

TERAPIA GRUPAL EN PACIENTES ADOLESCENTES CON SINTOMATOLOGÍA
LIMITE DE LA PERSONALIDAD: SEGUIMIENTO DE UN GRUPO QUE NO
LLEGÓ A SERLO.

Nerea de la Llosa Galarza

Tutora: Carolina Palma Sevillano

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

15 de enero de 2020

Terapia grupal en pacientes adolescentes con sintomatología límite de la personalidad:
seguimiento de un grupo que no llegó a serlo.

Nerea de la Llosa Galarza

Universidad Ramón Llull

Índice

Marco teórico	5
Casos clínicos	12
Naia.	12
Esti.	14
Ainhoa.	15
Garazi.	16
Irene.	18
Naroa.	19
Oier.	20
Irati.	21
Nagore.	22
Evaluación	24
Tabla 1	26
Tabla 2	27
Tabla 3	28
Tabla 4	29
Plan de tratamiento	31
Curso de la terapia	31
Discusión y conclusiones	35
Referencias	39
Anexos	42
Anexo 1. Registro de sesiones.	42

Abstract

The complete diagnosis of borderline personality disorder (BPD) in adolescence is a topic of great controversy even now a days, however, the presence of traits in this population group makes it necessary to design different types of therapeutic treatments, among them, group therapies. The objective of this paper is to carry out a follow-up of a therapy group for adolescence patients with borderline traits. This group consists of 9 patients, 8 women and 1 man, has a duration of 10 sessions and is performed on an outpatient basis in a CSMIJ. A pre-test evaluation is carried out, but when considering the lack of adherence to the treatment and the abandonment of the same, the approach is redirected to see which are the different variables that have been appearing throughout the therapy, by which this situation has been given. This way, for future interventions it will be possible to have a greater control of said variables, so that patients can obtain the greatest benefit of group therapy.

Key words: borderline personality disorder, adolescence, traits, group therapy, adherence, dropouts.

Resumen

El diagnóstico completo del trastorno límite de la personalidad (TLP) en la adolescencia es un tema de gran controversia aún hoy en día, sin embargo, la presencia de rasgos en este grupo de la población hace necesario el diseño de distintos tipos de intervenciones terapéuticas, entre ellas las terapias grupales. El objetivo del presente trabajo consiste en llevar a cabo un seguimiento de un grupo terapéutico para pacientes en la etapa de la adolescencia con clínica límite. Este grupo consta de 9 pacientes convocados, 8 mujeres y 1 hombre, tiene una duración de 10 sesiones y se realiza de forma ambulatoria en un CSMIJ. Se realiza una primera evaluación pre-test, pero al apreciar la falta de adherencia al tratamiento y los abandonos del mismo, se redirecciona el enfoque para pasar a plantear las diferentes variables que han ido apareciendo a lo largo de la terapia, por las cuales se ha dado esta situación. De esta forma, para futuras intervenciones se podrá tener un mayor control de dichas variables para que los pacientes puedan obtener el mayor beneficio de la terapia grupal.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, adolescencia, rasgos, terapia grupal, adherencia, abandonos.

Marco teórico

El presente trabajo tiene por objetivo mostrar el seguimiento y los resultados de una terapia grupal para adolescentes con sintomatología afín al trastorno límite de la personalidad, así como las numerosas trabas y encrucijadas a las que se ha visto expuesto dada la complejidad de la patología y el contexto en el que se ha llevado a cabo. A continuación, se hará un breve repaso de los aspectos más relevantes que permitirán contextualizar dicha terapia grupal.

De acuerdo con el DSM-V, el trastorno límite de la personalidad (TLP) consiste “en un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos” (American Psychiatric Association, 2013, p. 664).

Dentro de los criterios diagnósticos a cumplir para dicho diagnóstico, se encuentran: patrones relacionales inestables con miedo al abandono real o imaginario con cambios súbitos en la percepción que tienen de los demás, alteración de la identidad, impulsividad en varios contextos, autolesión y amenazas suicidas, inestabilidad emocional, sensación crónica de vacío, intensidad desmesurada de las emociones e ideas paranoides transitorias, las cuales que se generan bajo situaciones de estrés grave, y que no tienen una duración suficiente para plantear un diagnóstico complementario al mismo (American Psychiatric Association, 2013).

Siguiendo en la línea de aspectos que ayudan a afilar un buen diagnóstico, el DSM-V incide en que haber vivido situaciones de abusos, tanto físicos como sexuales, o situaciones de abandono, conflictivas importantes o pérdidas de figuras parentales en la infancia, son factores a tener en cuenta para el posible desarrollo de un trastorno de personalidad de este tipo, así como tener antecedentes familiares (American Psychiatric Association, 2013).

Algunos autores han destacado como patologías con mayor índice de comorbilidad con el TLP los trastornos de conducta y los trastornos del aprendizaje (Jopling, Khalid-Khan, Chandrakumar & Segal, 2016).

En cuanto a la prevalencia en la población, se valora que un 1,6% de la población padece de dicho trastorno, pero alcanza la cifra del 20% en pacientes hospitalizados;

también destacar que es un trastorno que es diagnosticado en mayor medida en mujeres (American Psychiatric Association, 2013).

Algunas de las problemáticas asociadas al TLP o a los rasgos límites son la sintomatología externalizante, la ideación suicida, las conductas impulsivas y el abuso de sustancias (Jopling, Khalid-Khan, Chandrakumar & Segal, 2016). Además, también se ha encontrado comorbilidad con episodios de manía, depresión mayor, trastornos de ansiedad (entre los que destacan agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de estrés postraumático), y otros trastornos de personalidad (especialmente narcisista, esquizotípico y dependiente) (Tomko, Trull, Wood, & Sher, 2014). La tasa de suicidio alcanza el 10% a lo largo del ciclo vital en pacientes con TLP (Bernardo, 2007 citando a Gunderson, 2002)

Sin embargo, cuando se habla de TLP en la adolescencia, la cuestión diagnóstica se complica, dada la etapa evolutiva en la que se encuentran.

Chanen y Mccutcheon (2008), a través de un estudio de caso, inciden en la importancia de la solidez del diagnóstico de un trastorno de personalidad en adolescentes entre otros aspectos, para poder brindar un tratamiento adecuado, y subrayan que la propia inestabilidad de esta etapa vital no debe de ser un impedimento para clarificar esta cuestión. Aun así, los autores refieren esta cuestión como consecuencia de un posible miedo a la estigmatización de dicha población, al rechazo de servicios, o a daños iatrogénicos (Chanen & Mccutcheon, 2008).

Con referencia a esto último, Silk (2008) resalta la importancia de que el diagnóstico no quede fijado al adolescente de por vida, sino que pueda quedar sujeto a evolución.

En la misma línea, otros autores proponen una visión de los trastornos de personalidad como un diagnóstico con posibilidad de evolución, en contra de una visión rígida y perpetua de estos, de esta forma, su detección en la adolescencia e infancia no tiene por qué suponer una etiqueta de por vida (Ruiz & Gómez-Becerra, 2012).

Estos mismos autores destacan también la importancia de poder detectar rasgos de personalidad afines a una clínica TLP en la adolescencia y la infancia tardía. Sin embargo, puntúan la importancia de establecer unos criterios diagnósticos propios a estas etapas, otros métodos de evaluación, así como el trabajo de la prevención de los trastornos de personalidad desde dichos momentos vitales (Ruiz & Gómez-Becerra, 2012).

Desde una dimensión más psicoanalítica, Kernberg (2012) señalaría la difusión de identidad como la sintomatología clínica predominante del TLP en la adolescencia, esto sería, “múltiples representaciones del self no integradas separadas en una idealizada y otra persecutoria, y múltiples representaciones de otros significantes se escinden en líneas similares” (Kernberg, 2012, p.17), en otras palabras, la persona con difusión de identidad no puede integrar lo negativo y positivo de uno mismo, así como lo que recibe de los demás.

Otro punto importante que se señala como crucial es que la sintomatología no puede manifestarse en el adolescente de manera transitoria, sino que debe de ser constante en el tiempo y debe de poder ser observable (Monzón Reviejo & Fernández-Guerrero, 2016).

Estas autoras señalan además otros síntomas que deben ser tomados en cuenta: la inestabilidad de la autoimagen, un déficit cognitivo con respecto al contacto con la realidad, la alteración de las relaciones parentales internalizadas, agresividad e impulsividad, inestabilidad afectiva, angustia primaria, afecto agresivo, miedo al abandono, depresión, vacío y ausencia de culpa, mecanismos de defensa primitivos, relaciones interpersonales internalizadas patológicas e inestables, alteraciones en la sexualidad, antecedentes del desarrollo y contexto familiar patológico y múltiples síntomas neuróticos (Monzón Reviejo & Fernández-Guerrero, 2016).

Coincidiendo en parte con lo mencionado anteriormente, algunos de los factores de riesgo que se han visto dignos de tener en consideración como precedentes del TLP son los abusos sexuales y abusos físicos, pero además también se ha visto importante considerar el estrés prenatal o peri-natal, y haber sufrido *bullying* (Paris, Zweig-Frank & Guzder, 1994; Jopling, Khalid-Khan, Chandrakumar & Segal, 2016).

Sin embargo, un gran número de autores coinciden en algunas formas de apego como otros importantes predisponentes al TLP (Fonagy, 2000; Nickell, Waudby & Trull, 2002; Aaronson, Bender, Skodol & Gunderson, 2006).

En su estudio, Nickell, Waudby y Trull (2002), plantean la idea de que no solamente eventos traumáticos como pérdidas o abusos son predisponentes a un TLP, sino que ciertos estilos de apego parentales están estrechamente relacionados con el desarrollo de dicho trastorno.

Los patrones y estilos de apego que se pudieron observar cómo predisponentes eran: baja percepción de cuidado por parte de la madre, sobreprotección materna, autonomía e independencia alentada por la madre, patrón de apego ansioso o ambivalente. Con estos resultados, los autores destacan la discrepancia entre fomentar la autonomía y la sobreprotección al mismo tiempo, y es esto mismo lo que da la explicación a la visión contradictoria de la figura materna en este caso (Nickell, Waudby & Trull, 2002).

En otro estudio llevado a cabo por Aaronson, Bender, Skodol y Gunderson en 2006, los estilos de apego vinculados al TLP fueron apego ansioso-ambivalente, en concreto, apreciaron patrones en los que, o bien los pacientes llevaban a cabo retiradas de afecto desde el enfado, la rabia, o buscaban de manera compulsiva e indiscriminada el cuidado y la atención. Los autores añaden que esta oscilación entre la búsqueda de seguridad frustrada, la cual deriva en enfados incontrolados, es la que caracteriza a este estilo de apego.

