos graves de la personalidad: Una aproximación contextual

Group therapy for adolescents with severe personality disorders:
A contextual approach

DIEGO PADILLA TORRES^a, NURIA MARTÍNEZ MARTÍN^a, JOSÉ CARLOS ESPÍN JAIME^a, MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ ARRIERO^b

(a) Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Hospital Universitario 12 Octubre, Madrid, España.

(b) Servicio de Psiquiatría, Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Hospital Universitario 12 Octubre, Madrid, España.

Correspondencia: Diego Padilla Torres (diego.padilla@salud.madrid.org)

Recibido: 18/05/2016; aceptado con modificaciones: 20/09/2017

Resumen: El presente trabajo se centra en los trastornos mentales graves en la adolescencia, y más específicamente en los trastornos de personalidad. La Terapia Dialéctico Conductual (DBT) es uno de los tratamientos con más evidencia para adolescentes con este tipo de trastornos. Entre las terapias contextuales, la DBT se centra en la reducción de los trastornos de conducta graves, haciendo énfasis en el entrenamiento de habilidades. La relación terapéutica es uno de los componentes clave para tratar la patología de personalidad en adolescentes. Asimismo, la combinación con otras terapias contextuales, como la Psicoterapia Analítica Funcional (PAF), permite un mayor efecto de la DBT. El objetivo de este artículo es mostrar cómo la PAF, combinada con estrategias de otras psicoterapias contextuales, supone una mejora clínica en adolescentes con trastornos de personalidad graves. En este artículo se describe la intervención clínica ambulatoria

realizada con cuatro adolescentes de entre 13 y 17 años de edad, diagnosticadas de enfermedad mental grave y con criterios de trastornos de personalidad. Los principales síntomas evaluados fueron la impulsividad, los intentos de suicidio, las autolesiones, la auto y heteroagresividad, los síntomas psicóticos y los problemas del yo. El instrumento de medida utilizado fue el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI). Tras una intervención de cuatro meses, se observó un descenso en las escalas clínicas significativas del MACI. También se encontró una mejoría en cognición, tendencias suicidas, regulación emocional y experiencia del yo.

Palabras clave: trastorno mental grave, adolescentes, Psicoterapia Analítico Funcional, mindfulness, valores, aceptación.

Abstract: The present work focuses on severe mental disorders in adolescence; and more specifically on personality disorders. Dialectical Behavioral Therapy (DBT) has proven effective in teenagers with these disorders. Among contextual therapies, DBT aims to reduce serious behaviour disorders, emphasizing skills training. The therapeutic relationship is one of the key components of successful treatment of personality pathology in adolescents. DBT has a greater effect combined with other contextual therapies, such as Functional Analytic Psychotherapy (FAP). The purpose of this paper is to show how FAP, in combination with the latest technical advances in other contextual therapies, brings about clinical improvement in adolescents with severe personality disorders. Four teenagers, between 13 and 17 years old, diagnosed with a severe mental disorder and meeting some criteria for personality disorders, received treatment in an outpatient setting. The main symptoms evaluated were: high impulsivity, suicide attempts, self-injury, self and heteroagressivity, psychotic symptoms, and problems of the self. Patients were assessed with the Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI). After a four-month intervention, a decrease in the MACI Clinical scales was observed. We also found an improvement in cognition, suicidal tendencies, emotional regulation, and experience of self.

Key words: severe mental illness, adolescents, Functional Analytic Psychotherapy, mindfulness, values, acceptance.

INTRODUCCIÓN¹

EL TRASTORNO MENTAL GRAVE en la infancia y adolescencia se define por la presencia de un diagnóstico clínico grave, de inicio temprano, con comorbilidad asociada y deterioro funcional en diferentes áreas, que requiere de un gran consumo de recursos asistenciales (1–3). Dentro de ellos están los trastornos de personalidad, siendo el trastorno límite el más estudiado, no sólo por el interés que suscita, sino por la gravedad de las conductas que presentan las personas con este diagnóstico (autolesiones, intentos de suicidio, conductas impulsivas, conductas sexuales de riesgo, consumo de tóxicos...). En el abordaje de la patología límite o de personalidad, la visión de los autores es de integración y complementariedad entre diferentes fuentes explicativas, por lo que, aunque se abordan los problemas desde una perspectiva contextual, también se tienen en cuenta los avances y conceptos de otras perspectivas teóricas.

Debido a ello, no sólo es necesario contar con instrumentos técnicos y psicosociales eficaces para la intervención, sino que, a nivel estructural y de agenda del propio profesional, también es necesario establecer una estructura organizativa asistencial que permita la implementación de dichas estrategias eficaces. Por ello, en la Unidad de Psiquiatría y Salud Mental del Niño y del Adolescente, la agenda del profesional se estructura en la llamada Intervención Compleja Prolongada (ICP), en cuyo marco se llevan a cabo actividades como la que se presenta en este trabajo, que dedican al paciente grave el tiempo suficiente como para poder ofrecerle una atención de calidad. La intervención grupal que aquí se presenta está dentro de esta estructura de ICP, con una jornada de la semana dedicada a estos pacientes. Este hecho hace posible que los pacientes en ICP, tanto en terapia de grupo como en seguimiento individual, puedan ser atendidos con el rigor clínico necesario.

Cuando la estructura organizativa asistencial está establecida, y existen huecos en la agenda del profesional, el adolescente con impresión de clínica de personalidad es derivado al programa. Se realiza una evaluación y se interviene principalmente desde una perspectiva contextual, atendiendo a fenómenos psicopatológicos señalados por otras escuelas (por ejemplo, difusión de identidad, establecimiento de las relaciones de objeto...), entendiendo dichos procesos como fenómenos transdiagnóstico, tan importantes en el caso de otras patologías (4,5). El tratamiento de elección de los trastornos de personalidad es el combinado, con una mayor relevancia del tratamiento psicológico (6). La intervención psicoterapéutica que cuenta con más evidencia en adolescentes es la Terapia Dialéctico Conductual (*Dialectical Behavioral Therapy*; DBT, 7).

¹ Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Las pacientes han dado su consentimiento para la publicación de los resultados.

En el contexto sanitario público español existen adaptaciones de esta intervención cuyos resultados están siendo muy prometedores (8). Así, en nuestra área sanitaria se han combinado desde hace años las propuestas básicas de la DBT con estrategias conductuales y contextuales procedentes de otras terapias, tales como la Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy*; ACT, 9), la Terapia de Desactivación Modal (*Mode Deactivation Therapy*; MDT, 10) y la Psicoterapia Analítico Funcional (*Functional Analytic Therapy*; FAP, 11).

La DBT, basada en estrategias de *mindfulness* y en técnicas de modificación de conducta, está dirigida principalmente a la reducción de conductas autolesivas y suicidas, así como a la modificación de las conductas que dificultan el tratamiento (12,13). Los procesos terapéuticos que persigue son la aceptación (mediante la aplicación de técnicas conductuales, estrategias de validación y *mindfulness*) y el cambio (con la utilización del modelado, análisis funcional y habilidades de relación interpersonal). En adultos se ha demostrado su eficacia en el sistema público español de salud (14) y en adolescentes existe evidencia de su aplicación a nivel internacional (7,15) y nacional (8).

Basada en el contextualismo funcional y en la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT, 15), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) influye a través de estrategias dirigidas a romper la inflexibilidad psicológica (16,17) en comportamientos clínicos relevantes en los adolescentes, como la depresión, las autolesiones y los intentos de suicidio, la ansiedad, las conductas impulsivas de consumo de drogas, las relaciones sexuales de riesgo, los trastornos alimentarios, los índices de salud mental en general y los trastornos emocionales. Las revisiones sobre su eficacia en niños y adolescentes demuestran que existe una fuerte evidencia en favor de la ACT frente a otras condiciones de tratamiento usual (18). En nuestro contexto sanitario, existen estudios donde, tras la aplicación de un protocolo breve de psicoterapia, se observa una reducción de la ansiedad-rasgo y la inflexibilidad psicológica, y un aumento de la atención y el rendimiento académico (19, 20).

