

Intervención psicoterapéutica grupal en una Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes desde las terapias contextuales

Group contextual psychotherapy in an Adolescent Inpatient Psychiatric Unit

MÓNICA DÍAZ DE NEIRA HERNANDO^a, MARÍA MARÍN VILA^a, LUIS MIGUEL
MARTÍNEZ GONZÁLEZ^b

a) Psicóloga clínica y doctora en Psicología. Unidad de Psiquiatría y Psicología de Niños y Adolescentes. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda (Madrid).

b) Terapeuta ocupacional. Unidad de Psiquiatría y Psicología de Niños y Adolescentes. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda (Madrid)

Correspondencia: Mónica Díaz de Neira Hernando (monicadiazdeneira@gmail.com)

Recibido: 09/10/2020; aceptado con modificaciones: 23/03/2021

Resumen: Las Unidades de Hospitalización Breve de Niños y Adolescentes son dispositivos para el tratamiento de menores en situación de descompensación psicopatológica aguda cuyo objetivo principal es la contención y estabilización del paciente. Las intervenciones psicoterapéuticas en este tipo de recursos, así como las características de la propia población infanto-juvenil, poseen una serie de particularidades a tener en cuenta de cara a maximizar el potencial psicoterapéutico del ingreso. En el presente trabajo se describe la experiencia de una intervención psicoterapéutica grupal en la Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes del Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda (Madrid). A lo largo del manuscrito se exponen las características del modelo de intervención, basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Psicoterapia Analítica

Funcional, así como su integración con otras actividades de la Unidad. Además, se ilustran las principales dinámicas, dificultades y desafíos que implica la intervención en este contexto psicoterapéutico específico.

Palabras clave: adolescente, hospitalización breve, psicoterapia de grupo, Psicoterapia Analítica Funcional, Terapia de Aceptación y Compromiso.

Abstract: Child and Adolescent Inpatient Psychiatric Units are resources for the treatment of acute psychopathological decompensation. Their main objectives are the global care and the stabilization of the patient. Psychotherapeutic interventions in this specific context, as well as the characteristics of the child and adolescent population, have certain particularities that should be addressed in order to maximize the psychotherapeutic effects of the intervention during hospital admission. This paper describes the experience of a group psychotherapeutic intervention in the Adolescent Inpatient Psychiatric Unit of Puerta de Hierro-Majadahonda University Hospital (Madrid). The characteristics of the intervention model, based both on Acceptance and Commitment Therapy and Functional Analytic Psychotherapy, are described throughout this manuscript. Additionally, its integration with other activities of the Unit is detailed. Potential difficulties during the intervention, as well as main dynamics and challenges when working with adolescents in this specific context, are also presented.

Key words: adolescent, inpatient care units, group psychotherapy, Functional Analytic Therapy, Acceptance and Commitment Therapy.

INTRODUCCIÓN

LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE NIÑOS Y ADOLESCENTES (UHB-A) son dispositivos asistenciales para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de trastorno mental en situación de descompensación que no pueden ser manejados de forma ambulatoria o en recursos residenciales con menor capacidad de contención aguda. Se trata de unidades destinadas a la evaluación, la intervención en crisis y la estabilización de los menores. El régimen de tratamiento es intensivo, con ingresos de 24 horas pero estancias breves, pues uno de los objetivos es evitar el hospitalismo y la pérdida de vínculos con el medio externo (1-2).

Leeman (3) conceptualizó las UHB como medios terapéuticos donde se produce un entorno estable y coherente. Bajo este prisma, describe que estas unidades deben ser entendidas como espacios de seguridad, caracterizados por poseer una atmósfera no punitiva, y donde se procura que la estancia sea breve. No obstante, la práctica clínica diaria también pone de manifiesto características de estos recursos

que suelen ser potencialmente muy aversivas para los pacientes. En primer lugar, son unidades cerradas donde se produce una privación de libertad, en muchas ocasiones de forma involuntaria. Además, el entorno y las personas que están en él, tanto el personal como otros pacientes, generalmente son desconocidos. Las estructuras físicas suelen ser poco cálidas y acogedoras, y existen además muchas normas de funcionamiento que no operan en otros contextos. Por otro lado, cuando se trata de un primer ingreso, aparecen fantasías y prejuicios respecto al mismo. En ocasiones, esta suma de vivencias aversivas desencadena estrés, tensión y hostilidad, facilitando que el propio ingreso se convierta en una segunda experiencia traumatizante añadida a la que originó la crisis.

El formato de terapia grupal ha tenido un papel protagonista desde la creación de este tipo de unidades, tanto en el tratamiento de población adulta como infanto-juvenil (4-7). Los estudios publicados tienden a coincidir en que la psicoterapia grupal supone un recurso terapéutico de enorme utilidad que facilita la consecución de objetivos tales como la reducción de la angustia del paciente, la toma de conciencia sobre su sintomatología en relación a su biografía, la asimilación de la experiencia de ingreso y la promoción de un funcionamiento interpersonal adaptativo, pues permite a los pacientes interactuar en una realidad social simplificada y protegida, pudiendo ejercer esta como una experiencia emocional correctiva (4, 7-9).

En concreto, Chase y Kelly (6) examinaron la experiencia de un conjunto de adolescentes participantes en un grupo de hospitalización focalizado en el aquí y ahora donde se trabajaban las interacciones inmediatas de los miembros como un reflejo del comportamiento fuera del grupo. En estas dinámicas, además, se promovía aumentar la conciencia del estilo de interacción interpersonal y un mejor sentido del *self*. Los adolescentes destacaron como factores terapéuticos la sensación de universalidad, la cohesión grupal, la posibilidad de realizar catarsis y la toma de conciencia. Por su parte, en el estudio de Moses (10), un 30% de los adolescentes señalaron explícitamente el grupo como uno de los elementos de más ayuda en la hospitalización, puesto que favorecía las oportunidades de abrirse a otros, escuchar las historias de sus compañeros, recibir apoyo para no sentirse solos y debatir sobre las habilidades de afrontamiento.

Teniendo en cuenta este tipo de encuadre, autores como Yalom (11) hacen alusión a los conceptos de “sesión única” y “aquí y ahora” como factores que pueden facilitar el abordaje grupal en contextos hospitalarios. Señala que el terapeuta debe entender la vida del grupo como si fuera una única sesión, y que debe focalizarse en generar estructura, identificar los problemas desde una perspectiva interpersonal, abordar emociones y pensamientos, así como promover una continuidad del trabajo al alta, todo ello centrado en el aquí y ahora de lo que ocurre en la sesión. Asimismo, debe construir cohesión entre los participantes y en la sensación de universalidad, de

manera que los pacientes puedan sentir similitudes entre sus procesos a pesar de las diferencias en cuanto a sus diagnósticos o experiencias vitales. En este sentido, se ha destacado la utilidad de que estos grupos se centren más en la estructura terapéutica y las dinámicas que en problemas específicos o diagnósticos (4). Este abordaje resulta congruente con el enfoque de los modelos conductuales-contextuales (12), donde el trabajo terapéutico no se organiza por diagnósticos, sino por clases funcionales de comportamientos, y donde el análisis de la interacción en el aquí y ahora de la sesión resulta una herramienta fundamental de trabajo (13).