Fonagy (2000), aportaba que la capacidad de mentalización de los cuidadores principales está estrechamente relacionada con el estilo de apego del niño, en concreto, cuanto mayor sea capacidad reflexiva, que tengan los cuidadores, así como la percepción de los estados mentales del niño, mayor será la facilidad del niño de percibir los estados mentales de los demás, mediante el desarrollo de un apego seguro. Es por esto, que aquellas personas con “estilos de apego preocupados” tienen dificultades para percibir las connotaciones detrás de los actos de los demás, pueden encontrarse hipervigilantes, y a la vez encontrar serias dificultades para comprender los estados mentales propios y ajenos.

Los estilos de apego “preocupados”, entre ellos el ansioso-ambivalente, por lo tanto, estarían asociados al TLP, que a su vez están ligados a experiencias de trauma no elaboradas y baja capacidad reflexiva (Fonagy, 2000).

Con respecto al tratamiento psicológico para las personas que padecen TLP, o con rasgos afines al mismo como los casos que se abordarán en este trabajo, existen diversas líneas de tratamiento psicológico. A lo largo de los años, desde las diferentes orientaciones y corrientes psicológicas, estas líneas de tratamiento se han ido desarrollando y ajustando a las necesidades de los pacientes con esta sintomatología. En las siguientes líneas, se hará una breve síntesis del panorama actual del tratamiento psicológico del TLP.

En primer lugar, decir que unificar un tratamiento para pacientes con sintomatología es una tarea, no solo costosa, sino algo que autores como Bernardo (2007) califican de erróneo debido a cuestiones como la complejidad clínica, la variabilidad de los síntomas de acuerdo al momento vital en el que se encuentren los pacientes y los recursos sanitarios disponibles, entre otros. Es por esto, que el autor subraya la importancia de la constancia y perseverancia del tratamiento (Bernardo, 2007).

Una integración de psicoterapia individual con elementos psicodinámicos, así como cognitivos conductuales; acompañada de psicoterapia de grupo, hospital de día, terapia familiar y abordajes psicosociales, parece un abordaje cuanto menos completo e integrador para ofrecer un entorno y un tratamiento contenedor a estos pacientes (Bernardo, 2007).

En sus revisiones sobre enfoques terapéuticos, autores como Bernardo (2007); Yust y Pérez-Díaz (2012); y Nelson, Zagoloff, Quinn, Swanson, Garber, y Schulz, (2014), destacan que algunas de las terapias mayormente empleadas en el tratamiento de pacientes con TLP son: la terapia basada en la transferencia, la terapia basada en la mentalización, y la terapia dialéctico conductual. Siendo esta última la que estos autores han calificado como mayormente empleada y mejor establecida en el marco actual (Yust & Pérez-Díaz, 2012; Nelson, Zagoloff, Quinn, Swanson, Garber, & Schulz, 2014).

Desde un punto de vista psicoanalítico, Kernberg (1996), propuso lo que denominó *Transference-Focused Psychotherapy* (TFP). Los objetivos principales de este tratamiento son consolidar la identidad, a la vez que se contienen los posibles *actings* que caracterizan a pacientes con perfil límite y que pueden ir apareciendo a lo largo de la terapia. Cuando el autor habla de consolidar la identidad, habla de favorecer la integración entre la representación del self persecutorio y la representación del self idealizado (Kernberg, 1996).

Esta terapia se basa principalmente en tres herramientas psicoanalíticas. *La interpretación*, consiste en clarificar y confrontar hasta llegar a la interpretación en sí; *la interpretación sistemática de la transferencia*, teniendo en cuenta las defensas que plantean los pacientes ante el tratamiento; y, por último, *la neutralidad técnica*, lo que no significa que el terapeuta rechace o está desvinculado del paciente, sin embargo, no toma parte en los conflictos que este le plantea (Kernberg, 1996).

Por otro lado, desde una orientación cognitivo conductual, tendríamos la *Terapia Dialéctica Conductual* (DBT) (Linehan,1993). Esta terapia se sustenta, por una parte, en la pobre capacidad reguladora de los pacientes con TLP, así como de sus habilidades interpersonales y su capacidad de tolerar la angustia; y, por otra, en el hecho de que el contexto social de estos pacientes impide, en muchas ocasiones, el buen manejo emocional y uso de conductas adecuadas, así como refuerzan conductas problemáticas (Linehan,1993).

Esta terapia tiene tres componentes básicos. El primero, está centrado en la adquisición de habilidades, el segundo esta focalizado a favorecer la motivación y fortalecer estas habilidades, y por último se trata de poder generalizar estas habilidades a la vida cotidiana (Linehan,1993). Desde la atención ambulatoria, se propone trabajar esta terapia en grupos psicosociales, psicoterapia individual, y contacto telefónico individual con el terapeuta para la generalización. Todo esto se lleva a cabo mediante una dialéctica que busca la validación y la solución de problemas (Linehan,1993).

Otra terapia ampliamente utilizada en este contexto es la *Terapia Basada en la Mentalización* (MBT) (Fonagy, & Bateman, 2006). Esta terapia trata de favorecer el proceso de mentalización desde las relaciones de apego, es el terapeuta quien, a través de sesiones tanto individuales y grupales, activa los estilos de apego. Esto lo hace mediante la discusión de relaciones y de problemáticas interpersonales que estén ocurriendo actualmente, del pasado, el vínculo entre el paciente y el terapeuta, y los vínculos que el terapeuta pueda favorecer que se creen entre los diferentes miembros de grupos terapéuticos (Fonagy, & Bateman, 2006).

Todo esto mediante un diálogo que favorezca el reconocimiento de los estados mentales propios y ajenos, y a la vez favorecer la creación de patrones de vínculos seguros (Fonagy, & Bateman, 2006).

Como se ha mencionado en líneas anteriores, un eslabón clave en el tratamiento del TLP es la terapia grupal; y es que, para pacientes con estas características, el tratamiento grupal puede ser muy beneficioso en múltiples aspectos (Clarkin, Marziali & Munroe-Blum, 1991).

La efectividad de las terapias grupales puede darse tanto a largo como a corto plazo, al haber un mayor número de miembros implicados, la transferencia se diluye, la interacción entre miembros favorece la despolarización del pensamiento, los otros

miembros pueden actuar como amortiguadores frente a momentos de alta carga emocional (Clarkin, Marziali & Munroe-Blum, 1991).

Sin embargo, con todos estos aspectos positivos a desarrollar mediante las terapias grupales, la vinculación a dicho tratamiento es complicado para estos pacientes. Especialmente, hay autores que resaltan que uno de los motivos para esta falta de vinculación al tratamiento es que los grupos están compuestos única y exclusivamente por pacientes con problemática TLP (Alarcón, Salcedo & Fernández, 2005).

Además, un aspecto de gran importancia a tener en cuenta a la hora de establecer una intervención terapéutica para pacientes con rasgos TLP, es la relación terapéutica, relacionada con lo anteriormente sobre estilos de apego y la capacidad reflexiva y mentalizadora de los pacientes

De acuerdo con la investigación llevada a cabo por Levy, Meehan, Weber, Reynoso y Clarkin en 2005, los distintos estilos de apego pueden tener importantes implicaciones en el abandono de terapia por múltiples razones. Los autores añaden, los pacientes con estilos de apego evitativo pueden abandonar la terapia por falta de dedicación o compromiso con la misma (Levy, Meehan, Weber, Reynoso & Clarkin, 2005 citando a Dozier, Cue & Barnett, 1993, & Dozier & Tyrrell, 1998), además de que pueden pensar que el proceso terapéutico les puede “desenmascarar” emocionalmente.

Sin embargo, los pacientes en los que predomina un estilo de apego “preocupado”, son más propensos a abandonar el proceso terapéutico cuando perciben situaciones de abandono, como pueden ser periodos vacacionales o cancelaciones a última hora, ya que pueden sentir cierta dependencia al terapeuta o tratamiento (Levy, Meehan, Weber, Reynoso & Clarkin, 2005).

Castillo, Pérez y Aubareda (1996) señalan que el abandono terapéutico puede venir por tres motivos. El primero, sería porque el motivo de consulta ya ha sido solventado, el segundo, estaría relacionado por lo que los autores denominan “obstáculos ambientales”, que son aquellos impedimentos por los cuales el paciente no puede acudir a terapia (coste, horarios...), y el tercero sería la insatisfacción con el terapeuta o con la terapia en sí, por el abordaje terapéutico o la relación o vínculo con el terapeuta (Castillo, Pérez, & Aubareda, 1996).

Jo y Almao (2008) señalan que, dentro de las patologías, los pacientes con trastorno límite de la personalidad son los que tienden a abandonar el proceso terapéutico con mayor frecuencia, ya que la personalidad del paciente sería un importante factor predictor del cese de la terapia.

Todo lo descrito en las líneas previas da el salto de la teoría a la práctica clínica a la hora de aplicar y observar dichos conceptos e ideas en el caso que se presenta a continuación. El objetivo del presente trabajo es describir el seguimiento de un grupo de regulación emocional en adolescentes con rasgos límites de personalidad que se ha desarrollado de forma ambulatoria en el ámbito público. La idea original consistía en hacer una evaluación pre-tratamiento y final para observar qué cambios se habían producido. Sin embargo, ante la propia trayectoria que el grupo ha adoptado, este trabajo ha tomado un nuevo foco, centrándose en apreciar, describir, hipotetizar, cuestionar y valorar cuáles son aquellas variables que han podido modular esta trayectoria.

Casos clínicos

Naia.

Naia es una chica de 17 años que acude por primera vez al CSMIJ en abril del 2013, hasta noviembre de 2013; el motivo de consulta inicial era que le veían muy triste tanto desde casa como desde el colegio; desde el CSMIJ el diagnóstico inicial es un trastorno de tristeza e infelicidad.

En marzo de 2016, con 14 años, vuelve a pedir cita y se reabre la historia; el motivo de consulta lo plantea su madre, la cual explica que tanto ella, como desde el colegio ven a Naia muy triste. Su madre explica que la nota muy ansiosa y que piensa que lo estaba pasando mal.

Los padres de Naia se divorciaron cuando esta tenía 6 meses (ver figura 1), su padre tuvo otra pareja con la cual tuvo una hija que se lleva 4 años con Naia, pero en este momento ya no están juntos.

Naia explica que tiene un gran conflicto con su padre, ya que tiene sentimientos de miedo y deseos de no verlo más, siente que su hermana tiene más privilegios que ella con respecto a su padre, que con ella es más permisivo. Sobre su madre, dice que es muy protectora y absorbente.

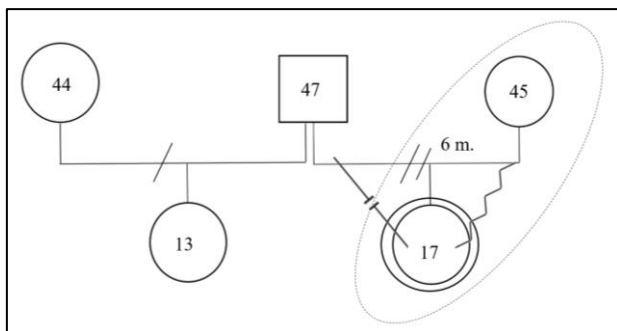


Figura 1. Genograma Naia

Durante este proceso terapéutico, Naia acude con su madre o con su abuelo materno a consulta, su padre acude una única vez a consulta solo, y explica que desconocía el proceso. Además, impresiona de poco insight y de falta de empatía.