La Psicoterapia Analítico Funcional (FAP), desarrollada por Kohlenberg y Tsai basándose en el análisis de conducta, sigue los principios del conductismo radical de Skinner y surge en el contexto de tratamiento de pacientes graves con trastornos de personalidad y trastornos que implican alteraciones del self (21, 22). La FAP asume y crea condiciones funcionalmente equivalentes a las situaciones de la vida diaria del paciente fuera de consulta para poder trabajarlas en el aquí y ahora de la sesión, con el fin de proporcionar, desde la relación terapéutica, aprendizajes correctivos y saludables. Las evidencias de la eficacia de la FAP en la infancia y adolescencia han avalado su aplicación, sobre todo en comportamientos clínicos complejos, como las conductas desafiantes (23, 24), los déficits de aprendizaje (25), el entrenamiento en habilidades sociales en pre-adolescentes (26) y el abordaje terapéutico en jóvenes que han cometido

delitos sexuales (27). Existe un estudio que valora los beneficios de complementar la terapia cognitivo-conductual con un tratamiento basado en la FAP que se centra en las interacciones interpersonales que surgen en las sesiones grupales (28). En este estudio se demuestra cómo la terapia grupal mejora no sólo la sintomatología depresiva, sino también las relaciones interpersonales entre los adolescentes. Hay otros estudios donde se describe la eficacia de la combinación de la FAP con la ACT en adolescentes con problemas emocionales (19).

En la Tabla 1 se pueden observar las principales características de las psicoterapias contextuales con adolescentes, así como los aspectos considerados más relevantes para la intervención propuesta.

Las terapias contextuales en su conjunto ofrecen un abordaje eficaz para los trastornos mentales graves.

El objetivo de este estudio es mostrar cómo desde una filosofía contextual, abierta, flexible y orientada al aumento de habilidades y relaciones terapéuticas intensivas, se producen cambios relevantes en adolescentes con patología mental grave. Al mismo tiempo, se plantea la reflexión a nivel transteórico con otras aproximaciones terapéuticas apropiadas para los trastornos de personalidad en la adolescencia, como son la Terapia Basada en la Mentalización (29) o la Psicoterapia Centrada en la Transferencia (30).

MATERIAL Y MÉTODO

a) Sujetos

Las principales características de las pacientes se muestran en las Tablas 2 y 3.

Patricia. Adolescente que comenzó el grupo cuando tenía 13 años y se incluyó en él tanto por la necesidad de ayuda como por su motivación para iniciar un proceso de terapia. En el momento de la evaluación, presentaba cortes en ambos brazos y piernas, y afirmaba que los cortes eran una forma de buscar alivio y diferenciarse de los demás. Se describía como perteneciente a la subcultura de adolescentes “hentai” y mostraba dudas a la hora de expresar estos aspectos por falta de confianza con el terapeuta. No se gustaba a sí misma y cuando se cortaba en los muslos, utilizaba palabras cargadas de desprecio. Decía que en casa se aislaba, ya que desde hacía dos años no se sentía entendida y no percibía afecto por parte de sus padres y hermanos. Describía episodios en los que la crítica y la agresión eran su manera de relacionarse, tanto en casa como con sus compañeros. En consulta se apreciaba que, ante la opinión de los demás, solía guardar la suya y que, cuando hacía un comentario y alguien señalaba algo de lo que había dicho, se quedaba callada, mirando al suelo aislándose en sí misma. Se señaló como conducta clínicamente relevante, como algo a cambiar dentro y fuera del grupo, aprender a expresar lo que pensaba y sentía.

Luisa. Adolescente de 17 años que acudió al grupo por autolesiones graves y un intento de suicidio fallido con ansiolíticos y antidepresivos. Fue derivada al grupo tras un año en seguimiento por psiquiatría, con una evolución favorable. Tanto ella como la familia desestimaron comenzar con un tratamiento psicofarmacológico. Había sido expulsada dos veces de clase por faltas de respeto al profesor y a un compañero. Hacía dos años, había sufrido *bullying* en el colegio. Fue víctima de graves vejaciones y agresiones, que no se atrevió a revelar por miedo a las amenazas recibidas. Estuvo viviendo en esta situación durante un tiempo, hasta que se descubrió y cambió de colegio. Al recordarlo lo expresaba con rabia: “Nadie de mi alrededor se dio cuenta, no valgo nada y nadie vale nada, no puedo confiar en nadie”. Consumía cannabis los fines de semana y tenía conductas sexuales de riesgo con diferentes parejas. Se describía a sí misma como bisexual y señalaba que tenía miedo a dejar de ser ella si aceptaba el proceso de terapia. Su principal objetivo era saber qué es lo que le pasaba y conocer por qué hacía lo que hacía con los demás. En la terapia de grupo, la principal conducta relevante que se observó fue su gran impulsividad y la ausencia de escucha activa, por lo que se estableció la escucha y la reflexión, pararse a pensar por qué hacía lo que hacía.

Marisa. Adolescente de 14 años derivada al grupo tras seis meses en seguimiento en consultas de salud mental, con buena motivación hacia la psicoterapia. Se trata de una chica muy sensible a la crítica, que presentaba gran agresividad ante comentarios sobre su conducta. Mostraba un comportamiento no verbal muy agresivo y ofensivo, del que, al inicio del tratamiento, no era consciente cuando se lo señalaban personas de autoridad o compañeros. En el momento en que acudió al grupo, no existían autolesiones ni purgas, pero sí habían existido en el pasado. La queja de la paciente era su gran enfado y los problemas que estaba teniendo con su familia, su pareja y sus amigas por su comportamiento agresivo. En la evaluación se recogió que la paciente había vivido en una familia con muchas carencias emocionales e incluso con episodios de abandono físico por parte de los cuidadores. A la edad de 11 años, a causa de la enfermedad de la madre, Marisa se tuvo que hacer cargo de ella, responsabilizándose de su comida y de la toma de la medicación, así como de sacar adelante sus estudios y no quejarse en exceso, según explicaba. Siempre daba consejos a sus compañeras de grupo que implicaban agredir, insultar y amenazar a otros. Desde el primer día las compañeras señalaron su comportamiento verbal y no verbal agresivo (elevar el tono de voz, palabrotas, levantarse de la silla y alzar los puños...) como conducta objetivo a señalar y cambiar en el grupo. Ella accedió, ya que su objetivo era mejorar las relaciones con los demás y sentir que los demás se sentían comprendidos por ella.