Bajo este marco, en el presente trabajo se describe la experiencia de un grupo de psicoterapia en la Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes (UHB-A) del Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda (Madrid) basado en un modelo conductual-contextual. En primer lugar, se exponen las características de nuestra UHB-A, haciendo hincapié en el encuadre y en el desarrollo de la intervención de grupo. A continuación, se describe brevemente el modelo teórico de tratamiento. Seguidamente, se expone la intervención en sí misma, las dificultades que pueden emerger en el proceso de tratamiento, así como la integración del trabajo psicoterapéutico con la intervención de Terapia Ocupacional.

LA UHB-A DEL HOSPITAL PUERTA DE HIERRO-MAJADAHONDA (MADRID)

a) Características de la UHB-A y perfil de paciente

La UHB-A es un recurso terapéutico hospitalario para población de 12 a 17 años en el que se presta atención en salud mental en régimen de ingreso de 24 horas, realizando labores de evaluación, intervención en crisis y estabilización.

El trabajo es multidisciplinar, contando con profesionales de diversas áreas (Psiquiatría, Psicología Clínica, Terapia Ocupacional, Enfermería, Trabajo Social...). La intervención clínica es psicofarmacológica y psicoterapéutica (individual, familiar y grupal). En la unidad, además del grupo de psicoterapia descrito en este trabajo, se llevan a cabo diferentes actividades terapéuticas grupales durante el día, como las actividades de Terapia Ocupacional o las de Enfermería. Asimismo, en la UHB-A existe el apoyo de un Aula Hospitalaria, donde participan profesores que proporcionan una atención educativa lo más individualizada posible. De esta manera, se asegura el proceso de enseñanza-aprendizaje, se favorece la integración socio-afectiva de los pacientes hospitalizados y se fomenta la continuidad del proyecto vital.

Respecto al perfil de paciente, se realizó un estudio descriptivo en la Unidad en el que se evaluaron las características de los 100 primeros adolescentes ingresados, siendo la media de edad (DT) de estos de 15,1 (1,4) años. El 65% fueron chicas y el 35% restante chicos. El 79% de todos ellos eran de etnia caucásica, el 9% latinoa-

mericana, el 8% asiática y el 4% africana. El 92% habían tenido contacto previo con algún dispositivo de Salud Mental y el 78% tomaba tratamiento psicofarmacológico antes del ingreso. A continuación, se muestran en la Tabla 1 los motivos de ingreso y los diagnósticos principales.

TABLA I
*Distribución de pacientes por motivo de ingreso
y diagnóstico principal (N= 100)*

Motivo principal de ingreso	% (n)
Heteroagresividad	35 (35)
Intento de suicidio	15 (15)
Ideación de muerte o suicida	28 (28)
Ánimo depresivo	8 (8)
Alteración en la conducta alimentaria	5 (5)
Alteración de conducta sin agresividad	2 (2)
Síntomas psicóticos	3 (3)
Otros	6 (6)
Diagnóstico principal agrupado (CIE-10)	% (n)
Trastornos por uso de sustancias (F10)	7 (7)
Trastornos psicóticos (F20)	2 (2)
Trastorno afectivo bipolar (F31)	3 (3)
Trastornos depresivos (F32)	18 (18)
Trastorno por estrés postraumático (F43.1)	6 (6)
Trastornos adaptativos y de ansiedad (F40-F43, excepto F43.1)	6 (6)
Trastornos de la conducta alimentaria (F50)	6 (6)
Trastornos del espectro autista (F84)	12 (12)
Trastornos de la conducta y TDAH (F90, F91)	4 (4)
Trastornos de las emociones y la conducta con inicio en la infancia (F92, F93, F98)	27 (27)
Trastornos del vínculo (F94.1, F94.2)	7 (7)
Diagnóstico en estudio	2 (2)

Al analizar los motivos de ingreso de esos primeros 100 pacientes, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los chicos y las chicas, siendo más frecuente en ellos la heteroagresividad (66,7% vs 25%) y en ellas la autoagresividad (57,9% vs 29,2%) ($p < 0,001$) (14).

b) Descripción del grupo de psicoterapia

1. Encuadre y objetivos

El grupo se realiza diariamente de lunes a viernes en horario de mañana, justo al terminar la reunión de equipo en la cual se revisa el estado actual de cada paciente. La duración es de 45-50 minutos. Con el objetivo de no interrumpir la dinámica grupal, durante ese tiempo no se realizan entrevistas individuales con los adolescentes. Se establecen como criterios de exclusión para participar en el grupo: 1) Retraso mental que impida un uso de la comunicación verbal suficiente; 2) Estado psicopatológico del paciente que no le permita beneficiarse de un abordaje grupal (p.ej., estados maniformes); 3) Incumplimiento de las normas del grupo. Respecto a esto último, las normas giran en torno a dos principios: la confidencialidad y el respeto. Se pide asegurar el secreto de lo escuchado en el grupo y se plantea la incompatibilidad de los comportamientos hetero y autoagresivos con la participación en el mismo. Además, se explicita la importancia de hablar desde la propia experiencia, respetando la subjetividad de los demás.

La intervención se realiza en una sala multiusos con las sillas en círculo. El abordaje grupal se lleva a cabo en co-terapia. La intervención es liderada por la psicóloga clínica de la UHB-A y el terapeuta ocupacional actúa como co-terapeuta.

El primer objetivo de la intervención grupal es evitar que la propia hospitalización sea una experiencia re-traumatizante para el paciente. En este sentido, se parte de la base de que si el ingreso es vivido como una experiencia traumática, no solo podría contribuir a un empeoramiento sintomático, sino también a la potenciación de la experiencia de que el adulto no es una figura de cuidado fiable. Además, podría producirse una pérdida de confianza en el Sistema de Salud Mental para apoyar su recuperación.

Por otro lado, en el grupo se persigue que los adolescentes tengan un mayor conocimiento de sí mismos que les permita dar sentido a la experiencia vivida actual en relación con su historia pasada, de forma que logren un mayor autocontrol sobre sus propias acciones. En esta misma línea, se pretende fomentar la proyección de futuro a través de la promoción de acciones conectadas a los valores.

Finalmente, en el marco de la intervención grupal se pretende facilitar las tareas propias de la adolescencia desde una perspectiva adaptativa; entre otras, evitando la construcción de su identidad como pacientes psiquiátricos.