Por otro lado, Naia explica que le cuesta mucho relacionarse, y que no ha tenido muchas amigas, sin embargo, ahora ha hecho dos amigas con las que a veces se siente bien, y otras no tanto, ya que son pareja y esto le refleja miedos relacionados con sentimientos de soledad.

Naia ha explicado que tiene pensamientos sobre la muerte, pero no van más allá de pensamientos; también dice que a veces empieza a llorar en lugares que no quisiera como en clase, y que le cuesta controlarlo. En consulta, refleja una tendencia a la polaridad de pensamiento importante.

Sin embargo, en marzo de 2017 se le da el alta clínica, ya que se da una mejora notable en la sintomatología.

En enero de 2019, se realiza una reapertura de historia ya que Naia explica que no se siente con ganas de hacer nada, que ha llegado a arañarse por esta insatisfacción que siente, y que se ha llegado a autolesionar. Explica que los pensamientos que tuvo en la primera conducta autolítica fueron sentimientos de culpa porque no está viendo a su padre, y ocurrieron en la semana de su cumpleaños; refiere que lleva alrededor de 4 años sin verle.

El contenido del pensamiento de las conductas autolíticas posteriores son sentimientos de amor, de amistad y de identidad. Naia explica en consulta que es bisexual, y que está pasando por un momento complicado con sus dos amigas, ya que se ha establecido un triángulo amoroso entre las tres en el que ninguna está con quien quiere estar. También explica que siente mucha dependencia por la chica de la que está

enamorada, y que se compara mucho con los demás. Naia explica que siente mucha rabia contra sí misma, y que siente que no puede controlar cómo se siente. Explica que se siente mal por las conductas autolíticas.

Naia parece presentar un funcionamiento general de trastorno de personalidad, por lo que se le propone participar en el grupo de regulación emocional para pacientes con clínica TLP y acepta.

Esti.

Esti es una chica de 15 años a la cual deriva su instituto en abril de 2019 por autolesiones ansiolíticas en la muñeca, y desde el CSMIJ se le da un diagnóstico inicial de ansiedad generalizada.

Esti es de origen moldavo, vino a Barcelona hace 3 años y medio. Sus padres están separados desde que ella era pequeña (ver figura 2), pero no se dispone de más información al respecto. Tienen mala relación entre ellos, y muy poco contacto. Esti es hija única, y vive con su madre y con la actual pareja de esta. Esti explica que tiene muy mala relación con él. También explica que tiene mala relación con su madre, dice que no se acaban de entender. Con respecto a su padre, Esti no quiere ir con él, ni vivir con él, pero hace un año que este ha pedido la custodia.

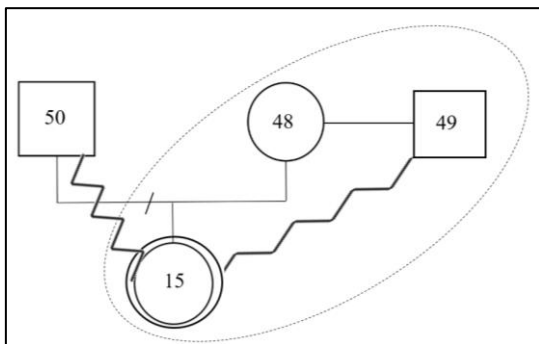


Figura 2. Genograma Esti

Con respecto a sus estudios, Esti tiene un buen nivel académico, aunque refiere pasar mucho estrés por las notas. Explica que tiene amigos en el instituto, pero no acaba de sentirse bien con ningún grupo.

Tiene un buen contacto, y es verbal. Además, presenta conductas alternativas a cuando no se siente bien o le cuesta controlar sus emociones, como dibujar, escribir o escuchar música. Esti explica que desde que se siente así le cuesta conciliar el sueño.

Esti participó en un grupo dirigido a adolescentes con diversas problemáticas el curso académico pasado, pero al disolverse, se le propone comenzar el grupo de regulación emocional para pacientes con clínica TLP.

Ainhoa.

Ainhoa es una chica de 14 años que llega a CSMIJ en febrero de 2019 derivada por el instituto, ya que desde allí aprecian cambios importantes en su estado de ánimo y dificultades relacionales. El diagnóstico inicial que se le realiza desde el centro es de estado de ansiedad no especificado.

Su familia paterna es de origen ucraniano, Ainhoa explica que tiene mala relación con su padre (ver figura 3), que él le dice que exagera mucho las cosas, también refiere mucho descontento por que cuando sale de trabajar, su padre se va al bar con sus amigos y no llega a casa hasta las 22-24h de la noche. Su madre, por otro lado, le explicitó que esperaba que esta fuera la primera y última vez que fuera a consulta. Tiene 2 hermanas pequeñas, a las que dice que quiere mucho, pero que le molestan muchísimo, sobre todo porque hacen mucho ruido. Ainhoa expresa especial sensibilidad a los ruidos, los gritos y el alboroto en general.

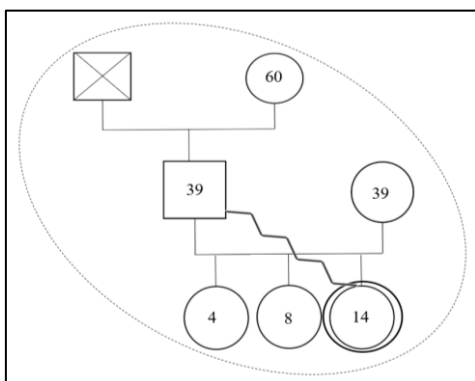


Figura 3. Genograma Ainhoa.

A nivel social, Ainhoa sufrió *bullying* en la primaria, y explica que durante mucho tiempo no tuvo amigas o las que tenía le traicionaban. Ahora tiene 2 amigas con las que dice que se suele entender, pero que a veces le dice que cuando les explica sus problemas lo hace “para hacerse ver”.

Su madre refiere que Ainhoa de pequeña prefería relacionarse con niñas más bien tímidas y tranquilas de pequeña, y que tenía buena relación con niños.

Por otra parte, una de las grandes preocupaciones de Ainhoa es su cuerpo. Muestra mucho descontento por su peso y por su apariencia física, explica que por esto se ha hecho cortes en alguna ocasión. Ha perdido mucho peso en poco tiempo, unos 10 kg en 9 meses, y ya hay indicadores de anorexia. Es muy restrictiva con la alimentación y hace mucho ejercicio físico. Su objetivo es alcanzar un ideal y así contentar al resto.

Ainhoa, como Esti, también participaba en el otro grupo para adolescentes que se disolvió por falta de participación, por lo que también se le propuso participar en el grupo de regulación emocional para pacientes con clínica con TLP.

Ainhoa explica que se intentó poner en contacto con las participantes del grupo, vivió muy mal que las compañeras no fueran al grupo, tenía pensamientos de que las relaciones se acaban deshaciendo siempre y de que no interesa a los demás. Parece tener un pensamiento muy polarizado y dificultades con la mentalización.

Además, Ainhoa expresa mucha preocupación por el pasado y por el futuro. Con respecto al pasado, retrocede en muchas ocasiones con sentimientos de rabia y tristeza por las experiencias vividas, con repetidas expresiones de lamento. Con respecto al futuro, expresa reiteradamente lo que sería lo ideal para ella: su futura vida ideal, lo que sería su situación familiar ideal, su situación académica ideal. Se mueve mucho en ideales, y cuando toma conciencia con su realidad expresa mucha sensación de vacío, lo que le hace sentir mucha ansiedad, tristeza y sentimientos de desesperanza.

Garazi.

Garazi es una chica de 14 años la cual es derivada a psiquiatría por el EAIA, dado que este servicio está interviniendo por un abuso por parte de su padrastro hacia ella. También está siendo atendida por la UFAM (Unidad Funcional de Abusos al Menor del Hospital Sant Joan de Déu).

Los padres de Garazi son naturales de Ecuador y se separaron cuando ella tenía 4 años, ella nació en España (ver figura 4). Tiene un hermano de 18 años por arte de padre de un primer matrimonio que vive en Ecuador, con el que tiene poco contacto. Tiene dos hermanos por parte de madre, uno de 7 años y otra de 10 meses, del mismo padre. El padre tiene otra pareja con la que tiene un hijo de 9 años.

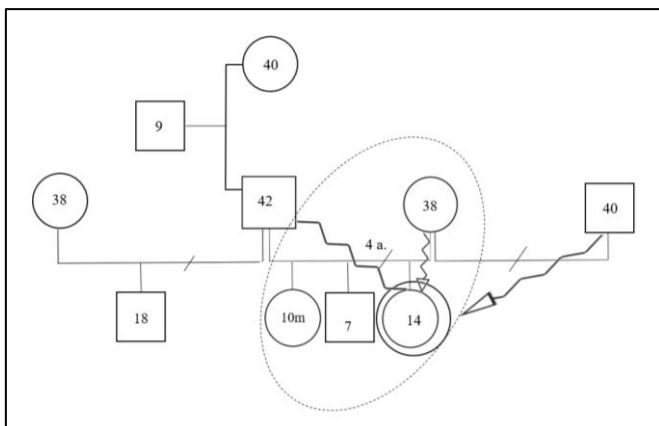


Figura 4. Genograma Garazi.

Garazi ha dejado de ir a casa de su padre porque refiere que se siente incómoda con él y con el hijo, aunque sigue teniendo contacto con él.

El episodio del abuso ocurrió cuando ella tenía 7 años, y se lo explicó a su madre cuando tenía 10. Garazi explica que entre su madre y su padrastro había mala relación, había episodios de violencia, pero a ella no le llegó a pegar, sin embargo, relata 1 episodio de tocamientos por su parte, y que tuvo miedo de que no la creyesen si contaba lo que había pasado. Explica que su madre estaba más pendiente del resto que de ella.

Garazi también explica 1 episodio de violencia entre ella y su madre, en lo que su madre le llegó a golpear por llegar tarde a casa, llegándole a dejar marcas. Garazi refiere que no hay mucha comunicación madre-hija.

En lo referente a la escuela, Garazi está cursando 1º ESO, repitió 2º de primaria, y tuvo dificultades en las matemáticas y en la comprensión lectora. Desde la escuela aprecian mucho bloqueo emocional.

A nivel social, desde el colegio refieren que se siente a gusto, que tiene amigas y que se siente bien acogida. Habla de que tiene una relación con un chico, han dejado y retomado la relación en repetidas ocasiones, tiene dificultades por sentimientos de celos, ha llegado a pegar a otra chica con otras amigas y le han denunciado por esto.