Dolores. Es una chica de 16 años derivada por dos intentos de suicidio, autolesiones y sintomatología depresiva. Llevaba seis meses en tratamiento psicofar-

macológico con fluoxetina y en psicoterapia individual cada 15 días en el centro de salud mental. En su historial se recoge haber sido víctima de *bullying* y de abandono emocional por parte de ambos padres. En las consultas de evaluación señalaba que no sabía quién era y que no sabía para qué estaba en la vida. Refería sentirse de diferentes modos según con quién estuviera, apuntando que solía cambiar de forma de vestir y de pensar a lo largo del tiempo. Utilizaba las autolesiones como una forma de sentirse viva y de castigarse por cometer errores. Al igual que en las sesiones individuales, en la terapia de grupo se observó una falta de palabras para poder describir sus experiencias emocionales. Además, se apreciaba en ella un aislamiento del resto cuando las pacientes compartían experiencias duras. Ella señalaba que nunca había hablado de sus cosas y esto la hacía sentir muy incómoda. El comportamiento clínico que se estableció desde la primera sesión, y que el resto de las compañeras tenía que observar y señalar, era la apertura de sí misma y la expresión de lo que sentía. El objetivo que le habría gustado conseguir con la terapia de grupo era tener más estabilidad y dejar de estar obsesionada con la muerte.

b) Diseño

Se trata de un estudio descriptivo analítico aplicado en contexto natural. Se aplicó un protocolo de intervención de 16 sesiones semanales de hora y media de terapia. El protocolo es aplicado por un psicólogo clínico especialista en terapias contextuales, con formación en mentalización y psicoterapia centrada en la transferencia, así como formación en psicoanálisis.

c) Instrumentos y medidas

Antes de la inclusión en el grupo, se evaluaron las siguientes dimensiones:

- Psicopatología general:
 - * Conductas clínicas relevantes. Análisis funcional de la conducta a través de entrevista clínica con cada uno de los participantes. Se evalúa en cada caso su comportamiento disfuncional, sobre todo el de alto riesgo (autolesiones, consumo de sustancias, agresiones...).
 - * Difusión e inestabilidad del yo. Se valora el grado de alteración del yo.
 - * Relaciones de apego. Mediante diferentes preguntas, se evalúan las experiencias de apego, intimidad y confianza más fuertes en su historia.
 - * Rasgos de personalidad problemáticos. A través del Inventario Clínico Multiaxial de Millon para Adolescentes (31), se valora la problemática a nivel de personalidad que el paciente presenta.

- Aceptación emocional: relación del paciente con sus emociones, sobre todo de ansiedad y depresión:
 - * Ansiedad Rasgo. Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños (STAI-C, para niños de entre 9 y 15, y STAI para mayores de 16 años; 32, 33).
 - * Evitación Experiencial. Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y, 34). El AQY-17 es un cuestionario de 17 ítems que, en una escala Likert de 5 puntos, examina el grado de inflexibilidad psicológica o de evitación experiencial. Algunos ítems de la escala valoran aceptación, defusión y acción dirigida a valores importantes. Un estudio psicométrico multimétodo proporciona apoyo preliminar para la fiabilidad ($\alpha=0,90$ a $0,939$), con una buena validez convergente. No obstante, aún no existen datos en población española.
 - * Síntomas Depresivos. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II, 35). El BDI-II es la última versión del inventario de Beck. En este caso, se empleó la versión en español baremada con muestras clínicas y no clínicas (36). Se puede aplicar a personas con más de 13 años y ofrece una puntuación de corte que clasifica los síntomas depresivos de leves a graves.
 - * Tolerancia Emocional: segundos aguantando la respiración. Se utiliza como medida equivalente a otros estudios donde se utilizan medidas ecológicas relacionadas con medidas psicométricas que miden la tolerancia al malestar y emociones de dolor o negativas (37).
- Dimensión Cognitiva. Se valora la capacidad de reflexionar, pensar, establecer analogías y comprender normas. Para ello se utilizan diferentes subescalas del WISC-IV (38):
 - * Funciones ejecutivas. Se evalúa mediante la escala de Semejanzas.
 - * Atención, memoria inmediata y memoria de trabajo. Se valoran las habilidades de secuenciación, planificación, alerta y flexibilidad cognitiva mediante Dígitos Directos e Indirectos.
 - * Normas sociales. Se evalúa con la escala de Comprensión.
 - * Razonamiento metafórico. Se utilizan tres escenarios de metáforas, con tres respuestas diferentes, mediante las que se valora la capacidad de establecer metáforas y sacar conclusiones de ellas (39).
- Experiencia del yo: se evalúa la experiencia que el adolescente tiene de sí mismo en varias direcciones. A través de una entrevista clínica semiestructurada, se exploran diferentes dimensiones del yo, como:

- * La capacidad de empatía y toma de perspectiva (diferencia del yo-tú): “*Ahora que llevamos un rato en la entrevista, ¿podrías explicarme cómo te has sentido al inicio? ¿Y ahora? ¿Podrías explicarme cómo me he podido sentir yo cuando me has dicho X?*”.
- * La relación de sí mismo con los eventos privados y la relación jerárquica de los mismos, el grado de autoconocimiento y de descripción de sí mismo: “*¿Cuál es la emoción que más interfiere en tu vida? ¿Dirías que ella es más o tú eres más?*”.
- * El nivel de control de la experiencia del yo a través de variables públicas o privadas, con preguntas como: “*¿Tus actitudes suelen estar influidas en función de con quién estés? ¿Has cambiado tus ideales, tus proyectos de futuro, a lo largo del tiempo?*” (22).
- * Escala del yo (40). Se trata de una escala de 25 ítems tipo Likert con valores comprendidos entre 0 y 6 (según el grado en que se da la experiencia: desde Totalmente en desacuerdo (0) a Totalmente de acuerdo (5)), con ítems como: “*Cuando me siento ansioso o triste, no puedo hacer la mayoría de cosas*”, “*Ante determinadas situaciones siempre me siento de la misma manera o me vienen los mismos recuerdos*”, “*Yo estoy por encima de los recuerdos desagradables de mi vida*”, “*Me fío más de mi experiencia que de la lógica*”, “*Yo soy más importante que el dolor*” o “*Mis emociones siempre han mandado en mi vida*”. Se trata de una escala en proceso de validación que está basada en los últimos hallazgos de la RFT y la PAF (41, 42).

d) Procedimiento de derivación

La derivación al programa la realizan los profesionales de los diferentes centros de salud mental del área. El responsable del programa valora la idoneidad de la inclusión en el mismo en dos sesiones de evaluación. En la Tabla 4, se puede observar el proceso de evaluación.

Si el paciente cumple los criterios de inclusión en el programa se le explican las condiciones y el formato de la terapia de grupo. Tras la aplicación del tratamiento, se realiza una sesión de evaluación formal en la que se administran de nuevo los cuestionarios iniciales con el objetivo de valorar los cambios producidos. Se realiza un análisis funcional de las conductas relevantes iniciales, los cambios producidos y los efectos en las variables de control.

Si se produce una mejoría clínica constatada por el examinador y una reducción significativa de las puntuaciones en las principales escalas, se procede al alta del paciente del programa de intervención grupal. El tratamiento grupal es complementario a la intervención individual, nunca sustitutivo, por lo que el paciente continúa el seguimiento en el proceso asistencial.

e) Intervención

El tratamiento (ver Tabla 5) persigue aumentar diferentes conductas clínicas relevantes, entre las que destacan las de cohesión de grupo, expresión de necesidades y emociones, apoyo a los compañeros, fortalecimiento de repertorio de empatía, toma de perspectiva de uno mismo y de los demás, y validación emocional.

Además, en el proceso se incluyen la observación y focalización de conductas clínicamente relevantes que se trabajan con los adolescentes desde el primer día, del mismo modo que se realiza en otros estudios (28). Las preguntas sobre estos comportamientos con equivalencias dentro-fuera y fuera-dentro (19, 43) van a permitir establecer relaciones con otros comportamientos significativos de fuera del espacio de la sesión. Además, y fundamentalmente, se realizan preguntas sobre las emociones que sienten respecto a los demás y al propio terapeuta (*¿Cómo sientes que esté pensando en cómo ayudarte? ¿Cómo te hace sentir X? ¿Relacionas ese sentimiento con alguna persona de fuera? ¿Hay alguien en tu vida que te hace sentir así? ¿Hay alguien de tu pasado que te ha hecho sentir así?*). La intención es dirigir el proceso a aumentar la interpretación funcional de su conducta con antecedentes históricos o actuales (regla 5 de la FAP: aumentar las Conductas Clínicamente Relevantes tipo 3; es decir, las interpretaciones del paciente sobre su propio comportamiento).