2. Modelo de intervención

La intervención descrita en el presente trabajo está construida desde un modelo conductual-contextual de psicoterapia (12). Dentro de los desarrollos de la Terapia de Conducta, el contextualismo funcional rescata la importancia del contexto y de la función del comportamiento. A nivel de intervención se produce un cambio cualitativo frente a las terapias de Primera y Segunda Generación (Terapia de Conducta clásica y Terapia Cognitivo-Conductual), dado que el objetivo no es la eliminación de síntomas, sino la construcción de repertorios flexibles y efectivos que permitan lograr una vida con más significado (15). En este sentido, se plantea una intervención basada en dos terapias contextuales cuyos objetivos e intervenciones son complementarios: la Psicoterapia Analítica Funcional y la Terapia de Aceptación y Compromiso (16,17).

La Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) plantea el uso explícito de la relación terapéutica como herramienta fundamental de cambio en el contexto de la psicoterapia (13). El foco de la intervención se centra en el proceso interpersonal generado entre terapeuta y paciente, utilizando el análisis funcional de la conducta en sesión para establecer equivalencias funcionales con los comportamientos problemáticos del paciente en su vida diaria. El terapeuta ha de discriminar e intervenir sobre lo que han sido definidas como las Conductas Clínicamente Relevantes (CCR), que son aquellos comportamientos que el paciente realiza en sesión en interacción con el profesional. De manera más específica, se han descrito las denominadas CCR1, que son todos aquellos comportamientos relacionados con las dificultades del paciente en su vida diaria y que son problemáticos (p.ej., evitación del contacto ocular con el terapeuta en un paciente que presenta problemas de inhibición); las CCR2, que son aquellas conductas que suponen una mejoría dentro de la sesión (p.ej., mantener la mirada); y las CCR3, que son conductas verbales del paciente que describen relaciones funcionales de su propio comportamiento; es decir, se trata de explicaciones del paciente sobre lo que le ocurre desde una perspectiva funcional (p.ej., el paciente describe en sesión que se ha dado cuenta de que cada vez que el terapeuta habla de un tema que le resulta complicado, evita mirarle).

La aparición de la FAP surgió para dar respuesta al abordaje de problemas psicopatológicos complejos que normalmente resultan resistentes a las psicoterapias y que específicamente poseen un fuerte componente relacional (p.ej., los trastornos de la personalidad), suponiendo una reconceptualización conductual-contextual de términos psicodinámicos clásicos como los de “transferencia” y “contratransferencia”.

Por su parte, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se asienta en la Teoría del Marco Relacional (RFT) y en constructos como el de “Trastorno de Evitación Experiencial” o el de “inflexibilidad psicológica” (18,19). Estos conceptos

hacen referencia a patrones de comportamiento rígidos (como las auto y heteroagresiones, el consumo de tóxicos o el aislamiento) orientados a la evitación/control del malestar generado por diversos eventos privados aversivos (recuerdos, pensamientos, sensaciones, emociones...). Estos comportamientos, pese a que generan un alivio del malestar inmediato, impiden construir una vida orientada a los valores personales. Diversos estudios han encontrado que estas dimensiones son comunes a la mayoría de los trastornos psicopatológicos (20) y que la ACT es útil para el incremento de la flexibilidad psicológica en adolescentes (21-24).

En congruencia con el modelo contextual, la actitud terapéutica de la intervención realizada en nuestra UHB-A está basada en un modelo humanista y centrado en la persona (25). Se establece una relación de colaboración y ayuda en la que los terapeutas son presentados a sí mismos como personas que también están influidas por el mundo emocional y social, evitando asumir un “rol de experto”. En última instancia, se trata de generar un vínculo empático y cercano que promueva el autoconocimiento desde una actitud de curiosidad a través de la escucha reflexiva y la validación de sus vivencias. En el grupo se realiza un trabajo constante de comprensión, traducción y clarificación de las experiencias internas que dé a los adolescentes la oportunidad de realizar cambios por elección propia, sin que sean impuestos desde el exterior, generando perspectivas más amplias.

3. Desarrollo de las sesiones: dinámicas, intervenciones específicas y temáticas grupales

Las sesiones comienzan con la presentación del grupo a los nuevos miembros que se incorporan por primera vez. En este momento se realiza también una clarificación del encuadre terapéutico (horarios, confidencialidad, respeto, turno de palabra...). Una de las principales funciones de los terapeutas es velar por mantener la protección del grupo y de sus miembros. En términos generales, pretende alcanzarse un equilibrio entre las normas y la facilitación de la libre expresión. El encuadre grupal en este contexto exige alta flexibilidad por parte de los terapeutas dada la falta de continuidad en el tratamiento al tratarse de hospitalizaciones breves, así como por la variabilidad en los perfiles de los pacientes.

En primer lugar, resulta ineludible abordar los conflictos que pueden surgir en el “aquí y ahora”. En la situación de hospitalización se produce un cambio en el contexto de los adolescentes que impone una restricción de la libertad y autonomía previas, incluyendo normas y horarios estrictos, así como la obligación de convivir con otros iguales y estar bajo el cuidado de personal sanitario, algo que muchas veces resulta ajeno a lo conocido previamente. De esta manera, resulta habitual que surjan problemas de adaptación y de relación que formarán parte del contenido de las sesio-

nes de grupo, y que además se tratan en equivalencia funcional con las problemáticas que presentan los pacientes en su vida diaria.

En algunas ocasiones, los pacientes plantean temas espontáneamente; en otros momentos, se exploran distintas áreas de forma más dirigida, siempre traído a colación de las necesidades que son detectadas en el propio grupo. En cualquier caso, existen algunos contenidos que de forma reiterada aparecen como focos de la psicoterapia, como son las experiencias traumáticas pasadas, la relación con los progenitores, la interacción con los iguales, los conflictos con la pareja, el acoso escolar, los comportamientos problemáticos (p.ej., autolesiones) o el consumo de sustancias. Habitualmente, aparecen quejas hacia el personal o las normas que permiten analizar los conflictos que están en relación con sus experiencias pasadas en otros contextos, pudiendo realizar equivalencias funcionales.

Una de las mayores dificultades que presentan los pacientes es la evitación del intenso malestar, ya que quedan fácilmente “fusionados” con muchos contenidos que para ellos son problemáticos. Aquellos adolescentes que han sufrido maltrato psicológico, físico y/o sexual han hecho verdaderos esfuerzos por evitar contactar con los recuerdos traumáticos a través de comportamientos problemáticos como el consumo de drogas o las autolesiones. En este sentido, el simple hecho de permanecer en la sesión puede hacer que se desencadenen en ellos sensaciones muy intensas de inseguridad y miedo. Por ejemplo, una chica con una historia de abuso sexual en la infancia no era capaz durante las primeras sesiones de terminar el grupo y pedía salirse en cuanto alguien contaba algo que la conectaba con su dolor (CCR1). Tras pocos días, fue capaz de quedarse hasta el final e incluso de realizar algún ejercicio de identificación de sensaciones con los ojos abiertos (CCR2). El primer día que consiguió cerrar los ojos a mitad de un ejercicio de *mindfulness*, los abrió y miró a la terapeuta, que le aseguró que lo estaba haciendo bien, explicitando que aquí y ahora se encontraba en un lugar seguro. Fue finalmente capaz de continuar hasta el final, con la satisfacción correspondiente por su parte. Pudo identificar que este proceso era igual a lo que le ocurría todas las noches al intentar dormirse, por lo que pedía la medicación antes de irse a la cama. Como puede observarse, la relación terapéutica, así como el encuadre del grupo, facilita que progresivamente los pacientes vayan exponiéndose a sus propios eventos privados y a regularse de manera diferente frente a ellos.