Por lo general, Garazi refiere sentimientos de tristeza y vacío, sensación de soledad, y mucho cansancio (mucha dificultad para conciliar el sueño), ansiedad y temblores relacionados con sentimientos de rabia. Refiere haberse hecho cortes superficiales en el antebrazo. Produce impresión de trastorno de personalidad.

La pauta farmacológica que le da la psiquiatra desde el centro es: Fluoxetina 20 MG: 1-0-0; y Lorazepam 1 MG por la noche. Sin embargo, el padre refiere que le está dando el Lorazepam, pero no la fluoxetina.

Ante todas las vivencias y dificultades, a Ainhoa se le propone terapia de grupo para adolescentes con clínica TLP.

Irune.

Irune es una chica de 13 años que acude por primera vez al CSMIJ en junio de 2019 derivada por el EAP. Desde dicho servicio aprecian que a Irune tiene dificultades para gestionar las emociones en situaciones relacionadas con dificultades académicas y relacionales. El diagnóstico inicial que se hace desde el CSMIJ es de un trastorno adaptativo con trastorno mixto del comportamiento y las emociones.

Ante estas dificultades, Irune ha presentado conductas autolesivas (puñetazos contra paredes del instituto).

Irune se identifica como chica, sin embargo, en consulta, y en el resto de ámbitos de su vida, según ella explica, viste y lleva apariencia masculina (ropa, peinado). Refiere que le da igual que le confundan con un chico y que a veces va a los lavabos de chicos. Irune que es bisexual y que no se lo ha explicado a sus padres todavía.

A nivel familiar (ver figura 5), Irune mantiene buena relación con su madre y con su hermano mayor, sin embargo, tiene una relación bastante distante y conflictiva con su

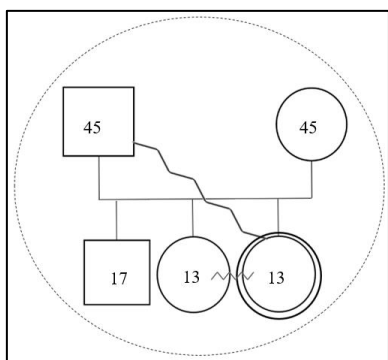


Figura 5. Genograma Irune

padre, con el que refiere que choca bastante, y con su hermana gemela, la cual Irune explica que es “todo lo contrario a ella”, explica que su hermana saca buenas notas, que no le gusta salir a la calle y que no se le puede acercar porque no le gusta que le toquen.

En cuento a su entorno social, Irune explica un conflicto con respecto a una amiga por la cual habla que sentía “obsesión”, también habla de enamoramiento hacia esta chica, y explica que cuando esta le rechazó se autolesionó.

Con respecto a ella misma, Irune se lanza muchos mensajes autodevaluativos como “soy una mierda”, y “no valgo para nada” constantemente, refiere que se siente así por cómo actúa. Está muy pendiente de agradar a todo el mundo constantemente.

Su madre explica que es muy obsesiva e impulsiva, pone el ejemplo de que se rapó la cabeza de golpe.

Ante la clínica que presenta, incluidas estas conductas impulsivas, se le plantea para grupo de adolescentes con clínica TLP.

Narora.

Narora acude al CSMIJ en septiembre de 2019 derivada de urgencias como CRS (código de riesgo de suicidio) por hacer una sobreingesta de pastillas; sin embargo, Narora ya venía diagnosticada de enuresis no debida a enfermedad médica; trastorno de la lectura no especificado; y otras dificultades específicas del aprendizaje.

Narora explica que esta sobreingesta ocurrió mientras estaba sola en un contexto de agobio por vivencias en el instituto, pero cuando la madre le notó rara se lo contó.

Narora vive con sus padres y con su hermana gemela (ver figura 6). Refiere que tiene mala relación con su padre porque opinan de forma diferente y porque dice que tiene comentarios desafortunados hacia su hermana, su madre y ella por su peso y por su físico. Con respecto a su madre y a su hermana Narora expresa tener una relación ambivalente pero muy simbiótica.

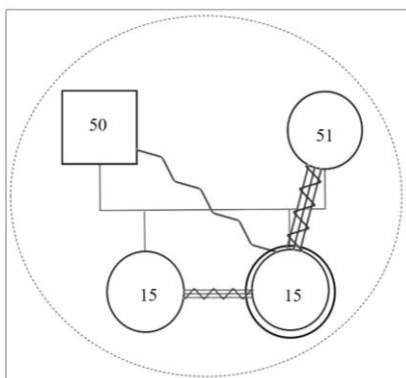


Figura 6. Genograma Narora

Naroa refiere tener muchas dificultades de relación y dice no tener ninguna amiga, en el colegio solo está con su hermana. Explica situaciones de acoso en el entorno escolar, empezó a faltar a clase por este motivo, por lo que le cuesta mucho mantener una continuidad en la asistencia. Explica un episodio en el que ha llegado a agredir a algún compañero porque se ha burlado de ella, y de su hermana. Explica que no le gusta actuar así, pero que cuando lo hace, es porque no aguanta más.

Con respecto a ella misma, Naroa tiene mala relación con su cuerpo, con su peso. Le cuesta decir partes de su cuerpo que le gusten, y, por lo contrario, dice que no le gusta nada de su cuerpo. Esto le dificulta ir al instituto, ya que le supone un gran obstáculo a la hora de relacionarse y de realizar actividades como educación física, donde Naroa dice pasarlo peor. Además, también le supone un problema para salir de casa.

Naroa tiene una serie de dificultades que se suman a la sintomatología planteada, desde hace un año, tiene un certificado de disminución (para el cual tiene un plan adaptado en el colegio), y desde hace un año le diagnosticaron diabetes. Sin embargo, con respecto a este último diagnóstico, en estos momentos tiene la medicación controlada debido a la sobreingesta.

Debido a toda esta clínica, se le propone participar en el grupo de adolescentes con clínica TLP.

Oier.

Oier es un chico de 14 años al cual derivan desde pediatría en noviembre de 2018 para una valoración de posible ansiedad, ya que también presenta alteraciones de conducta. Oier ya había acudido al CSMIJ anteriormente, y el diagnóstico que se le dio fue: encopresis no debida a enfermedad médica; otras dificultades específicas del aprendizaje; trastorno adaptativo con trastorno mixto del comportamiento y las emociones; trastorno de tristeza y de infelicidad; y dislexia de desarrollo.

Con respecto a su familia (ver figura 7), Oier no tiene buena relación con su padre, chocan mucho. Con sus abuelos maternos, sin embargo, tenía una relación muy estrecha, así como con su madre. Su abuelo materno fallece a principios de 2019 por cáncer de pulmón, lo cual él vive con mucha tristeza y como una pérdida muy importante. Con su hermana también choca mucho.

En la actualidad vive con la abuela, la cual tiene principios de Alzheimer, pero sigue teniendo trato con los padres (a consulta viene con la madre); pero cuando vivía en el domicilio de los padres Oier no tenía una habitación o un espacio propio, dormía en el sofá.

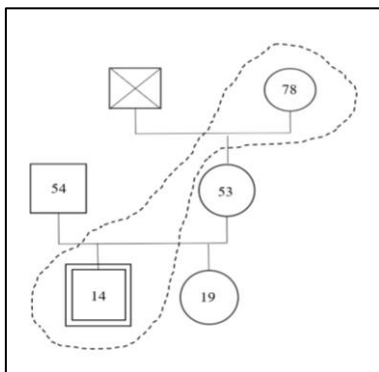


Figura 7. Genograma Oier

A nivel académico, Oier cursa una FP de electrónica ya que no podía seguir el ritmo de las clases, dada la dificultad que tenía para aguantar dentro del aula. Explicaba que le costaba mucho estar con tanta gente en un espacio tan reducido, por lo que empezó a afectar a su asistencia y comportamiento.

Con respecto a su entorno social, se relaciona bien con iguales, pero presenta algunas dificultades a la hora de relacionarse con adultos.

Oier explica que consumió cannabis durante un año para evadirse del sentimiento de tristeza por el fallecimiento de su abuelo, e inspira un fondo más bien deprimido.

Se le propone para el grupo de adolescentes con clínica TLP para brindarle un espacio donde pueda compartir experiencias e inquietudes a nivel emocional, para favorecer una mejor regulación y trabajar sobre las alteraciones de conducta y ansiedad.

Irati.

De Irati se conocen pocos datos, dado que solo ha tenido una visita con su psiquiatra previa a la derivación al grupo. Sin embargo, ya tenía diagnóstico previo de Dislexia y TDAH, además de una reacción aguda de estrés con perturbación predominante de las emociones.

Irati es una chica de 15 años la cual es derivada en noviembre de 2019 al CSMIJ por la UFAM, donde le han hecho una valoración por haber sufrido abusos sexuales desde hace 4 años por parte de un vecino de la comunidad donde vivía con el que mantenía

amistad. En este momento, todo este caso está pendiente de juicio, y tendrá que acudir a declarar.

Con respecto a su familia (ver figura 8), y por la información que ha podido aportar en el grupo (anexo 1) sabemos que Irati no tiene muy buena relación con sus padres, que no les explica las cosas que le pasan y refiere no entender por qué tienen que imponer su criterio por encima de ella. Irati explica que no los ve como padres, sino como iguales.

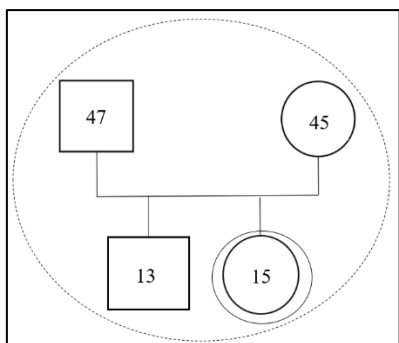


Figura 8. Genograma de Irati

A nivel académico explica que se ha cambiado de vivienda, y por lo tanto también de colegio, dada la experiencia vivida. Irati explica que en el colegio en el que está ahora está a gusto.

Explica que hasta noviembre de este año ha mantenido una relación la cual ella califica como “tóxica” con una chica durante 1 año y 5 meses aproximadamente. Explica que lo tuvo que dejar ella porque no aguantaba más la situación (explica situaciones de violencia física y verbal hacia ella, coacción a la hora de vestirse y mucha tensión). Sin embargo, cuenta que ahora está con otra chica y refiere que está muy bien.

El tratamiento farmacológico que se le ha pautado desde psiquiatría es: Fluoxetina 20 mg 1-0-0. Además, por la clínica que presenta y las experiencias vividas, se le propone participar en el grupo para adolescentes con clínica TLP.

Nagore.

Nagore es una chica de 16 años que acude al CSMIJ por primera vez en abril de 2013 derivada desde el servicio de psiquiatría; servicio al que llegó desde neurología por cefaleas y en el que hacía seguimientos con frecuencia semanal. En este servicio concluyen que las cefaleas pueden ser de origen tensional, por lo cual se decide la derivación. En esta ocasión hace una única visita, tras la cual se le da el alta clínica. En

febrero de 2019 viene derivada del PSP para completar una valoración diagnóstica y hacer un abordaje terapéutico.