Las dinámicas que se presentan son variadas y han sido recogidas de diferentes manuales o de las propias propuestas de los adolescentes. Los módulos son guías de trabajo que pueden combinarse unas con otras y que pretenden ser flexibles, teniendo en cuenta el proceso del grupo y la conducta clínicamente relevante a potenciar en el grupo (por ejemplo, cohesión, compasión, discriminación de emociones, exposición a emociones dolorosas o establecimiento de confianza).

Cada sesión comienza con un ejercicio de *mindfulness*. Después se trabajan los autorregistros semanales de cada uno de los participantes, profundizando en alguno de ellos y en las experiencias de la semana, y se abordan y conectan dichas experiencias con el contenido de la sesión.

El grupo está formado por un máximo de 10 adolescentes. Se trata de un grupo abierto donde se pueden ir incluyendo adolescentes en cada uno de los módulos tras hablarlo con los pacientes y trabajarlo con ellos. La inclusión de un nuevo miembro se toma como una oportunidad terapéutica.

RESULTADOS

Tal y como muestra la Figura 1, en la dimensión psicopatológica general, se observa una menor afectación en las áreas funcionales (0 equivale a suspenso y 10 a sobresaliente).

También se observan cambios significativos en dimensiones de personalidad psicopatológicas. En la Tabla 6 se presentan los perfiles de las pacientes antes y después de la intervención. Se puede observar cómo, en cada una de ellas, las escalas clínicas se reducen tras la intervención. En el caso de Patricia, había 9 escalas por encima de una puntuación clínicamente significativa y, tras la intervención, sólo resultaron significativas 3 dimensiones del MACI. Para Luisa, la reducción tuvo lugar en 4 dimensiones; en Marisa, en una dimensión; y en Dolores, en tres dimensiones. En la Tabla 6 se puede observar cómo la mayoría de los cambios se producen en las escalas de prototipos de personalidad y síndromes clínicos.

En las medidas de autoinforme, cuyas puntuaciones se recogen en la Tabla 7, se puede observar cómo existe una reducción de los promedios en las cuatro pacientes en cuanto a sintomatología de ansiedad, depresión y evitación experiencial, al tiempo que existe un aumento en la capacidad de tolerar emociones relacionadas con aguantar la respiración.

Como muestra la Tabla 7, en las cuatro pacientes existe un aumento de las puntuaciones en la dimensión cognitiva, así como una reducción de las puntuaciones en la escala del yo, en relación a una mayor integración y estabilidad en la experiencia del yo.

Los datos señalan que la intervención mejora el funcionamiento de las pacientes en su vida, como se observa en la menor afectación de sus áreas funcionales. El nivel de patología tras los cuatro meses también cambia, con una reducción de la sintomatología en las conductas clínicas relevantes, así como en los rasgos de personalidad patológicos. También se redujeron tras la intervención los síndromes y las preocupaciones expresadas.

Un hallazgo importante es que tres de las pacientes que presentaban intención suicida en la evaluación dejaron de puntuar en esta escala tras la intervención. En su caso, la ideación suicida dejó de ser una variable clínica.

A nivel clínico también se han producido grandes avances, como se recoge en la historia de las pacientes y en la información procedente de la coordinación con los diferentes profesionales implicados en el tratamiento. Una vez que fue dada de alta en el grupo, Patricia continuó las consultas de seguimiento cada tres meses en el centro de salud mental y no precisó una intervención farmacológica ni psicoterapéutica intensiva. Luisa estaba comprometida con el proceso de terapia, pero en la penúltima sesión del grupo, una vez que se trató con ella el proceso de alta, dejó de asistir tras un comentario sobre su comportamiento. En sesiones de terapia individual, señaló que se había sentido muy ofendida y que no iba a despedirse del grupo. Meses más tarde, cuando se estableció contacto telefónico con la familia para mostrar interés por la paciente y asegurar el proceso de continuidad asistencial, la madre dijo que había mejorado mucho y que habían disminuido las discusiones

entre ellos, que Luisa había acabado bien el curso y que estaba mucho más estable, sin autolesiones ni comportamientos heteroagresivos. Marisa fue dada de alta del grupo y se produjo una despedida ajustada a su buen proceso de terapia. A día de hoy sigue manteniendo vinculación con la unidad de salud mental y su profesional de referencia en fase de seguimiento, con consultas cada tres meses, sin precisar intervención psicofarmacológica ni psicológica intensiva. Dolores, quizá la paciente con problemas psicopatológicos más serios, fue dada de alta de la intervención, sobre todo por la reducción de las autolesiones y la ideación suicida, y por la mejoría en la relación con las demás compañeras. El cambio más importante, indicativo de buen progreso, fue la reducción de las conductas graves y agudas. Esto permitió su posterior derivación a un grupo de adolescentes de corte menos estructurado y de mayor duración, donde se siguen abordando otros aspectos clínicos relevantes.

En las entrevistas post-intervención, todas las pacientes señalaron que habían mejorado en el área familiar, social y académica, comprendían más sus emociones y podían expresarlas de una forma sorprendentemente más clara. En relación a esto, cabe señalar que en las entrevistas tras la intervención las pacientes aumentaron los segundos que aguantaban la respiración y eran más capaces de tolerar emociones aversivas. El uso de esta medida indirecta del grado de tolerancia emocional en el aquí y ahora de consulta es muy útil, ya que no sólo proporciona un dato objetivo, sino que, además, la disposición ante la tarea nos da claves de la evolución clínica de los pacientes. En la entrevistas post-intervención, se observó que la tarea era tomada como un juego y como un reto más que como algo que no iban a conseguir. Lo que expresaban al inicio de la intervención era: *“No voy a ser capaz de hacerlo”*, *“No voy a aguantar nada”*, *“No puedo hacerlo”*, y tras la intervención lo que decían era: *“Seguro que voy a tardar mucho”*, acompañado de risas.

CONCLUSIONES

Los resultados indican que existe una mejoría en las cuatro pacientes, tanto en la sintomatología general como en los rasgos de personalidad patológicos.

Los datos obtenidos en nuestro estudio son compatibles con los resultados obtenidos con la aplicación de la DBT de forma única (7).

Hay indicios que hacen pensar que existe una mayor integración en la experiencia del yo y una mayor estabilidad en esta experiencia, como se observa en la reducción de las escalas del yo. Aunque los resultados se tienen que reinterpretar una vez que la escala esté validada, los cambios en la escala señalan la evolución que se observa a nivel clínico. Las expresiones de las pacientes a lo largo de la intervención, tales como *“Seguro que mañana siento otra cosa, así que no le daré importancia”*, *“He tenido muchos pensamientos que al final no pasaron”* o expresiones que señalan que se

sienten mejor consigo mismas o que es más cómodo vivir dentro de su piel, sugieren que la intervención contiene semillas que permiten una mayor integración de aspectos diferentes del yo.

El nivel de adherencia de las pacientes a la terapia es alto. Este dato es muy importante si tenemos en cuenta la dificultad de vinculación con el otro que presentan estos pacientes. Se cree que esto es debido, en parte, a las relaciones significativas que se crean en el grupo (las ausencias no fueron superiores a una o dos sesiones por paciente teniendo en cuenta tanto el proceso de evaluación como el de terapia). Esto señala la importancia que tiene la consolidación de un clima afectivo y de respeto entre los participantes y el terapeuta. Será importante realizar estudios que clarifiquen la relación de adherencia con el clima de gran conexión que se da en el grupo. Estos datos son compatibles con lo encontrado en revisiones sobre los tratamientos de autolesiones (44).