Por otro lado, muchos pacientes manifiestan grandes dificultades para identificar sus experiencias internas y explican su comportamiento en función exclusivamente del contexto externo (p.ej., “*me corté porque me dijo que era una inútil*”), siendo opaco para ellos el acceso a los eventos privados que pudieron mediar en sus acciones. Por ello, se intenta trabajar de forma progresiva la identificación de sensaciones, emociones y pensamientos. A través del análisis funcional en grupo se

producen muchos momentos para clarificar sus eventos privados (p. ej., “*¿Podemos analizarlo un poco más despacio?, ¿qué sensaciones notaste en tu cuerpo al escuchar que eras una inútil?, ¿dónde lo sentiste?, ¿te vino algún recuerdo?, ¿qué pensamientos te vinieron?, ¿qué emociones aparecieron?, ¿notaste algún impulso?*”).

En esta misma línea, durante las sesiones grupales se intenta favorecer la toma de perspectiva ayudando a los pacientes a realizar un análisis funcional de sus conductas. Es decir, se les ayuda a poder analizar la función de sus comportamientos, las consecuencias inmediatas de los mismos, así como lo que ocurriría a largo plazo en caso de continuar manteniendo dichas conductas. (p. ej., “*¿puedes explicarnos para qué te cortaste en ese momento en el que nos explicabas que te sentías inútil, que te habían venido recuerdos muy dolorosos y que notabas mucha ansiedad y angustia?; ¿cómo te sentiste justo cuando te habías cortado?; ¿qué pasó en ese instante con la sensación de inutilidad, con los recuerdos, con la ansiedad?; ¿pararon por un tiempo?; ¿y, cuando pasaron unos minutos, qué sentiste, qué te vino a la mente?; ¿y más tarde, cómo te sentiste, conseguiste que ya nunca más te vinieran los recuerdos, los pensamientos o la ansiedad?; ¿te imaginas si sigues cortándote cada vez que te venga todo eso por dentro? Imagina si te cortaras durante 5 años más... ¿Cómo te encontrarías?, ¿tu vida estaría mejor o peor que hoy?, ¿tú te sentirías mejor o peor que hoy?, ¿se habrían ido totalmente la ansiedad y los recuerdos?...”).*

Es interesante destacar que el formato grupal ayuda a que puedan poco a poco ir comprendiéndose mejor a sí mismos a través del modelado. El análisis funcional en grupo permite que se identifiquen en las experiencias ajenas y puedan acceder a sus propios eventos privados. En ocasiones, los pacientes no saben describir cómo se sienten, pero al escuchar la descripción de otros compañeros identifican pensamientos, sensaciones, impulsos y emociones propias. El grupo permite además que observen en otros lo problemático de algunos de sus comportamientos. Por ejemplo, si algún paciente plantea un problema con el consumo de drogas, muchos adolescentes son capaces de ver los paralelismos con otros comportamientos, como las autolesiones o la restricción alimentaria. A través del análisis funcional se evidencian los patrones con diferentes contenidos, pero con la misma función.

Bajo este marco, se incluye también el trabajo con los valores personales y su conexión con acciones valiosas que caen dentro de su capacidad de control. Un grupo numeroso de los adolescentes ingresados tienen antecedentes de pensamientos y/o comportamientos suicidas, y suelen mostrar déficits muy importantes para proyectarse en el futuro y para contactar con aquello que les hace sentirse vivos. Se observa que, cuando se dedican sesiones a clarificar valores, los adolescentes son capaces por primera vez en mucho tiempo de mostrar entusiasmo. Algunos cuentan que aman profundamente a los animales y que con ellos se sienten queridos, otros explican que hacen un voluntariado, otros hablan de sus habilidades artísticas, de

sus creaciones literarias y musicales, etc. Por ejemplo, en una ocasión, una paciente que tenía una ideación suicida muy estructurada y persistente, y a quien le costaba mucho participar e implicarse en las actividades grupales, fue capaz de hablar de ella misma en el futuro al contactar con lo mucho que amaba la fotografía, visualizándose como fotógrafa profesional.

Durante las sesiones se trabaja, además de la identificación de experiencias internas, la aceptación, el distanciamiento y la conexión con el presente. Para ello se proponen ejercicios de atención plena (p. ej., *mindfulness* centrado en la respiración, “*body scan*”, *mindfulness* centrado en sonidos...) como un modo de entrenar la habilidad de estar en el presente, así como para analizar las dificultades que surgen con los eventos privados que emergen. En ocasiones se proponen ejercicios físicos sencillos e inicialmente “neutros” (como correr o hacer flexiones) para facilitar que contacten con diversas sensaciones físicas como el calor, la tensión, el cansancio, la presión, la aceleración del corazón, etc... El objetivo es que, progresivamente, puedan atreverse a experimentar experiencias internas en un contexto seguro que facilite repertorios más flexibles. Las habilidades de distanciamiento son especialmente útiles para los adolescentes que presentan síntomas en la esfera obsesiva y psicótica. En términos de la Teoría del Marco Relacional, se observa que frecuentemente su experiencia del Yo está enmarcada en equivalencia con los pensamientos que tienen (p. ej., una paciente con diagnóstico de anorexia nerviosa decía “*soy gorda, soy un asco*”). Habitualmente se emplean técnicas típicas de ACT, como las metáforas (p.ej., autobús), los ejercicios de “defusion” (p.ej., imaginar los eventos privados en una pantalla de cine) y de “jerarquía del Yo” (p. ej., metáfora del cielo y las nubes). Todos ellos se encuentran dirigidos a favorecer la experiencia de “Yo contexto”, y con ello la flexibilidad de sus respuestas ante el malestar intenso.

Los terapeutas en el grupo tienen un papel activo y es habitual el uso de las autorrevelaciones como una forma de modelado, siempre y cuando se considere beneficioso para el desarrollo de la sesión. Por ejemplo, en alguna ocasión, cuando se ha trabajado con los pacientes la tolerancia al malestar al servicio de un objetivo a largo plazo, les hemos explicado cómo nos hemos sentido nosotros mientras teníamos que estudiar para lograr la titulación (p.ej., “*recuerdo la sensación de pereza, el cansancio, las dudas sobre si conseguiría aprobar o no...*”) y cómo nos sentimos ahora en un trabajo que nos encanta (p.ej., “*¿creéis que nos gusta nuestro trabajo?, ¿cómo creéis que nos sentimos aquí con vosotros?, ¿creéis que nos ha merecido la pena el esfuerzo?*”).