En este momento Nagore habla de situaciones complicadas en el colegio, en las que unos niños le insultaban llamándole “gafotas”, además de pegarle, ella esto lo vive muy mal y con mucho estrés.

Nagore es hija única, y en su casa vive con sus padres (ver figura 9), de 41 años y su madre de 38 años, con los que refiere tener una buena relación, explica que está muy unida a su madre. Desde hace 8 meses, sus padres llevan a Nagore a tratamiento psicológico privado con una frecuencia semanal, además le han llevado también a un naturópata durante un tiempo. En su familia, Nagore tiene una prima con un retraso mental a la cual se está valorando una posible bipolaridad, también tiene ideas autolíticas.

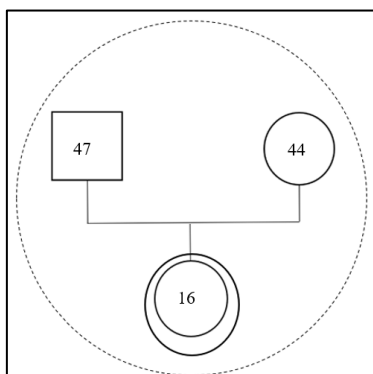


Figura 9. Genograma Nagore

A nivel escolar, hasta 3º de ESO tiene buen rendimiento académico, pero en 4ºESO se comienza a agobiar y le cuesta seguir el ritmo. Nagore explica una importante falta a clases por lo que le dificulta aprobar las asignaturas, sin embargo, consigue aprobar y ha comenzado un ciclo de administrativa, El cual comienza motivada, pero enseguida a haber absentismo a las clases, refiere mucha ansiedad.

Nagore explica una disminución de los intereses habituales, refiere mucha pasividad ante las actividades diarias. También refiere que hay ideación autolítica pasiva, episodios de llanto junto con mucha ansiedad, insomnio en primera fase y absentismo escolar.

Comienza con pauta de Lorazepam 0,5 mg para el insomnio. Tratamiento ansiolítico 2 semanas ya que tiene muchas conductas evitativas, como por ejemplo que no va al colegio, Lorazepam 0,5mg-0-1mg. En abril, desde urgencias pautan Aripiprazol 1mg/d.

con lo que se encuentra mejor, pero algo inquieta. La psiquiatra habitual mantiene la pauta.

Se le propone grupo para adolescentes con clínica TLP.

Evaluación

Dada la idea inicial del trabajo, los pacientes del grupo rellenaron una serie de cuestionarios en su primer día de grupo. Estos cuestionarios han podido brindar información sobre la sintomatología de cada paciente en el momento de empezar el grupo, así como datos con respecto a las variables a trabajar como son la regulación emocional. Sin embargo, también han aportado información sobre herramientas de afrontamiento como la resiliencia. A continuación, se procede a describir de forma breve cada una de las pruebas aplicadas.

En primer lugar, para la evaluación de la sintomatología global de los pacientes, se ha utilizado el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) (Goodman, 1997) adoptado y traducido al español (García et al., 2000). Es una prueba autoadministrada que cuenta con 25 ítems, los cuales evalúan las siguientes subescalas: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y prosocialidad. Con las cuatro primeras subescalas, se calcula una escala total de dificultades. Las respuestas se presentan en forma de escala Likert de 3 opciones (“no es verdad”, “es verdad a medias”, “verdaderamente sí”).

En segundo lugar, para la evaluación de la conciencia de las emociones de los integrantes del grupo, se ha utilizado el Cuestionario de Conciencia Emocional (EAQ “*Emotional Awareness Questionnaire*”) (Rieffe et al., 2007). De nuevo, consiste en una prueba autoadministrada con 30 preguntas y 3 opciones de respuesta (“falso”, “a veces es verdad”, y “verdad”). Las subescalas que comprenden esta prueba son: distinción de las emociones, intercambio verbal de las emociones, no ocultamiento de las emociones, conciencia corporal, análisis de las emociones, y atención a las emociones de los otros.

En tercer lugar, para evaluar la variable clave de trabajo de este grupo terapéutico, la regulación emocional, se ha utilizado la versión adaptada al español de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (Hervás & Jódar, 2008) (DERS “*Difficulties in Emotional Regulation Scale*”) (Gratz, Roemer 2004). Esta escala autoadministrada cuenta con 28 ítems y 5 opciones de respuesta en escala Likert que puntúan desde “casi nunca”, hasta “casi siempre”. Las subescalas que evalúa son: conciencia emocional, claridad

emocional, aceptación de las emociones, interferencia en el comportamiento cuando está angustiado, regulación de las emociones.

En cuarto, y último lugar, se ha utilizado el Inventario de Factores de Resiliencia (Salgado, 2005). Este inventario autoadministrado consta de 48 ítems con 2 opciones de respuesta, sí o no. Las subescalas que evalúa son: autoestima, empatía, autonomía, humor y creatividad.

A continuación, se muestran las tablas donde se han recopilado todos los resultados de las subescalas de cada prueba. Cabe mencionar, que los pacientes que aparecen sombreados y sin datos, son aquellos a los cuales por diversos motivos no se les han podido aplicar las pruebas.

Tabla 1

Puntuaciones SDQ.

	Naia	Irune	Ainhoa	Esti	Naroa	Garazi	Oier	Ane	Irati
Puntuación total de	13.	14.	20.	19.	21.				15.
Dificultades.	Normal.	Normal.	Anormal.	Límite.	Anormal.				Normal.
Puntuación total de	5.	1.	5.	8.	6.				6.
Síntomas Emocionales.	Normal.	Normal.	Normal.	Anormal.	Límite.				Límite.
Puntuación total de	4.	4.	5.	2.	4.				3.
Problemas de Conducta.	Límite.	Límite.	Anormal.	Normal.	Límite.				Normal.
Puntuación	2.	10.	5.	5.	5.				5.
Hiperactividad.	Normal.	Anormal.	Normal.	Normal.	Normal.				Normal.
Puntuación Problemas con	2.	1.	5.	4.	6.				1.
Compañeros.	Normal.	Normal.	Límite.	Límite.	Anormal.				Normal.
Puntuación Conducta	9.	10.	6.	7.	8.				10.
Prosocial.	Normal.	Normal.	Normal.	Normal.	Normal.				Normal.
Puntuación Impacto	4.	2.	0.	4.	6.				5.
	Anormal.	Anormal.	Normal.	Anormal.	Anormal.				Anormal.

Tabla 2

Puntuaciones EAQ.

	Naia	Irun	Ainhoa	Esti	Narrea	Garazi	Oier	Ane	Irati
Distinción de las Emociones (DE).	20/21	18/21	15/21	13/21	14/21	9/21			13/21
Intercambio Verbal de las Emociones (IVE).	6/9	9/9	7/9	6/9	4/9	4/9			7/9
No ocultamiento de las Emociones (NOE).	5/15	9/15	6/15	8/15	8/15	7/15			9/15
Conciencia Corporal (CC).	12/15	6/15	13/15	15/15	10/15	13/15			15/15
Análisis de las Emociones (AE).	10/15	8/15	11/15	9/15	10/15	12/15			7/15
Atención a las Emociones de los Otros (AEO).	15/15	14/15	14/15	14/15	10/15	13/15			14/15

Tabla 3

Puntuaciones DERS.

	Naia	Irene	Ainhoa	Esti	Narora	Garazi	Oier	Ane	Irati
Atención-Desatención (A-D)	10/20	15/20	11/20	12/20	13/20	10/20			14/20
Claridad-Confusión (C-C)	7/20	5/20	11/20	12/20	9/20	18/20			12/20
Aceptación-Rechazo (A-R)	32/35	10/35	32/35	18/35	14/35	24/35			12/35
Funcionamiento-Interferencia (F-I)	14/20	9/20	6/20	19/20	9/20	18/20			19/20
Regulación-Descontrol (R-D)	33/45	24/45	26/45	34/45	18/45	37/45			24/45

Tabla 4

Puntuaciones Inventario Resiliencia.

	Naia	Irune	Ainhoa	Esti	Narora	Garazi	Oier	Ane	Irati
Autoestima.	6 Medio.	8 Medio	5 Bajo.	3 Bajo.	4 Bajo.				4 Bajo.
Empatía.	9 Alto.	8 Alto.	8 Alto.	9 Alto.	8 Alto.				9 Alto.
Autonomía.	10 Alto.	5 Medio.	2 Bajo.	7 Medio.	5 Medio.				8 Alto.
Humor.	6 Medio.	8 Alto.	2 Bajo.	1 Bajo.	8 Alto.				5 Medio.
Creatividad.	3 Medio	5 Medio.	8 Alto.	2 Bajo.	2 Bajo.				5 Medio.
Total.	34 Alto. Pc: 67-92	34 Alto. Pc: 67-92	25 Promedio. Pc: 7-66	22 Bajo. Pc: 2-6	27 Promedio. Pc: 7-66				31 Promedio. Pc: 7-66

A grandes rasgos, con respecto a los resultados obtenidos en la escala SDQ, llama a la atención como algunas pacientes parecen no presentar grandes dificultades en su vida diaria, sin embargo, la sintomatología que sufren tiene un gran impacto en su cotidianidad. Por otro lado, no se aprecian grandes dificultades emocionales, problemas con compañeros o problemas de conducta. Y sólo una paciente ha obtenido una puntuación significativa en problemas de hiperactividad.

En el EAQ, los resultados muestran una buena conciencia emocional general en las pacientes del grupo, sobre todo llaman la atención los resultados de la subescala “atención a las emociones de los otros” y, salvo en uno de los casos, en la subescala “conciencia corporal”.

En el DERS es complicado hablar a nivel grupo, ya que todas han puntuado de forma muy particular. Por una parte, Irune, Irati y Naroa presentan una mayor desatención a las emociones; Ainhoa, Esti, y Garazi, una mayor confusión; Naia y Ainhoa presentan un mayor rechazo de las emociones, a las que le siguen Esti y Garazi; Esti, Garazi e Irati son las pacientes a las cuales sus emociones les suponen una mayor interferencia en su vida diaria, les sigue, en menor medida Naia. Por último, Naia, Esti y Garazi, son las pacientes que presentan un mayor descontrol con respecto a sus emociones, les siguen Irune, Ainhoa e Irati, con puntuaciones algo más moderadas, aunque elevadas, y finalmente, con se encuentra Naroa, que es la paciente que presenta, de acuerdo con esta escala, un mayor control de las emociones.