La investigación pone de relieve la importancia de la relación terapéutica y cómo se siente el paciente en el grupo con los demás miembros del mismo y con el terapeuta. La terapia de grupo genera un cosmos emocional en todos los miembros que participan en él, ya que cualquier gesto, palabra, desaire o elogio evoca una experiencia emocional conectada con la historia del paciente y con sus experiencias vinculares. Las preguntas dirigidas en este sentido ponen de relieve cómo el paciente se vincula con el terapeuta y con los compañeros, generan reflexión sobre su forma de relacionarse y dan la oportunidad de hacerlo de una forma diferente.

La terapia se focaliza en contenidos emocionales y ayuda a modelar las experiencias, a preguntar por la emoción, anima a “curiosear” en las emociones negativas y establecer analogías y metáforas (por ejemplo, se compara al paciente con una galaxia y sus emociones con cometas que van y vienen) le ayuda a tener una actitud más comprensiva con ellos mismos. La evocación emocional a través de ejercicios o dinámicas, o las propias experiencias que explican los pacientes, basadas en la exposición y la no minimización o evitación de las mismas, crean un clima de intensidad emocional que posibilita los lazos de relación entre ellos.

Esta diada de evocación emocional y focalización en la relación permite que el grupo procese y asimile las emociones en el contexto interpersonal de una forma, posiblemente, más adecuada de la que han vivido.

A raíz de los resultados obtenidos, creemos importante centrar las sesiones de psicoterapia en los diferentes componentes que se han ido exponiendo en el trabajo y que determinan procesos psicoterapéuticos comunes en diferentes tratamientos.

Los procesos de cambio conductual o activación conductual, mediante estrategias de modelado y de reforzamiento diferencial en las sesiones, animan a las pacientes a realizar experimentos o ensayos conductuales dentro y fuera de la sesión.

Las estrategias de desesperanza creativa de la ACT reducen el patrón problemático de conducta para dar lugar a nuevas formas de hacer, generan flexibilidad

conductual dentro de la sesión al mismo tiempo que se establecen compromisos durante la semana para iniciar un proceso de cambio. Estos aspectos son fundamentales en diferentes modelos contextuales (7, 45), pero, en el caso de los adolescentes graves, una terapia centrada en la activación y el cambio es particularmente importante.

Poner el foco en la relación del terapeuta con cada uno de los pacientes y en la relación con los demás es de enorme utilidad. Cuando el terapeuta anima a responder preguntas como: “*¿Cómo te has sentido hoy conmigo? ¿Cómo te hace sentir que esté pensando en la buena marcha del grupo? ¿Qué pensáis de que estemos aquí para hacer lo posible para cuidaros y que avancéis? ¿Cómo crees que me haces sentir? ¿Cómo crees que se siente X contigo de forma general?*”, o preguntas sobre cómo se sienten o qué pensamientos les vienen a la cabeza ante cada una de las personas que forman el grupo, trata de promover el autoconocimiento de sí mismos y la visión que tienen del otro. Centrarse en la relación posibilita una multiplicidad de interacciones sobre las perspectivas de cada uno y permite integrar diferentes aspectos de uno mismo.

Ante ciertos contenidos se realizan preguntas para aumentar la capacidad de discriminar las emociones (por ejemplo, se pregunta si la experiencia emocional que siente aquí con X la ha sentido con alguien más fuera, qué es lo que ha hecho cuando se ha sentido así con esa persona y qué ha sucedido ante lo que ha hecho). La riqueza que aportan estas estrategias es inmensa, ya que son pacientes con una gran falta de conocimiento de sí mismos y de los demás. Esto les permite no estar pendientes únicamente de sus emociones, sino también prestar atención a las de los otros y a las diferencias que puede haber entre ellas. No sólo se trabaja el proceso de las relaciones a través de los sentimientos y los paralelismos con otras relaciones fuera del grupo, actuales y del pasado, sino que se anima a hacer algo en el aquí y el ahora para remediar la interacción aversiva con el otro. Por ejemplo, si, ante la expresión de desdén de una paciente hacia el comentario de otra, ésta se ha sentido incómoda, el grupo se centra en este aspecto, se trabaja entre todos cómo se ha sentido la paciente en la dirección de cuidarla y apoyarla, y se analiza qué podría hacer. Ensayar una conducta y dar reforzamiento ante ella es una oportunidad de oro, en la línea de lo que se observa en la PAF. Este proceso también se da en las psicoterapias basadas en la transferencia (46) y la mentalización (29, 47).

Las emociones son otro proceso terapéutico a trabajar. El hecho de nombrarlas, reconocerlas, saber que unas esconden a otras, el discriminar cuándo expresarlas o cuándo demorar su expresión, el identificar con qué están asociadas y de qué están hechas, el tratar por igual las negativas y las positivas, el tener una actitud de apertura hacia ellas, etc., es un proceso de aprendizaje importante que ha de estar incluido en el tratamiento. Este aspecto es muy relevante en adolescentes graves que están hipoestimulados a nivel emocional o tienen un bajo conocimiento de las emociones, por lo que trabajarlas en las sesiones es de suma relevancia (48).

Las interacciones basadas en *mindfulness* y los ejercicios de distanciamiento de la ACT ayudan al paciente a mejorar el manejo de las emociones más intensas. Este proceso de regulación emocional se basa en el tratamiento basado en las emociones dirigido a pacientes con trastornos de personalidad (49) y es clave en todas las terapias contextuales.

Junto con todo lo anterior, consideramos que el paciente grave tiene que salir del tratamiento con un mayor conocimiento de sí mismo y de su mundo mental y emocional, por lo que el proceso de autoconocimiento es otro aspecto en el que se profundiza. Sobre este proceso pivotan varias líneas de trabajo que se ponen sobre la mesa durante el tratamiento. En primer lugar, la que tiene que ver con los estados emocionales que surgen en la relación con los otros, cómo respondemos ante ellos y las consecuencias que tienen. En segundo lugar, la que tiene que ver con la toma de perspectiva (preguntas que lleven al paciente a ponerse en diferentes puntos de vista), no sólo en relación consigo mismo y con los otros (por ejemplo, *¿Qué pensaría su padre, madre, profesor... de él cuando tenga 85 años?*), sino también en relación a sus eventos emocionales y pensamientos, tomando distancia frente a ellos (entrenamiento en relación deíctica y jerárquica, fundamentalmente desde la ACT). En tercer lugar, el conocimiento sobre los valores y su naturaleza, y las direcciones a tomar en la vida, fundamental para personas en desarrollo. En cuarto lugar, el conocimiento e integración del yo, aportando dinámicas que ayudan al paciente a tener más claro quién es y a tener una experiencia de sí mismo más estable y coherente. Este proceso es perseguido fundamentalmente en la PAF, la ACT y la DBT, así como en las psicoterapias basadas en la integración del self (46, 50).

El tratamiento aplicado recoge lo realizado en otras terapias y aporta de novedoso la integración y suma de los procesos que no se dan en ellas por separado. Entendemos los procesos de terapia como caminos a seguir a lo largo del tratamiento que buscan desarrollar habilidades y experiencias en este contexto, y obtener resultados en salud emocional y psicológica. Los procesos de cambio conductual, las relaciones interpersonales, emocionales y el autoconocimiento son procesos paralelos en diferentes terapias que tienen como objetivo: 1) Proporcionar una intervención focalizada y activa centrada en las relaciones interpersonales y el funcionamiento general de la persona; 2) Proporcionar habilidades de manejo emocional y reflexión (versus impulsividad), centrados en la estabilización del yo y en la integración de la identidad; y 3) Enseñar las dificultades que aparecen a nivel interpersonal preguntándose qué pensamientos y sentimientos tiene el propio paciente y el otro (6).