Tras el cierre de la sesión se da la oportunidad a los adolescentes que se marchan de alta de despedirse del grupo y de analizar su evolución desde el ingreso. Asimismo, se les invita a anticipar dificultades y revisar los apoyos al alta. En este momento, se destacan los cambios observados en su comportamiento en la propia psicoterapia grupal, en la línea de reforzar las CCR2 (p. ej., “*hoy que es tu último*

día quería preguntarte si recuerdas cómo estabas en el grupo los primeros días... Yo te recuerdo mirando al suelo, sin hablar... Incluso algunos días te marchabas antes de que terminase la sesión... Estos últimos días, sin embargo, has podido estar atento a lo narrado por tus compañeros, has podido participar explicándonos cómo te sientes y hoy nos has contado tus planes para los próximos meses”). Algunas veces son los propios adolescentes quienes de forma espontánea establecen este tipo de interpretaciones (CCR3).

Finalmente, se pone en común con el equipo de la Unidad los aspectos más relevantes para la mejor comprensión de los pacientes. Esto se realiza en dos momentos. En primer lugar, de forma inmediata justo al terminar el grupo; de esta manera, se pueden contextualizar mejor las reacciones de los pacientes tras la actividad y así responder de forma apropiada a sus necesidades. En segundo lugar, se proporciona *feedback* de forma diferida en la reunión diaria en la que se realiza una revisión multidisciplinar del estado de cada paciente.

4. Dificultades y situaciones conflictivas

La intervención grupal siempre está sujeta a numerosas dificultades y desafíos, máxime cuando se lleva a cabo en un entorno terapéutico como el descrito en este trabajo. En primer lugar, cuando se producen situaciones que atentan contra las normas del grupo, esto se utiliza como material clínico y se trabaja dentro de la propia sesión. En términos de FAP, tal y como se ha comentado anteriormente, las conductas que emergen en estas situaciones se abordan como CCR y se realizan equivalencias funcionales fuera del ámbito terapéutico. Si no es posible hacerlo, ya que la conducta del paciente es muy disruptiva para él o para los demás, se pide a la persona que abandone el grupo y se clarifica en otro momento lo sucedido.

Por otro lado, existen dificultades específicas de los adolescentes en el desarrollo del grupo, como son su poca capacidad para regularse emocional y conductualmente, su tendencia a realizar comportamientos externalizantes ante las emociones intensas y su elevada angustia al contactar con el profundo malestar que sienten. Muchos de ellos han sufrido vivencias traumáticas que los han empujado a establecer estrategias de control y evitación para poder seguir adelante. Al invitarlos a centrarse en ellos mismos, contactan con todas sus experiencias aversivas, y en muchas ocasiones no pueden tolerarlo, dificultando en ocasiones la realización de ejercicios grupales.

Una situación relativamente frecuente en relación con las dificultades de autorregulación de los pacientes son las interrupciones, en ocasiones preguntando algo inadecuado, o interviniendo con un cambio de tema. Estos comportamientos son conceptualizados como CCR1 y se utilizan para analizar las consecuencias a nivel grupal (p. ej., *“Parece que hoy tienes ganas de que acabe el grupo. Sin embargo, nos gustaría reflexionar sobre lo que acaba de ocurrir. ¿Cómo crees que se ha sentido tu compañera, que*

mientras nos contaba lo mal que le trataba su padre cuando bebía, tú has preguntado que cuánto falta para acabar mientras bostezabas y te estirabas... ¿Quieres decirle algo a tu compañera? ¿Te ocurre en otras situaciones algo parecido?; ¿cuando algo te resulta incómodo, difícil o alejado de tu propia experiencia, te cuesta conectarte?; ¿te ha traído problemas otras veces?; ¿cómo podríamos ayudarte con esto?; ¿sería un avance para ti el poder estar atento sin interrumpir con este tipo de comentarios hasta finalizar el grupo? Si lo consigieras, ¿para qué te serviría tener esta habilidad, te ayudaría en otros ámbitos?...”). Es una importante tarea por parte de los terapeutas que el contexto grupal sea lo más seguro y validante posible para la experiencia de todos los miembros, dadas las circunstancias previas que los pacientes han vivido en su ambiente natural.

Otra situación complicada es la manifestación de comportamientos autolesivos (p.ej., a través del rascado de heridas previas). En estos casos, si es posible frenar el comportamiento a través de la verbalización de lo que está ocurriendo, invitamos a que el adolescente pare y se quede en el grupo, ayudándole a comprender los desencadenantes, los eventos privados y la función de su conducta en ese momento, así como las consecuencias de continuar haciéndolo. En ocasiones en las que no existe esta posibilidad por la situación de inestabilidad y falta de regulación, pedimos que alguien del personal acompañe a la persona fuera de la sala para garantizar su seguridad y proteger a los demás miembros del grupo, dando la oportunidad a los demás participantes de hablar de cómo les ha impactado lo ocurrido en ese momento y de la relación con sus problemas.

Por otro lado, en las sesiones suelen emerger conflictos implícitos y explícitos entre los pacientes. De nuevo, si hay posibilidad de poner en palabras lo ocurrido sin descontrol conductual los apoyamos para poder aclarar estas situaciones e identificar equivalencias en su contexto diario. Además, cuando aparecen vínculos muy intensos entre pacientes, se reflexiona con ellos acerca de las probables dificultades que se producirían en un entorno natural, no protegido, si se mantuvieran al alta las relaciones con los compañeros de la Unidad.

Es interesante destacar que hemos observado en algunos pacientes una tendencia a la “hiperacomodación” de la situación de ingreso que facilita evitar tratar cualquier aspecto problemático, doloroso o conflictivo en aras de una supuesta estabilización (p.ej., negando el malestar, no hablando de las experiencias difíciles, pidiendo rescates de medicación ante los primeros signos de malestar, etc.). Se observa cómo en el propio grupo evitan hablar del motivo de ingreso (p. ej., dedicando el espacio grupal a quejarse de las normas) como un comportamiento evitativo más en el marco de un patrón más amplio de evitación experiencial.