Finalmente, con respecto al Inventario de Resiliencia, por lo general, todas las pacientes han obtenido, o bien puntuaciones medias, o bien bajas en la subescala “autoestima”; todas han puntuado alto en la subescala “empatía”; en la subescala “autonomía”, los resultados han sido más dispares, Naia e Irati han puntuado, mientras que Ainhoa ha puntuado bajo, el resto han obtenido puntuaciones medias. En la subescala “humor” ha ocurrido lo mismo, mientras que Irune y Naroa han obtenido puntuaciones altas, Ainhoa y Esti bajas, y el resto medias; en “creatividad” solo Ainhoa ha alcanzado una puntuación alta. Por último, decir que las puntuaciones en esta escala han estado entre “promedio” y “alto” en todas las pacientes, menos en Esti, la cual ha puntuado “bajo”.

Plan de tratamiento

El espacio terapéutico que abarca este trabajo consta de 10 sesiones, las cuales corresponden al primer periodo (octubre-diciembre) del grupo, el cual continua 5 meses más (enero-mayo). La primera sesión se plantea como una sesión de acogida, y las restantes son en las que se formula el tratamiento.

De acuerdo con la clínica que presentan los pacientes de este grupo, la formulación terapéutica inicial propuesta consiste en la combinación de varias técnicas y tratamientos orientados al TLP, como los que se han venido comentando en el marco teórico.

Sin embargo, la característica que más destacaría del abordaje de esta intervención sería que, ante todo, en este espacio terapéutico los pacientes pueden compartir abiertamente aquellas experiencias de su vida que les producen malestar, tanto en general, como en su día a día. Para así, poder ir trabajando desde conflictos cotidianos, aspectos de su sintomatología como problemas interpersonales, difusión de identidad, desregulación emocional, estilos de apego, etc. Es, por lo tanto, la característica primordial de la intervención la poca direccionalidad de las sesiones.

Para este grupo se propone un tratamiento donde se integran una serie de orientaciones y técnicas, todas ellas con desde un enfoque psicodinámico, dada la orientación de la terapeuta.

El planteamiento inicial se propone desde una orientación psicoanalítica, integrando elementos de la DBT, para mejorar las habilidades interpersonales y favorecer la capacidad reguladora de las emociones de los pacientes, y también se combinan elementos que favorezcan a mentalización (MBT) de los pacientes con los conflictos interpersonales que puedan traer al grupo.

Curso de la terapia

El curso de la terapia refleja el abandono y la falta de adherencia de algunas de las pacientes que se ha producido en este proceso terapéutico. Además, y por estos mismos motivos, se aprecia que lo que en un inicio tenía la intención de ser una terapia grupal, no ha podido darse, y todos aquellos objetivos que, autores como Clarkin, Marziali Munroe-Blum (1991) planteaban, como la despolarización del pensamiento, la disolución de la

transferencia, y la oportunidad de amortiguar momentos complicados durante la terapia con el apoyo de otros miembros del grupo, no han podido tener lugar.

Como se aprecia a continuación en los breves resúmenes de las sesiones, y con mayor extensión en el anexo 1, estos procesos no han tenido lugar prácticamente. Se puede plantear que la falta de asistencia lo imposibilita, pero también cabe plantearse y reflexionar que esta inconsistencia en la asistencia puede producir desconfianza para la vinculación al grupo, a las terapeutas, al proceso terapéutico, y a los demás miembros del grupo, ya que, es importante tener en cuenta las dificultades en la vinculación que, como se ha mencionado en el marco teórico, suelen tener los pacientes con estas características clínicas (Fonagy, 2000; Nickell, Waudby & Trull, 2002; Aaronson, Bender, Skodol & Gunderson, 2006).

Esto último se ha apreciado en algunas actitudes de las pacientes, quienes mostraban desaprobación al ver que sus compañeras no acudían, (Ainhoa expresó la relación de este grupo terapéutico con el que ella anteriormente participaba, y se disolvió por falta de asistencia de sus compañeras, de las cuales dijo que “le abandonaron”), y en cómo hay varias pacientes que han dejado de asistir comentando que no se acaban de sentir cómodas, así como una paciente que no se ha sentido cómoda con las intervenciones de la terapeuta (Naia, en este caso le expresó a su referente esto último).

A continuación, se presenta brevemente el curso que ha seguido la terapia, del cual cabe destacar la evolución en la asistencia, la incorporación constante de pacientes nuevas, con su consecuente reiteración de presentaciones y normas del grupo, los abandonos, y la falta de hilo conductor de las sesiones debido a la inconsistencia en la asistencia.

En la terapia, han participado una terapeuta, una trabajadora social, y una observadora. La terapeuta y la trabajadora social hacían la función de terapeuta y de coterapeuta.

La terapia ha comenzado con una *primera sesión de acogida*, en la que se han explicado, en primer lugar, las normas del grupo. Se ha dado especial hincapié a la confidencialidad dentro del grupo, ya que ha dado el caso de que algunas de las participantes se conocían de fuera. Cada vez que se ha incorporado un miembro nuevo en

cada sesión estas normas se han vuelto a repetir. En esta primera sesión han acudido 4 pacientes, de 9 que estaban convocados aproximadamente.

Posteriormente, en esta primera sesión de acogida, se ha procedido a presentarse cada uno de los participantes, incluidas terapeutas. Seguido de esto, se ha propuesto hacer un breve resumen de porqué participa cada una en el grupo, de sus principales aficiones, y se les ha pedido que expliquen brevemente con quién viven, con el fin de que se hagan una idea las unas de las otras.

A partir de la *segunda sesión*, las sesiones comienzan a tener menos estructura, en la cual, según se comienza, se comenta, de forma libre, cómo ha ido la semana. Es de esta forma en la que la temática de cada sesión aflora.

En la segunda sesión, la trabajadora social se ausenta, una de las pacientes no acude y se incorpora una nueva, por lo que se repiten las normas y las presentaciones. En esta sesión, la principal temática son los apoyos con los que cuentan en su círculo social, tanto entre amistades y familia, y en la cuestión de las amistades, se habla de las amistades tóxicas.

Previamente a la tercera sesión, la observadora tenía citados a 4 pacientes para pasarles las pruebas pertinentes para este trabajo, y ninguno de los pacientes se presentó en la cita asignada.

En la *tercera sesión*, acuden únicamente 2 pacientes, uno de los cuales es nuevo en el grupo, por lo tanto, se han de explicar de nuevo las normas y de hacer las presentaciones. La temática de esta sesión se centra en las dificultades que presentan ambos pacientes para tolerar estar en el aula del colegio, por motivos diferentes, pero que a ambos les supone mucho malestar. A la mitad de la sesión, uno de los pacientes abandona el grupo ya que refiere que se siente mal, y la temática con la otra paciente desemboca en la identidad, vivir en el presente y la polaridad de sus emociones.

En la *cuarta sesión*, acuden 4 pacientes; de nuevo, hay una nueva incorporación, conocida de una de las pacientes por otro grupo que habían hecho juntas. Se comentan las normas y se hacen las pertinentes presentaciones de nuevo. El contenido de esta sesión gira en torno a las relaciones interpersonales con iguales, de amor y amistad. Se tratan temas de celos, terceras personas en relaciones, conflictos por falta de comunicación con los demás, obsesiones con amigas y parejas, etc.

En la *quinta sesión*, sólo acude una paciente, a la cual se le ofrece el espacio terapéutico, pero se aclara que no es una sesión grupal ya que no hay más compañeros en la sesión. En esta sesión, explica una conflictiva interpersonal que comenzó a explicar la semana anterior.

En la *sexta sesión*, acuden 2 pacientes al grupo, una de ellas es una integrante nueva, y se comunican las bajas de dos de las pacientes del grupo. La temática de esta sesión se centra en la presión escolar que sienten ambas pacientes, sobre todo por la sensación que tienen las dos de que si no estudian no van a poder alcanzar metas de provecho en un futuro.

En la *séptima sesión*, acuden dos pacientes al grupo, y ambas coinciden en que estallan de forma muy repentina y abrupta en los conflictos, se enfadan muy rápido y tienen respuestas, en ocasiones, inadecuadas. También hablan de que el proceso de la adolescencia les está costando especialmente porque no tienen claro en qué punto están, por un lado, tienen más libertades que los niños y por otro, más responsabilidades. Ambas están viviendo esta etapa de forma muy negativa.

En la *octava sesión* acuden 2 pacientes, una de ellas es una nueva incorporación, la cual sólo ha tenido una única visita con su referente. Ambas explican que se conocen de vista, por lo que se hace especial hincapié en la cuestión de la confidencialidad. Se tratan los conflictos relacionales con compañeros del colegio y la forma de gestionar el malestar con los mismos, la impulsividad, ya que ambas han llegado a las manos en conflictos con compañeros.

En la *novena sesión*, acuden 2 pacientes, y se tratan formas de relacionarse con iguales, de forma progresiva. Se plantea la opción de buscar gustos comunes, de comenzar conversaciones fáciles y poco trascendentales. También se habla del otro extremo, de discriminar en quién se deposita la confianza.

En la *décima y última sesión* de este primer periodo de grupo, acuden dos pacientes, ambas comienzan explicando una conflictiva interpersonal con amistades y parejas, pero la temática da un giro cuando una de las pacientes pone sobre la mesa que ha sufrido un abuso sexual, y decide contar su experiencia. Además, le pregunta a su compañera su opinión sobre lo que ha explicado, y para contestarle, lo hace explicando su propio testimonio sobre una situación traumática con su padre. Ambas describen situaciones

sobre su historia, y se hace hincapié en cómo estas vivencias condicionan la forma en la que las personas actúan y se relacionan.

Tras esta breve exposición de los que han sido las 10 sesiones de la terapia, se puede apreciar cómo la adherencia al grupo se va debilitando, con una inconsistencia notable en la asistencia, bajas del grupo reiteradas, ausencias a las sesiones de evaluación y falta de involucración dentro de las sesiones. Además, un factor que parece puede ser de importante relevancia es que ni siquiera en la primera sesión, la sesión de acogida, vienen todas las participantes o la mayoría de ellas. Algunos pacientes comentaban más adelante que no habían sido notificadas o que no sabían cuándo comenzaba el grupo. Otro aspecto a tener en cuenta, es que se solicita que si algún paciente va a faltar a las sesiones avise previamente, algo que prácticamente ninguno llega a hacer cuando se ausenta.

Discusión y conclusiones

A lo largo de este trabajo, se ha llevado a cabo el seguimiento de un grupo terapéutico que, por varios motivos, no ha llegado a funcionar como tal. Pese a que las terapias grupales pueden suponer un gran beneficio para pacientes con sintomatología límite (Clarkin, Marziali & Munroe-Blum, 1991), son muchos los aspectos a tener en cuenta para alcanzar el mayor éxito posible de las mismas.

Hay varios factores a analizar para poder ver qué es lo que ha fallado para que este grupo terapéutico no funcione, y así poder ver qué aspectos cambiar de cara al segundo periodo de grupo que está por comenzar, así como para futuras intervenciones grupales.