Un aspecto ventajoso del programa es el hecho de que se le dedique toda una tarde. Dos horas se dedican al grupo y el resto del tiempo a la evaluación de los nuevos pacientes y a la coordinación entre los terapeutas de referencia de cada paciente. Por otro lado, la intervención desde una aproximación contextual ofrece una ventaja

técnica, ya que permite aplicar una psicoterapia de modo efectivo y adecuado, con criterios de calidad.

En el plano asistencial, este programa está incluido en la gestión por procesos del trastorno mental grave del área asistencial del que son remitidos los pacientes y el tratamiento forma parte de la cartera de prestaciones del servicio de salud mental. Este trabajo pretende contribuir al avance y estudio de las psicoterapias aplicadas a la asistencia pública y se suma a otros ya realizados sobre psicoterapias contextuales para pacientes con clínica leve o moderada (20). Pretende también ser una mejora de los anteriores con una intervención adaptada a pacientes graves (19).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Mollejo Aparicio E. Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012.
- (2) Lalucat L, Casalé D, Catalá A, Ciutat A, San Emeterio M, Teixidó M, et al. Plan integral de atención al trastorno mental severo en la comunidad: dispositivos, programas y servicios. En: Verdugo MA, López D, Gómez A, Rodríguez M, coords. Atención comunitaria, rehabilitación y empleo. II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental. Salamanca: Publicaciones del INICO, 2003; p. 269-288.
- (3) Ferrer M, Prat M, Calvo N, Andión Ó. Prevención del trastorno límite de la personalidad del adulto: tratamiento de los adolescentes con síntomas límites. *Rev Psicopatología y salud Ment del niño y del Adolesc.* 2013;4(22):65-70.
- (4) Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behav Ther.* 2012;43(3):666-678.
- (5) Roy-Byrne P. Transdiagnostic cognitive behavioral therapy and the return of the repressed. *JAMA Psychiatry.* 2017; 74(9): 867-868.
- (6) Silk KR, Skodol M, Hermann R. Treatment of borderline personality disorder. *Up-ToDate Wolters Kluwer* 2015;155(11):1645-1646.
- (7) Miller AL, Rathus JH, Linehan M. *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents.* New York: Guilford Press; 2007.
- (8) Delgado C. *Atrapa: Acciones para el tratamiento de la personalidad en la adolescencia.* Madrid: Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBER); 2015.
- (9) Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change.* New York: Guilford Press; 1999.
- (10) Apsche JA, Bass CK, Dimeo L. Mode Deactivation Therapy (MDT): Comprehensive meta-analysis. *Int J Behav Consult Ther.* 2011;7(1):47-54.
- (11) Kohlenberg RJ, Tsai M. *Functional Analytic Psychotherapy: Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships.* New York: Springer; 1991.

- (12) Linehan MM. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
- (13) Linehan MM. Validation and psychotherapy. En: Bohart AC, Greenberg, LS. *Empathy Reconsidered: New Directions in Psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association, 1997; p. 353-392.
- (14) Soler J, Valdepérez A, Feliu-Soler A, Pascual JC, Portella MJ, Martín-Blanco A, et al. Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. *Behav Res Ther*. 2012;50(2):150-157.
- (15) Rathus JH, Miller AL. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. 2002; 32(2): 146-157.
- (16) Levin ME, MacLane C, Daflos S, Pistorello J, Hayes SC, Seeley J, et al. Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *J Context Behav Sci*. 2014;3:155-163.
- (17) Boulanger JL, Hayes SC, Pistorello J. Experiential avoidance as a functional contextual concept. En: Kring AM, Sloan DM, eds. *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment*. New York: Guilford Press, 2010; p. 107-136.
- (18) Swain J, Hancock K, Dixon A, Bowman J. Acceptance and Commitment Therapy for children: A systematic review of intervention studies. *J Context Behav Sci*. 2015;4(2):73-85.
- (19) Padilla Torres D. Análisis retrospectivo de un protocolo asistencial cognitivo-conductual contextual grupal breve en adolescentes atendidos en un centro de salud público. Universidad Autónoma de Madrid: Tesis doctoral; 2013.
- (20) Padilla Torres D, Jiménez Arriero MA. Experiencia clínica de psicoterapia grupal contextual en adolescentes con problemas emocionales. *Clínica Contemp*. 2014;5(1):53-68.
- (21) Kanter JW, Parker CR, Kohlenberg RJ. Finding the self: A behavioral measure and its clinical implications. *Psychotherapy*. 2001;38(2):198-211.
- (22) Padilla Torres D, Santaesteban O, Everts F, Mateu A. Therapeutic strategies to work with the self in adolescents with severe mental disorders. En revisión, 2017.
- (23) Gosch CS, Vandenbergh L. Behavior analysis and the therapist-child relationship in the treatment of an aggressive-defiant pattern. *Rev Bras Ter Comport e Cogn*. 2004;6:173-182.
- (24) Vandenbergh L, Basso C. Informal construction of contingencies in family-based interventions for oppositional defiant behavior. *Behav Anal Today*. 2004;5:151-157.
- (25) Xavier RN, Kanter JW, Meyer SB. Transitional probability analysis of two child Behavior Analytic Therapy cases. *Int J Behav Consult Ther*. 2012;7(2-3):182-188.
- (26) Cattivelli R, Tirelli V, Berardo F, Perini S. Promoting appropriate behavior in daily life contexts using Functional Analytic Psychotherapy in early-adolescent children. *Int J Behav Consult Ther*. 2012;7(2):8.
- (27) Newring KAB, Wheeler JG. Functional Analytic Psychotherapy with juveniles who have committed sexual offenses. *Int J Behav Consult Ther*. 2012;7(2-3):102-110.
- (28) Gaynor ST, Lawrence PS. Complementing CBT for depressed adolescents with learning through in vivo experience (Live): Conceptual analysis, treatment description, and feasibility study. *Behav Cogn Psychother*. 2002;30(1):79-101.

- (29) Allen JG, Fonagy P. *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. New Jersey: Wiley; 2008.
- (30) Yeomans FF, Clarkin JF, Kernberg O. *Psicoterapia centrada en la transferencia. Su aplicación al Trastorno Límite de la Personalidad*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2016.
- (31) Forns M. MACI: Inventario clínico para adolescentes de Millon. En: Fernández Ballesteros R, editor *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos* (CD). Madrid: Pirámide, 2004.
- (32) Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI*. Madrid: TEA; 1982.
- (33) Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAIC)*. Madrid: TEA; 1982.
- (34) Greco LA, Lambert W, Baer RA. Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychol Assess*. 2008;20(2):93-102.
- (35) Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. Manual for Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
- (36) Sanz J, Navarro ME, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Univ Complut Madrid*. 2003;14(3):249-280.
- (37) McCracken LM, Vowles KE, Gauntlett-Gilbert J. A prospective investigation of acceptance and control-oriented coping with chronic pain. *J Behav Med*. 2007;30(4):339-349.
- (38) Wechsler D. *Wechsler Intelligence Scale for Children—Fourth Edition (WISC-IV)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 2003.
- (39) Persicke A, Tarbox J, Ranick J, St. Clair M. Establishing metaphorical reasoning in children with autism. *Res Autism Spectr Disord*. 2012;6(2):913-920.
- (40) Padilla D, Franquesa A. *Escala de Valoración del Yo*. En preparación, 2017.
- (41) Barnes-Holmes Y, Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B. Relational Frame Theory: a post-skinnerian account of human language and cognition. *Adv Child Dev Behav*. 2001;28:101-138.
- (42) Valero-Aguayo L. Psychometric properties of the Spanish version of the Experiencing of Self Scale (EOSS) for assessment in Functional Analytic Psychotherapy. *Psicothema* 2014;26(3):415-422.
- (43) Tsai M, Kohlenberg RJ, Kanter JW, Kohlenberg B, Follette WC, Callaghan GM. *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love, and behaviorism*. New York: Springer; 2009.
- (44) Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; (12):CD012013.
- (45) Pérez Álvarez M. Third-Generation Therapies: Achievements and challenges. *Int J Clin an Heal Psychol*. 2012;12(2):291-310.
- (46) Kernberg OF, Krischer MK, Foelsch PA. Transference Focused Psychotherapy for adolescents: a preliminary communication. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2008;57(8-9):662-692.