Un objetivo de la intervención es que la UHB-A sea un lugar estructurado, predecible y respetuoso, puesto que esto maximiza la vivencia de una experiencia emocional correctiva. Sin embargo, en algunos casos este contexto se convierte en

el único que se ha vivido así, por lo que existe un riesgo real de hospitalismo. Es preocupante la posibilidad de que el propio sistema pueda reforzar las conductas problemáticas como las autolesiones o los intentos de suicidio puesto que son la llave de acceso al ingreso hospitalario y por tanto al tratamiento psicoterapéutico intensivo. Por ello, es esencial armar un plan al alta que permita sostener y acompañar al adolescente y su familia. En ese sentido, desde la intervención grupal se explicitan las pérdidas en torno a la libertad y la autonomía que supone el estar ingresado (p.ej., *“Me gustaría que imaginaras cómo sería el seguir ingresado durante meses o incluso años en un lugar donde hay normas muy rígidas a las que te cuesta muchas veces adaptarte, donde no puedes salir cuando lo deseas, donde no tienes acceso a contactar cuando y como quieras con familia y amigos...”*), así como poner en valor las oportunidades que les ofrece la vida en relación al futuro proyectado por ellos mismos (p.ej., *“Recuerdo que hace unos días en el grupo hablabas de lo mucho que te gustaría ser educadora infantil porque tienes muchas cualidades para trabajar con los niños. Te veías a ti misma como una persona muy empática y capaz de cuidar con cariño a los niños, igual que hacías con tus primos. Y revisamos juntos los pasos que tenías que ir dando para alcanzar esta meta. Yo me pregunto si todo esto es compatible con estar ingresada continuamente...”*).

5. Integración del trabajo psicoterapéutico con la Terapia Ocupacional

Las actividades de Terapia Ocupacional llevadas a cabo en la UHB-A suponen otro contexto donde la validación, escucha, seguridad, contención, comprensión y/o empatía están presentes. De esta manera, se trata de una terapia que, a través de sus propias dinámicas y metodologías, está orientada a complementar y a reforzar todo aquello que se pone en juego en la psicoterapia grupal. Se aplican dinámicas individuales y grupales y se prioriza la expresión a través de estrategias no verbales como el dibujo o el cuerpo. Dichas actividades las lleva a cabo el terapeuta ocupacional en dos sesiones diarias, una por la mañana, en la que el grupo se divide en dos (mientras unos participan en Terapia Ocupacional, los demás pacientes realizan actividades en el Aula Hospitalaria, y luego se intercambian), y otra por la tarde, con una duración aproximada de una hora por sesión.

A continuación, se exponen a modo de ejemplo dos técnicas para ilustrar lo descrito que están especialmente conectadas con el trabajo realizado en el grupo de psicoterapia.

La dinámica individual *“Mis manos son capaces de...”* está encaminada a facilitar el autoconocimiento, la construcción de una identidad distinta a la de paciente psiquiátrico y el contacto con aquello que los hace valiosos, a través de un lenguaje diferente del que opera en la psicoterapia grupal pero complementario, primando lo no verbal.

Utilizando como base del trabajo una cartulina Din A3, cada adolescente traza en ella el contorno de sus manos tratando de reflejar en el proyecto todas aquellas capacidades que poseen sus propias manos para hacer cosas que son valiosas y significativas para ellos, siguiendo el trabajo en valores típico de la ACT. Se deja claro que no ha de ser un compendio de todas las cosas que saben hacer con sus manos, ni obviamente se permite que queden expuestas acciones encaminadas a dañarse a sí mismos o a terceros (p.ej., agredir, autolesionarse o romper objetos).

En este proyecto surgen mensajes tales como: *“mis manos son capaces de ayudar”, “gracias a mis manos puedo cuidar y abrazar”, “mis manos sirven para escribir cuentos”, “con mis manos puedo curar y consolar”, “mis manos juegan y transmiten mensajes”, “mis manos tienen la suficiente sensibilidad para con solo acariciar las teclas de un piano crear música”*... Durante el proceso de elaboración del trabajo se pueden observar distintos comportamientos que resultan ser clínicamente relevantes (p.ej., impulsividad, baja implicación, dependencia, escasa tolerancia a la frustración...), algo que da la oportunidad a que puedan ser trabajados en ese momento, y siendo reforzados o extinguidos según las reglas FAP. Posteriormente, además, se da una continuidad a la intervención sobre estos comportamientos en el grupo de psicoterapia. Por ejemplo, una adolescente, durante la realización del proyecto, nunca estaba conforme con el resultado del dibujo y pedía rehacerlo continuamente hasta el punto de querer abandonar la tarea por la angustia que le generaba no cumplir con sus expectativas (CCR1). En la actividad se bloqueó el abandono de la tarea y durante el grupo de psicoterapia, al hablar acerca de la posibilidad de hacer algo distinto de lo que dicen nuestros pensamientos, se le señaló: *“¿Recuerdas lo que te pasó hace dos días mientras hacías el proyecto de las manos? Verbalizabas: no me está quedando bien, no soy capaz de hacerlo, otros pueden y yo no, etc... Sin embargo, ahí podemos ver colgado tu trabajo. Aunque tus pensamientos decían que no podías, vemos que tú pudiste hacerlo”*.

Por otro lado, la dinámica grupal *“Mi cuerpo y mi silla”* se desarrolla a través de tres sesiones con dinámicas diferentes y objetivos complementarios.

La primera sesión tiene el objetivo principal de facilitar en los adolescentes experiencias corporales agradables consigo mismos y con el grupo en un contexto de seguridad. Dado que los adolescentes con historias traumáticas en muchas ocasiones suelen mostrar rechazo a sus propias sensaciones corporales, se considera necesario el proporcionar espacios donde puedan experimentar su cuerpo como un lugar seguro capaz de disfrutar. Se trata de mostrar en grupo diferentes posiciones del cuerpo en una silla siguiendo diversas consignas para finalmente asociar conceptos a estatuas.

La segunda sesión tiene el objetivo de aumentar el autoconocimiento en relación a las emociones. Esto se trabaja asociando estatuas a distintas emociones, dando pie al grupo a reflexionar sobre la gradualidad de las mismas y el paso de unas a otras, representándolas como si fuesen los fotogramas de una película.

Finalmente, la tercera sesión tiene el objetivo de promover la toma de conciencia de los cambios operados durante el ingreso hospitalario. Para ello, se emplean dos estatuas que enmarcamos en relación de oposición, que representan en un extremo la apertura, la salud y la flexibilidad (que identificamos con la imagen de una “estrella de mar”) y en el otro el aislamiento, la psicopatología y la fusión cognitiva (que identificamos con la imagen del “bicho bola”). A través de estas dos imágenes, los adolescentes se posicionan según sus cambios, asociando el “bicho bola” a su estado en los primeros momentos del ingreso y las posturas más cercanas a la “estrella de mar” a sus avances.

Como puede observarse a través de los dos ejemplos, los objetivos a la base que persiguen las actividades de Terapia Ocupacional son similares a los descritos en el caso de la psicoterapia grupal, por lo que los procesos subyacentes a ambas intervenciones pueden abordarse de forma complementaria, bidireccional y congruente. Esto facilita una sensación de coherencia, continuidad y estabilidad en el trabajo psicoterapéutico con los adolescentes.

DISCUSIÓN

En el presente artículo se ha realizado una descripción de una intervención psicoterapéutica grupal en una UHB-A siguiendo un modelo conductual-contextual de intervención y abordando su aplicación en un encuadre multidisciplinar.