En primer lugar, y como se acaba de comentar en líneas anteriores, a lo largo de la duración de todo este grupo, llama la atención cómo en ninguna de las sesiones han acudido todos los participantes, ni siquiera en la sesión de apertura, pero también es cierto que no acaba de quedar del todo claro en ningún momento quienes son todos los pacientes que integran este grupo terapéutico. Esto puede hacer que no acabe de quedar claro el *setting* del grupo, es decir, ni los pacientes ni las terapeutas saben quiénes son los miembros ni cuántos son exactamente, y de cara a una terapia grupal, impide planear las sesiones, seguir el hilo conductor, se irrumpe el espacio de intimidad terapéutica con incorporaciones nuevas constantes... La vinculación, por lo tanto, se dificulta, ya que el encuadre con respecto a los integrantes no queda claro.

Por otro lado, y con relación a la vinculación, es cierto que los pacientes con sintomatología límite pueden tener dificultades para vincularse a un proceso terapéutico, dado que los propios estilos de apego del paciente tienen grandes implicaciones en la vinculación terapéutica (Levy, Meehan, Weber, Reynoso & Clarkin, 2005). Es por esto, que una evaluación previa de los estilos de vinculación de cada paciente podría haber sido positiva para entender las necesidades, los aspectos a trabajar y los posibles puntos de inflexión en este proceso, para prevenir así el abandono motivado por esta razón.

Además, otros autores destacan la idea de que grupos formados por pacientes con clínica únicamente límite puede considerarse otro predisponente para el abandono terapéutico, ya que cuesta que tengan lugar aspectos que favorecen las terapias grupales, como el intercambio de opiniones o el apoyo entre miembros (Alarcón, Salcedo & Fernández, 2005). En este grupo, se pueden apreciar comentarios que se hacen unas pacientes a otras en las que se les anima a actuar de forma impulsiva, a vincularse dentro del “todo o nada”, e incluso actitudes entre ellas en las que se aprecian sus dificultades de vinculación y falta de empatía. Es cierto que esto se puede tomar como oportunidad de intervención terapéutica, pero puede haber una fina línea que traspasar si la intervención en estos puntos se pasa por alto, o si las relaciones se extrapolan fuera del grupo.

Por otro lado, es cierto que todas las pacientes tienen rasgos, o aspectos de su vida comunes, por lo que conectar en este sentido no parecía que iba a ser un problema. La cuestión es que, al asistir pocas pacientes a cada sesión, se ha notado cuando coincidían perfiles más afines y perfiles que costaba más que encajaran. Esto se puede apreciar en los registros de sesión (Anexo 1) en los que se percibe cómo las sesiones alcanzan un nivel de profundidad u otro con respecto a esta cuestión (la sesión 9 en comparación con la sesión 10).

Otro aspecto sobre el que se puede hipotetizar, y que ha surgido con el abandono de una de las pacientes, es una cuestión de vínculo con la terapeuta. Esta es una de las cuestiones por las que los pacientes pueden abandonar un proceso terapéutico (Castillo, Pérez, & Aubareda, 1996), y en este grupo ha ocurrido que una de las pacientes ha verbalizado a su terapeuta referente no sentirse cómoda con las intervenciones de la terapeuta cuando ella ha explicado algún problema de su relación sentimental al grupo, ya que no se ha sentido acogida.

Y es que, en este grupo, uno de los rasgos límites más claros que se han podido apreciar con respecto a las relaciones interpersonales, planes de futuro, formas de vínculo, aficiones, etc. es la difusión de identidad, aspecto diagnóstico planteado por Kernberg (2012). La cuestión que se trata de valorar en este punto, es que la idea de que teniendo esta dificultad para integrar las representaciones de sí mismas, si las pacientes no sienten una acogida de sus dudas, de su malestar, de sus dilemas con respecto a las cuestiones que plantean, puede que no se acaben de sentir cómodas y con confianza con la figura del terapeuta, impidiendo así una buena adherencia a la terapia y un buen vínculo con la misma.

Siguiendo en esta misma línea, ha habido pacientes cuya derivación al grupo se ha hecho tras pocas sesiones con la terapeuta referente, por lo que puede ser que, si no hay una vinculación sólida con el referente, sea de mayor dificultad establecer el vínculo con la terapia grupal. Además, esta terapia se realiza desde un contexto ambulatorio, por lo que la trayectoria que ha seguido este grupo puede ser indicador que, para estas pacientes, la atención ambulatoria no es suficiente, y habría que hacer un planteamiento de intervención más intensiva.

Es por todo esto, que de cara a plantear una futura intervención dentro de un servicio ambulatorio como es un CSMIJ, la preparación pre-grupo parece de gran importancia. En esta “fase” cabría incluir un listado cerrado y con confirmación previo de los pacientes que asistirán al grupo, con un trabajo para la vinculación al mismo por parte del terapeuta referente, y un compromiso y voluntad del propio paciente de asistir, ya que la motivación aquí supondría una gran diferencia.

Además, estudiar y valorar la vinculación de los pacientes puede ofrecer información muy valiosa de cara a la vinculación con la terapia y el terapeuta, así como estudiar las historias familiares. En este caso, muchos de los pacientes tienen relaciones muy conflictivas dentro de su núcleo familiar, y otros incluso han vivido episodios de abusos y malos tratos. Tener esto en cuenta, es lo que ha supuesto que en ocasiones pacientes se sientan más acogidas y más cómodas para compartir sus historias, así que tener en cuenta sus formas de vinculación puede ser clave para esto mismo.

Finalmente, si bien 10 sesiones es un tiempo algo limitado y escaso para apreciar todos aquellos procesos que han podido tener lugar para que el curso de la terapia haya sido el presente, plantear cambios de cara al siguiente periodo terapéutico alrededor de

las cuestiones propuestas sería una buena opción para ver si se producen cambios positivos, y si es así, brindar a los pacientes otra oportunidad de aprovechar un grupo terapéutico, el cual en otras ocasiones ha tenido un funcionamiento beneficioso para los mismos.

Referencias

- Aaronson, C., Bender, D., Skodol, A., & Gunderson, J. (2006). Comparison of Attachment Styles in Borderline Personality Disorder and Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Psychiatric Quarterly*, 77(1), 69-80.
- Alarcón, M. B., Salcedo, M. T., & Fernández, B. C. (2005). Apego al tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes con trastorno límite de la personalidad. estudio piloto en pacientes de 18 a 24 años. *Salud Mental*, 28(1), 52-60.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bernardo, E. G. (2007). Tratamiento psicoterapéutico de los trastornos límite de personalidad (TLP). *Clínica y Salud*, 18(3), 347-361.
- Castillo, A; Pérez, S. & Aubareda, M. (1996). El abandono de los tratamientos psicoterapéuticos. *Clínica y Salud*, 7, 271-292.
- Chanen, A. M., & McCutcheon, L. K. (2008). Personality disorder in adolescence: The diagnosis that dare not speak its name. *Personality and Mental Health*, 2(1), 35–41.
- Clarkin, J. F., Marziali, E., & Munroe-Blum, H. (1991). Group and Family Treatments for Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Services*, 42(10), 1038–1043.
- Dozier, M., Cue, K., Barnett, L. (1993). Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *J Consult Clin Psychol*, 62, 793–800.
- Dozier M, Tyrrell C (1998). The role of attachment in the therapeutic relationship; in Simposon JA, Rholes WS (eds): Attachment Theory and Close Relationships. New York, Guilford Press.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and Borderline Personality Disorder. *Journal of The American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129-1146.

- García, P., Goodman, R., Mazaira, J., Torres, A., Rodríguez-Sacristán, J., Hervás, A. y Fuentes, J. (2000). El Cuestionario de Capacidades y Difi cultades. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1, 12-17.
- Gratz, KL., Roemer, L. (2004) Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess* 26. 41-54.
- Goodman, R. (1997). The strengths and diffi culties questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Gunderson, J. (2002). *Trastorno Límite de Personalidad: Guía Clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la escala de dificultades en la regulación emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.
- Jo, T., & Almas, S. (2008). *Abandono del tratamiento en una consulta externa de psiquiatría y psicología clínica*.
- Jopling, E., Khalid-Khan, S., Chandrakumar, S., & Segal, S. (2016). A retrospective chart review: adolescents with borderline personality disorder, borderline personality traits, and controls. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 30(2), 1-9.
- Kernberg, O. F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. In J. F. Clarkin & M. F. Lenzenweger (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 106-140). New York: Guilford Press.
- Kernberg, O. (2012). Identidad: hallazgos recientes e implicaciones clínicas. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 19: 13-28.
- Levy, K., Meehan, K., Weber, M., Reynoso, J., & Clarkin, J. (2005). Attachment and Borderline Personality Disorder: Implications for Psychotherapy. *Psychopathology*, 38(2), 64-74.

- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA research monograph*, 137, 201-201.
- Monzón Reviejo, S., & Fernández-Guerrero, M. (2016). Guía diagnóstica para el Trastorno Límite de la Personalidad en adolescentes. *Revista De Psicopatología Y Salud Mental Del Niño Y Del Adolescente*, 28, 55-65.
- Nelson, K. J., Zagoloff, A., Quinn, S., Swanson, H. E., Garber, C., & Schulz, S. C. (2014). Borderline personality disorder: treatment approaches and perspectives. *Clinical Practice*, 11(3), 341–349.
- Paris, J., Zweig-Frank, H., & Guzder, J. (1994). Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Comprehensive Psychiatry*, 35(4), 301–305.
- Rieffe, C., Terwogt, M. M., Petrides, K. V., Cowan, R., Miers, A. C., & Tolland, A. (2007). *Emotion awareness questionnaire*.
- Ruiz, D., & Gómez- Becerra, I. (2012). Patrones de personalidad disfuncionales en niños y adolescentes: una revisión funcional - contextual. *Suma Psicológica*, 19(2), 131-149.
- Salgado, A.C. (2005). *Inventario de Resiliencia para Niños: Fundamentación teórica y construcción*. Cuaderno de Investigación No.8. Instituto de Investigación. Escuela Profesional de Psicología. Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres.
- Silk, K. (2008). Commentary Personality disorder in adolescence: The diagnosis that dare not speak its name. *Personality and Mental Health*, 2, 46-48.
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: Comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 734-750.
- Yust, C. C., & Pérez-Díaz, Á., Gustavo L. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 97-114.