- (47) Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51(12): 1304-1313.
- (48) Venta A, Sharp C, Hart J. The relation between anxiety disorder and experiential avoidance in inpatient adolescents. *Psychol Assess*. 2012;24(1):240-248.
- (49) Feenstra DJ. Personality Disorders in Adolescents: Prevalence, Burden, Assessment, and Treatment. Erasmus University Rotterdam: Tesis doctoral; 2012.
- (50) Foelsch PA, Schlüter-Müller S, Odom AE, Arena HT, Borzutzky A, Schmeck K. Adolescent Identity Treatment. An Integrative Approach for Personality Pathology. New York: Springer; 2014.

TABLA I

Características principales de los modelos contextuales indicados en la intervención psicoterapéutica con adolescentes

	ACT	DBT	MDT	FAP
Teoría	Conductismo y Teoría de los Marcos Relacionales	Conductual y Biopsicosocial	Cognitivo-Conductual Contextual	Conductismo skinneriano
Explicación causal de los trastornos	-Inflexibilidad psicológica	-Vulnerabilidad psicobiológica -Invalidación emocional	-Historias de aprendizaje -Esquemas cognitivos disfuncionales	-Historias de aprendizaje disfuncionales -Experiencias de control público del yo
Procesos de terapia	-Valores -Defusión -Acción comprometida -Aceptación emocional	-Mindfulness -Aceptación -Activación	-Reestructuración cognitiva -Defusión -Mindfulness	-Mindfulness -Modelado -Contacto emocional
Innovación	-Relación de jerarquía de pensamientos y de déctica con el yo	-Reducción de conductas suicidas y autolesivas -Validación emocional	-Abordaje de la agresión -Evaluación de relación interpersonal con el terapeuta	-Relación terapéutica afectiva e intensa -Explicación teórica del yo

ACT: Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy*); DBT: Terapia Dialéctico Conductual (*Dialectical Behavioral Therapy*); MDT: Terapia de Desactivación Modal (*Mode Deactivation therapy*); FDA: Psicoterapia Analítico Funcional (*Functional Analytic Therapy*).

TABLA 2

Características principales de las pacientes (evaluación categorial)

	Demográficos	DSM-IV Eje I	Difusión de Identidad o alteración del yo	Déficit en empatía y toma de perspectiva	Intentos de Suicidio previos
Patricia	Mujer, 14 años, nacionalidad española. Familia estructurada	-Depresión Mayor -Trastorno Personalidad No Especificado -Rasgos de evitación y depresión	SI	SI	NO
Luisa	Mujer, 17 años, española. Familia aparentemente estructurada	-Trastorno Límite de la Personalidad -Rasgos histriónicos y disociales	SI	SI	NO
Marisa	Mujer, 14 años, española. Familia con tendencia al abandono emocional	-Trastorno Personalidad No Especificado -Trastorno alimentario	NO	SI	SI
Dolores	Mujer, 16 años, española. Familia desestructurada	-Trastorno Personalidad Límite -Trastorno alimentario	SI	SI	SI

Tabla 3

Características clínicas principales de las pacientes

	Historia relevante	Problemas/fortalezas vida diaria	Conductas relevantes a reducir	Objetivos de la terapia	Conductas a aumentar
Patricia	<i>Bullying</i> Muerte abuela	Autolesiones Pensamientos muerte	Evitación Aislamiento	Mayor confianza en sí misma Relaciones de confianza	Decir lo que piensa Hacerse respetar
Luisa	<i>Bullying</i> Abandono emocional Pérdida de amigo	Autolesiones Impulsividad Agresividad Fracaso escolar	Descripción negativa de sí misma en grupo. Decir lo primero que le viene a la mente	Comprender sus emociones y a sí misma	Autocontrol Toma de perspectiva
Marisa	Historia de abuso sexual Familia negligente	Agresividad Autolesiones Fracaso escolar	Mejorar las relaciones familiares	Aumentar autoconocimiento	Reflexión sobre los antecedentes de su conducta y consecuentes
Dolores	<i>Bullying</i> Familia con abandono emocional	Autolesiones Comunicación suicida Bajo apoyo social	Comunicación suicida Imitación de conductas negativas	Mayor número de amigos Sentirse estable	Expresar sus sentimientos verdaderos Aumentar confianza en sí misma

Tabla 4
Proceso de evaluación

	CONTENIDOS	HERRAMIENTAS
1ª Sesión de Evaluación	<p>Análisis funcional de la conducta problema. Historia del problema. Factores de mantenimiento del problema. Relaciones de apego Factores de personalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de sí mismo • Evaluación de difusión y/o alteración del Yo • Capacidad de toma de perspectiva y de empatía 	<p>Entrevista clínica Administración de cuestionarios psicométricos para cumplimentar en casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inventario de Depresión de Beck II (36) • Cuestionario de ansiedad rasgo y estado (32, 33) • Cuestionario de apertura emocional (AFQ-Y, 34). • Cuestionario del Yo (40) • Inventario Clínico Multiaxial de Millon para Adolescentes (31).
2ª Sesión de Evaluación	<p>Resolución de dudas sobre cuestionarios. Evaluación de impacto emocional de primera sesión de evaluación Evaluación de CCRs sobre la interpretación, confrontación y preguntas realizadas por el evaluador</p>	<p>Entrevista clínica Subescalas del WISC-IV Ejercicio de aguantar respiración Razonamiento abstracto</p>

CCR: Conductas Clínicamente Relevantes

TABLA 5

Módulos, procesos clínicos y contenidos principales de la sesión

REGULACIÓN EMOCIONAL		
MÓDULO 1	PROCESO CLÍNICO	CONTENIDOS DE LA SESIÓN
1ª Semana	<p>Explicación del grupo y de los problemas</p> <p>El grupo es una oportunidad para crecer (listado de comportamientos en sesión a mejorar).</p>	<p><i>Mindfulness</i> sobre la respiración.</p> <p>Presentación de supuestos del grupo</p> <p>Listado de comportamientos clínicos relevantes.</p> <p>Autorregistros</p> <p><i>Mindfulness</i> sobre la respiración</p>
2ª Semana	<p>Análisis funcional de comportamientos y emociones intensas</p>	<p><i>Mindfulness</i>.</p> <p>Explicación de para qué sirven las emociones.</p> <p>¿Qué comunican las emociones?</p> <p>Observar-No Juzgar- Participar.</p> <p>Dibujar o modelar con arcilla las emociones</p> <p><i>Mindfulness</i> sobre la respiración.</p>
3ª Semana	<p>Las emociones están hechas de pensamientos</p> <p>Los pensamientos son sólo pensamientos</p> <p>Yo soy más que los pensamientos y emociones.</p>	<p><i>Mindfulness</i></p> <p>Explicación de dónde vienen los pensamientos.</p> <p>Los pensamientos como tela de araña.</p> <p>Metáfora de los diales</p> <p>Cantar y bailar pensamientos.</p> <p>Escribir pensamientos catastróficos y distanciarse de ellos.</p> <p>Ejercicio del limón.</p> <p><i>Mindfulness</i> sobre los pensamientos.</p>
4ª Semana	<p>Las emociones son un consejero bueno o malo.</p> <p>Atrapar la diferencia.</p> <p>Análisis funcional de situaciones emocionales complicadas.</p>	<p>Psicoeducación de emociones</p> <p>Emociones más difíciles de cada uno.</p> <p>Manejar el dolor, equilibrar la dieta, evitar drogas que alteran el humor, equilibrar el sueño y hacer ejercicio.</p> <p><i>Mindfulness</i> centrado en sensaciones físicas y emociones.</p>