Tal y como indican estudios previos, y en la línea de lo descrito en este trabajo, la intervención en formato grupal parece aportar algunos beneficios notables y que pueden resultar complementarios a la psicoterapia individual.

En primer lugar, es importante destacar que el grupo supone una oportunidad para la expresión emocional en presencia de otros de manera segura y regulada, en un entorno validante. Muchos pacientes describen una sensación de seguridad respecto a la UHB-A, donde se encuentran lejos de su medio, relacionándose además con adultos que los tratan con respeto en un ambiente estructurado y predecible. Esto resulta especialmente importante, pues, en la mayoría de los casos, los adolescentes ingresados han vivido vínculos disfuncionales respecto a sus figuras primarias, con relaciones marcadas por apegos inseguros y ambientes invalidantes. En el grupo psicoterapéutico se tiende al equilibrio entre un encuadre altamente estructurado en cuanto a forma (horario, normas, etc), pero flexible en cuanto a contenido, lo cual facilita contactar con experiencias internas difíciles y la tolerancia al malestar, en un contexto que a la vez establece límites desde el cuidado. El entorno validante facilita la exposición a eventos privados aversivos y evitados previamente, facilitando de esta manera una mejor regulación emocional.

El grupo constituye, además, un espacio con iguales que aporta múltiples beneficios. En muchas ocasiones, previamente al ingreso, los adolescentes presentan

dificultades para progresar en las tareas evolutivas propias de su edad en su contexto natural. En esta etapa se suele desarrollar una mayor vinculación entre los iguales, que empiezan a desempeñar un papel fundamental en el desarrollo de los sentimientos de seguridad e identidad. En la situación grupal de la UHB-A esto supone un reto añadido, ya que los adolescentes suelen tener muchas dificultades previas en las relaciones con iguales. En este sentido, la experiencia de sentirse apoyados y comprendidos por los compañeros de ingreso hace que las relaciones entre ellos se conviertan en muy poco tiempo en tremendamente significativas. Estudios previos en contextos de ingreso hospitalario de este tipo han destacado que el sostén y apoyo por parte de los iguales forman parte de los factores más relacionados con la calidad de la ayuda recibida, según la percepción de los propios pacientes (10). Los adolescentes referían sentirse comprendidos y aceptados, así como con sensación de alivio por no sentirse solos y diferentes en sus experiencias emocionalmente difíciles.

Por otro lado, otro de los procesos evolutivos en la adolescencia sobre los que existe más documentación empírica es la búsqueda de autonomía y el distanciamiento de los padres o figuras de apego, aspecto especialmente complejo en pacientes donde abundan historias de maltrato a diferentes niveles (26). El grupo puede facilitar la individuación de los pacientes al estar alejados temporalmente de sus familias, además de la búsqueda de una identidad y sentido de pertenencia, tal y como se ha comentado anteriormente.

De manera más específica, respecto al ámbito relacional, resulta importante destacar que en el grupo comúnmente se produce la exposición a situaciones evitadas en el plano interpersonal. Esto otorga a muchos pacientes, quizá por primera vez en su historia biográfica, la sensación de poder confiar en otros en una situación de vulnerabilidad emocional, generando una experiencia emocional correctiva. El trabajo con los procesos de conexión e intimidad relacional resulta especialmente importante en este tipo de pacientes. De hecho, estos elementos se han destacado como claves en el bienestar físico y emocional, y se han identificado como dianas terapéuticas en el establecimiento del vínculo terapeuta-paciente, así como en el trabajo con problemáticas de la esfera interpersonal (27).

Por otro lado, la posibilidad de analizar en un contexto seguro los pensamientos, emociones, recuerdos y comportamientos problemáticos, al tiempo que esa experiencia es compartida por otros miembros, genera una sensación de universalización del sufrimiento y apoyo mutuo. En este sentido, el intercambio emocional entre los pacientes facilita un “fenómeno de espejo”, permitiendo la toma de perspectiva, así como la identificación de experiencias emocionales comunes, a pesar de sus diferentes historias vitales. En esta misma línea, cabe destacar el poder terapéutico que ejerce el señalamiento de los propios miembros del grupo ante la realización de conductas clínicamente relevantes en el contexto grupal.

Asimismo, la importancia de la propia relación con los adultos del equipo terapéutico parece muy relevante para los adolescentes. En un estudio mencionado previamente (10), las interacciones con el personal fueron especialmente beneficiosas cuando los pacientes sentían que de forma genuina se preocupaban por ellos y los respetaban. Asimismo, ambientes reflexivos, donde se invita a la indagación y se evita el consejo directo, parecen ser mejor valorados por los adolescentes (6). En este sentido, intervenciones basadas en un modelo conductual-contextual, que parten específicamente de estas premisas, podrían facilitar el ajustarse a este tipo de necesidades descritas en experiencias previas. El foco en el “aquí y ahora” de este tipo de intervenciones, su utilización de ejercicios sencillos pero evocadores (ACT), así como su énfasis en la relación terapéutica (FAP), podrían resultar útiles tanto para trabajar con los contenidos emergentes en el contexto del grupo como para abordar las complejas dinámicas relacionales que aparecen en el espacio intra y extragrupal en la Unidad. En cualquier caso, e independientemente del modelo psicoterapéutico concreto, parece que en términos generales operan factores terapéuticos “transversales”, como los anteriormente descritos, cuya relevancia se focaliza en el propio proceso de la relación terapéutica y cuyo análisis ha sido objeto de estudio en otros trabajos (11, 28).

Por otro lado, conviene destacar la integración del abordaje psicoterapéutico grupal con otras intervenciones de la Unidad, especialmente con las actividades de Terapia Ocupacional. Dado que es frecuente que los pacientes ingresados hayan estado expuestos a relaciones con figuras de referencia marcadas por la incoherencia e inconsistencia, resulta especialmente importante que los diferentes profesionales, así como las distintas actividades terapéuticas llevadas a cabo, generen una sensación de continuidad y coherencia común que favorezca la puesta en marcha de conductas adaptativas (CCR2 y CCR3) y su generalización a otros ámbitos.

Algunas de las fortalezas anteriormente comentadas pueden observarse en las sesiones de despedida del grupo, en las cuales los adolescentes refieren en la mayoría de las ocasiones agradecimiento por el espacio psicoterapéutico grupal. Generalmente son capaces de identificar aprendizajes concretos acerca de ellos mismos a los que previamente no accedían y de dar sentido a sus experiencias (“... *Ahora sé que en el fondo no me quiero morir... Quiero llegar a ser enfermera y vivir por mí misma. Lo que me pasó al ingresar es que mi mente me atrapaba, me sentía muy mal y no era capaz de verlo como ahora. No veía salida, no podía pensar en el futuro... En realidad, solo quería dejar de recordar todo lo que me pasó y por eso tomé las pastillas*”). En otras ocasiones, los adolescentes destacan fortalezas que han percibido sobre sí mismos, como el ser capaces de expresar ante desconocidos experiencias dolorosas y sentirse comprendidos (“*El primer día de grupo no pensé que pudiera llegar a contar todo lo que he contado. Nunca se lo había contado a nadie porque me da vergüenza hablar con tanta gente, pero*”).

me he sentido bien haciéndolo. Aquí siento que sí me entendéis”). En sus comentarios destaca la gran diferencia que marca para ellos el estar en un entorno validante, frente a lo que han vivido en numerosas ocasiones con sus figuras de referencia.