EFECTIVIDAD INTERPERSONAL		
MÓDULO 2	PROCESO CLÍNICO	CONTENIDOS DE LA SESIÓN
1ª Semana	Análisis funcional de situación interpersonal difícil	<i>Mindfulness</i> Toma de perspectiva y empatía Reflexión sobre los estados mentales de las personas implicadas en la relación <i>Mindfulness</i>
2ª Semana	Asertividad	Explicar la diferencia de estilo- pasivo-agresivo-assertivo Describir-Expresar-Asertividad- Reforzar-Ser Consciente- Mostrar confianza y Negociar.
3ª Semana	Mantenimiento de relaciones	Ser gentil, actuar con interés, Validar-Aceptar y facilitar la relación.
4ª Semana	Auto-respeto	Ser razonable, no disculparse en exceso, mantenerse en los valores, ser sincero.

TOLERANCIA AL MALESTAR		
MÓDULO 3	PROCESO CLÍNICO	CONTENIDOS DE LA SESIÓN
1ª Semana	Aceptar la incomodidad Análisis funcional sobre comportamientos de evitación del malestar	<i>Mindfulness</i> sobre pensamientos en sensaciones incómodas Ejercicio de aguantar la respiración. Eyes to eyes. Metáfora del capitán de barco. Metáfora del hombre en el hoyo. Ejercicio de abdominales.
2ª Semana	Centrarse/calmarse en los cinco sentidos	<i>Mindfulness</i> sobre vista, oído, olfato, tacto, movimiento.
3ª Semana	Mejorar el momento	Escuchar canciones favoritas de los adolescentes y adivinar en qué se identifican con ellas. <i>Mindfulness</i> sobre los sonidos y emociones que sugieren.
4ª Semana	Afrontar el momento	<i>Mindfulness</i> sobre la respiración. Ejercicio del body scan. Escribir lo que se siente. Dibujar la emoción.

ESTABILIDAD DEL YO		
MÓDULO 4	PROCESO CLÍNICO	CONTENIDOS DE LA SESIÓN
1ª Semana	¿Qué es la identidad? Lo que no cambia de uno mismo.	<i>Mindfulness.</i> Ejercicio de yo observador. Descripción de uno en diferentes roles de vida. Ejercicio de quién soy yo. <i>Mindfulness</i> de estabilidad del yo.
2ª Semana	Valores. ¿Cómo quieres ser en las diferentes facetas de tu vida? Diferencia entre lo que tú quieres, lo que quieren los demás y las imposiciones sociales.	Descripción de valores por cada uno y discusión en grupo. Diferenciar lo que uno quiere como algo que le ayude a crecer, como algo que le evite el malestar o como algo que le dé placer inmediato (pliance, tracking, augmenting)
3ª Semana	Aceptación/Compasión Regulación emocional basada en la compasión.	Escribir carta a la parte crítica de uno mismo. Ejercicio de línea de vida. <i>Mindfulness</i> sobre persona compasiva en la vida de uno.
4ª Semana	Toma de perspectiva	Ejercicio de toma de perspectiva con la vida de uno mismo y con los demás. Imaginar cómo es la vida del otro. Hacer un guión sobre la vida del otro. Recontar tu historia.

TABLA 6

Puntuaciones de tasa base en Inventario Clínico Multiaxial Millon para adolescentes

		Patricia		Luisa		Marisa		Dolores	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Fiabilidad	W								
Transparencia	X	95*	62	86	81	66	69	89	90
Deseabilidad	Y	21	50	2	7	99	68	41	41
Alteración	Z	98	49	74	74	53	53	98	92
Introvertido	1	89	46	52	42	46	58	102	105
Inhibido	2A	54	55	51	41	31	14	91	94
Pesimista	2B	80	42	69	69	48	50	91	59
Sumiso	3	26	37	2	31	57	9	93	64
Histriónico	4	1	52	40	49	66	66	1	1
Egocéntrico	5	15	47	34	38	92	53	1	1
Rebelde	6A	58	50	89	96	88	88	24	30
Rudo	6B	66	58	67	74	58	82	18	35
Conformista	7	1	45	1	1	54	29	42	52
Oposicionista	8A	90	60	104	87	60	70	63	62
Autopunitivo	8B	71	57	88	68	41	49	68	83
Tendencia Límite	9	76	48	87	79	53	62	47	50
Difusión de la identidad	A	103	48	98	91	61	64	94	106
Desvalorización de sí mismo	B	92	60	65	67	48	42	106	103
Desagrado con el propio cuerpo	C	62	85	108	68	45	42	79	104
Incomodidad respecto al sexo	D	27	67	35	4	39	10	44	45
Inseguridad con los iguales	E	66	32	43	1	57	42	109	110
Insensibilidad social	F	93	62	57	61	112	87	7	40
Discordancia familiar	G	65	72	107	107	74	76	61	35
Abusos en la infancia	H	63	44	108	93	55	68	97	65
Trastornos de la alimentación	AA	59	72	105	103	51	47	72	80
Inclinación al abuso de sustancias	BB	72	55	114	114	68	75	48	58
Predisposición a la delincuencia	CC	40	43	81	81	83	90	3	9
Propensión a la impulsividad	DD	75	42	105	104	82	101	4	42
Sentimientos de ansiedad	EE	18	32	1	1	59	11	97	80
Afecto depresivo	FF	98	50	64	71	49	45	109	94
Tendencia al suicidio	GG	96	62	108	74	51	52	107	70

* Las puntuaciones en negrita hacen referencia a $TB \geq 85$, indicando puntuación clínicamente significativa.

TABLA 7

Puntuaciones en autoinformes y subescalas cognitivas

	PRE					Yo				
	Aceptación Emocional		Dimensión Cognitiva							
	Respiración	AFQ-Y	A. Rasgo	BDI-II	Semejanzas D. Directos	D. Indirectos	Compresión	Metáforas		
Patricia	18,05	45	41	37	27	9	7	24	8	52
Luisa	15,7	55	51	40	24	9	6	22	9	58
Marisa	0,41	40	46	22	12	6	8	23	7	45
Dolores	20,6	34	43	32	34	11	9	33	7	52
Media	13,69	43,50	45,25	32,75	24,25	8,75	7,50	25,50	7,75	51,75
D.T	7,86	7,70	3,77	6,83	7,95	1,79	1,12	4,39	0,83	4,60
POST										
	Aceptación Emocional					Yo				
	Aceptación Emocional		Dimensión Cognitiva							
	Respiración	AFQ-Y	A. Rasgo	BDI-II	Semejanzas D. Directos	D. Indirectos	Compresión	Metáforas		
Patricia	24,05	31	37	17	36	12	10	30	9	41
Luisa	24,6	43	42	32	23	9	6	26	9	36
Marisa	20,4	22	32	14	30	10	12	26	9	39
Dolores	27,6	37	51	26	32	7	7	30	8	85
Media	24,16	33,25	40,50	22,25	30,25	9,50	8,75	28,00	8,75	50,25
D.T	2,56	7,76	7,02	7,15	4,71	1,80	2,38	2,00	0,43	20,14

FIGURA I
Áreas funcionales afectadas < 5.