El presente trabajo se trata de una descripción cualitativa de un modelo de intervención, así como de la experiencia clínica directa, y por tanto los resultados observados deben asumirse con suma cautela. Si bien los factores terapéuticos identificados por parte del equipo de profesionales, y los referidos por los propios pacientes, se encuentran en consonancia con los tradicionalmente descritos por Yalom (11, 29) y los observados en estudios previos en este contexto (6,7), resultaría interesante, de cara a futuros trabajos, poder contar con estudios cuantitativos que permitieran discriminar el efecto de la intervención grupal, así como aislar los factores terapéuticos diferenciales y su contribución específica. Asimismo, resultaría interesante poder comparar el efecto de intervenciones conductuales-contextuales respecto a otro tipo de abordajes psicoterapéuticos, pudiendo identificar factores tanto específicos como transversales de las intervenciones.

La creación de futuras líneas de investigación en este contexto, así como la difusión de modelos de trabajo aplicados, resulta relevante de cara a la creación de estrategias de intervención adaptadas a la complejidad de estas unidades que permitan mejorar las prácticas habituales.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) De la Barra F, García R. Hospitalización de niños y adolescentes I: Revisión de la literatura. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2009; 47(3): 228-237.
- (2) Melendo JJ, González C. La unidad de agudos como elemento terapéutico. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 1987; 7(21): 189-202.
- (3) Leeman CP. The therapeutic milieu. En: Sederer LI (Ed.). *Inpatient psychiatry: Diagnosis and treatment.* Baltimore: Wiliams & Wilkins, 1983.
- (4) Cameron K. Group approach to inpatient adolescents. *Am J Psychiatry.* 1953;109(9):657-661.
- (5) Casas R. Psicoterapia de grupo en la Unidad de Agudos de un hospital psiquiátrico. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 1985; 5(15): 475-483.
- (6) Chase JL, Kelly MM. Adolescents' perceptions of the efficacy of short-term, inpatient group therapy. *J Child Adolesc Group Ther.* 1993; 3(3): 155-161.
- (7) Kessler K, Edelman R, Janeway D, Orlowski B, Pietrobono N, Kymissis P. The effect of stress management group therapy on patients on an Adolescent Psychiatric Unit. *J Child Adolesc Group Ther.* 2000; 10, 151-158.
- (8) Belloso JJ, Díaz M, López T. Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2015; 35(128): 759-774.
- (9) Yalom ID. *Inpatient group psychotherapy.* New York: Basic Books, 1983.
- (10) Moses T. Adolescents' perspectives about brief psychiatric hospitalization: What is helpful and what is not? *Psychiatr Q.* 2010; 82(2): 121-137.
- (11) Yalom ID. *The theory and practice of group psychotherapy.* 4th ed. New York: Basic Books, 1995.
- (12) Pérez-Álvarez M. La terapia de conducta de tercera generación. *eduPsykhé.* 2006; 5(2): 159-172.
- (13) Kohlenberg RJ, Tsai M. *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships.* New York: Plenum, 1991.
- (14) Herranz-Herrer J, Gil-Benito E, Ponte-López T, Boi S, Maguilla-Franco P, Solari-Heresmann LM, et al. Principales motivos de ingreso en una unidad de hospitalización breve de adolescentes: reflexiones sobre la conducta suicida. Póster presentado en X Encuentros Nacionales en Psiquiatría; 26-27 abril 2019, Sevilla.
- (15) Luciano MC, Valdivia MS. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicol.* 2006; 27(2): 79-91.
- (16) Kohlenberg BS, Callaghan GM. FAP and Acceptance Commitment Therapy (ACT): Similarities, divergence, and integration. En: Kanter J, Tsai M, Kohlenberg R (eds.). *The practice of Functional Analytic Psychotherapy.* New York: Springer, 2010.
- (17) Páez MB, Luciano MC. La integración de ACT y FAP en el trabajo con patrones rígidos de comportamiento. En: Páez MB y Gutiérrez O (eds.). *Múltiples aplicaciones de la terapia de aceptación y compromiso (ACT).* Madrid: Pirámide, 2012; p. 47-72.
- (18) Hayes SC, Wilson KW, Gifford EV, Follete VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64 (6): 1152-1168.

- (19) Luciano MC, Hayes SC. Trastorno de evitación experiencial. *Int J Clin Health Psychol.* 2001; 1: 109-157.
- (20) Ruiz FJ. A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *Rev Int Psicol Ter Psico.* 2010; 10(1): 125-162.
- (21) Hayes L, Boyd CP, Sewell J. Acceptance and Commitment Therapy for the treatment of adolescent depression: a pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness* 2011; 2, 86–94.
- (22) Livheim F, Hayes L, Ghaderi A, Magnusdottir T, Högfeltdt A, Rowse J, et al. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *J Child Fam Stud* 2015; 24: 1016–1030.
- (23) Luciano C, Ruiz FJ, Vizcaíno Torres RM, Sánchez Martín V, Gutiérrez Martínez O, López López JC. A relational frame analysis of defusion interactions in Acceptance and Commitment Therapy. A preliminary and quasi-experimental study with at-risk adolescents. *Intern J Psych Psychol Ther.* 2011; 11(2): 165-182.
- (24) O'Dell SM, Hosterman SJ, Hostutler CA, Nordberg C, Klinger T, Petts RA, et al. Retrospective cohort study of a novel acceptance and commitment therapy group intervention for adolescents implemented in integrated primary care. *J Contextual Behav Sci.* 2020; 16: 109-118.
- (25) Rogers C. *Client-centered therapy: its current practice, implications and theory.* London: Constable, 1951.
- (26) Oliva A. Apego en la adolescencia. *Acción Psicológica* 2011; 8(2): 55-65.
- (27) Marín M, Ortiz-Fune MC, Kanter J. Modelo conductual-contextual de las relaciones íntimas: aplicabilidad en psicoterapia. *Intern J Psych Psychol Ther.* 2020; 20 (3): 373-394.
- (28) Norcross JC, Lambert M. *Psychotherapy relationships that work. Vol 1: Evidence-based therapist contributions.* Third Edition. New York: Oxford University Press, 2019.
- (29) Yalom ID. *The theory and practice of group psychotherapy.* New York: Basic Books, 1970.