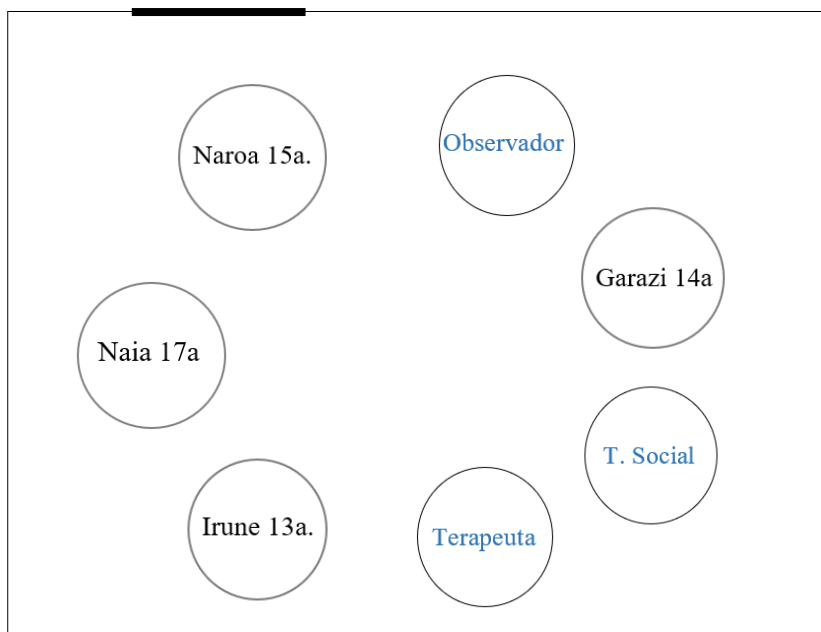
Anexos**Anexo 1. Registro de sesiones.****Sesión 1. Sesión de presentación y bienvenida. 14/10/19**

Figura 10. Organigrama de la sesión 1.

La sesión ha comenzado mediante una breve explicación de que, por motivos desconocidos en ese momento, han faltado varios de los compañeros que estaban convocados a venir al grupo, así como una breve explicación de que, al finalizar el grupo, la estudiante de prácticas les iba a pedir que rellenaran unas escalas para su trabajo de fin de máster. En este momento, estaban en la sala: Naroa, Naia, Irune y las terapeutas la terapeuta y la observadora.

Al haber pasado 10 minutos de la hora prevista de inicio de grupo, la terapeuta ha decidido la primera dinámica podría ser hacer una breve introducción de cada una.

Ha comenzado ella diciendo que es psicóloga clínica y la terapeuta del grupo. A continuación, ha seguido la observadora diciendo que es psicóloga y que está en el CSMIJ haciendo unas prácticas. Ha seguido Naroa, después, Naia, y ha dicho que como había varias personas con su nombre, se le podía llamar por su apellido. Por último, se ha presentado Irune

A continuación, la terapeuta, ha explicado las normas básicas del grupo, sobre todo haciendo incidencia en la confidencialidad del mismo, ya que pude que salgan temas de conversación delicados. En este momento se ha incorporado la trabajadora social del CSMIJ, la cual se ha presentado como tal al resto del grupo y ha secundado las palabras de la terapeuta

Un aspecto muy importante, en el que han incidido en especial ambas terapeutas, es si había alguien que se conociera en el grupo, a lo que han respondido todas que no. En este momento, se incorporaba al grupo Garazi, a la cual se le ha hecho un breve resumen de esto y ha comentado que ella y Naroa se conocen del colegio, que han hablado alguna vez, por lo que ese ha hecho bastante hincapié en si será un problema esto último para la cuestión de la confidencialidad, ambas han dicho que no.

Lo siguiente que se ha procedido a hacer ha sido a explicar brevemente los motivos por los que ellas creían que estaban en este grupo.

Ha empezado Irune diciendo que ella lo pasó muy mal cuando su mejor amiga le “dejó”, y que entonces dio puñetazos a las paredes y se hizo muchas heridas. También ha explicado que es muy impulsiva.

Naia ha explicado que a ella le cambia muy rápido el humor y que casi siempre se encuentra mal, que rara vez está bien, y que para ella ha llegado el punto en el que estar bien no conlleva estar feliz sino estable. Refiere cambios de humor grandes y enfados importantes con respuestas impulsivas.

A Naroa le ha costado más empezar a hablar, pero con ayuda de la terapeuta que es su terapeuta referente, ha explicado que lleva una temporada más baja de ánimo y con bastante ansiedad, que lo pasa muy mal en el colegio y que incluso pegó a un compañero porque se metió con ella. Garazi explica que está más ansiosa y de peor humor

También se les ha preguntado si tienen algún hobby con motivo de conocerlos mejor. Garazi ha dicho que ella no hace otra cosa que no sea ir al colegio o dormir, que se siente muy cansada ya que por la noche le cuesta mucho dormir.

Naroa ha explicado que a ella le gusta coger bocetos de espacios y decorarlos o maniqués y diseñarles la ropa, también ha explicado que le gusta el maquillaje, pero que solo lo utiliza en casa.

Naia ha dicho que a ella le gusta mucho cantar, pero que cuando no hay nadie en casa. Y que le gusta mucho maquillarse, pero que ella “si lo lleva a la calle”, “que no se va a maquillar para quedarse en casa”. Irune ha explicado que a ella le gusta el boxeo y salir a la calle.

La atención ha vuelto al motivo por el cual a Garazi le cuesta dormir por la noche, a lo que ha dicho que se pone muy nerviosa. Se les ha preguntado sobre si tienen algún recurso o alguna técnica de relajación que les vaya bien y que quisieran compartir.

En esta cuestión ha costado más que participen ya que han manifestado que no sabían de ninguna técnica en concreto. Naia ha dicho que a ella le venía bien cantar, e Irune ha dicho que ella necesita salir a la calle y a despejarse, que necesita respirar aire fresco. Naroa ha dicho que ella suele ponerse a contar, en este momento ha explicado una situación en la que se puso muy ansiosa, pero no sabía si era por la diabetes que padece o por ansiedad y ha explicado, con dificultad para centrarse en el tema y no divagar con el tema de la diabetes, este método de ponerse a contar para relajarse.

En este momento ha finalizado la sesión de grupo, y como ya se ha anunciado al comienzo, la alumna de prácticas y observadora se ha quedado con los pacientes para pasarles las escalas pertinentes.

Sesión 2. 21/10/19

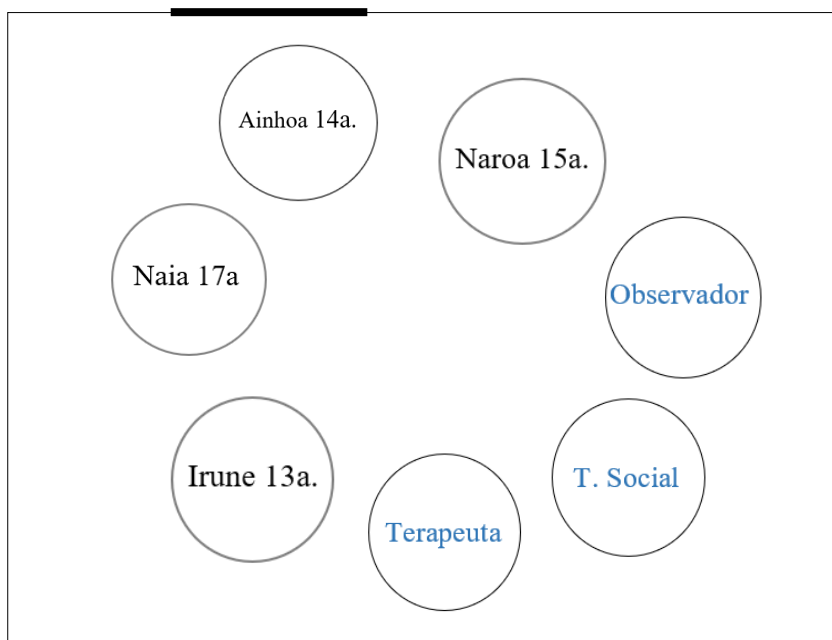


Figura 11. Organigrama de la sesión 2.

La sesión comienza hablando de los pacientes que estaban convocados para venir tanto hoy como el día anterior y siguen sin venir, así como de la falta de Naroa y de G.D., las cuales acudieron a la anterior sesión, y sin embargo no han llegado todavía.

En primer lugar, se les pregunta cómo ha ido la semana, especialmente con motivo de la huelga general que ha sido convocada, se incide en ver cómo han vivido los acontecimientos acaecidos.

Se quedan todas en silencio, les cuesta romper el hielo, por lo que la terapeuta le da el turno de palabra a Irune la cual refiere que hizo huelga 2 días, y refiere que no tiene nada más que explicar.

Naia refiere que ha hecho huelga 1 día, y dice que la semana “sin más, que podría haber ido peor (se ríe)”, explica que ha estado todo el fin de semana estudiando matemáticas, pero no entendía nada.

Ainhoa explica que hizo huelga 1 día. En este momento se presenta y explica que ella ya había hecho un grupo, y que la experiencia que ella tenía de ir a un grupo era ir a explicar cosas malas y que los demás te dan su opinión. La terapeuta explica que es un acompañamiento en el que se van a ir elaborando emociones.

En este momento, se incorpora Naroa al grupo y la trabajadora social se marcha debido a una reunión.

Ainhoa continúa hablando de su experiencia en grupos terapéuticos y refiere que los grupos no acaban funcionando, lo explica como una “experiencia amarga”, y explica falta de confianza en anterior grupo.

Sus motivos para estar en este grupo son una falta de autoestima y mucha autculpa, según refiere. Cuenta que tuvo ataques de ansiedad, depresión, y que le cuesta vivir en el presente. Explica que no tenía amigos, y que tuvo varios problemas con otras niñas.

Naia refiere que en verano le pasaba que no quería salir de la cama y que no salía prácticamente a la calle, que se siente identificada con la historia de Ainhoa, Naroa también.

La terapeuta resalta que Ainhoa ha dicho muchas cosas y que, si alguien quiere hacer algún otro comentario sobre lo que ha explicado, a lo que Irune dice “¡y es su primer día!”.

Ainhoa sigue explicando su historia. Refiere que le hicieron bullying de pequeña, que perdió 10 kg desde el enero pasado hasta aquí porque se sentía muy mal con su cuerpo, cuenta de que se relacionó con personas manipuladores y repulsivos, y añade que “la gente me tiene envidia, por eso me tratan así”. La terapeuta le contesta “entonces, ¿te esfuerzas mucho para gustar a los demás no?, a lo que contesta “ahora lo hago por mí”.

Se invita a los demás a reflexionar sobre esto último.

Naia explica que ella hacía esto último hasta bachiller más o menos. De pequeña sacaba muy buenas notas y en 1ºESO “se calló”, refiere que conoció a dos chicas y cambió, se hacía la graciosa y la tonta, y explica que ahora le sale solo; “no me gusta quedar sobre los demás”, “también bajé de peso”.

Naroa intenta intervenir diciendo “intenté hacerlo”, pero enseguida se emociona y dice que prefiere escuchar.

El turno pasa a Irune, la cual refiere que no le viene nada a la cabeza.

Ainhoa interviene de nuevo diciendo que lo que le da rabia es que le critiquen, y Naia le contesta que pase, que no les haga caso. Naroa interviene y explica que ella tuvo a 2-25 personas en contra y acabó explotando, que no tenía más apoyo, solo tenía a su hermana, y que ahora tampoco tanto.

Surge el tema de los apoyos.

Ainhoa refiere que a veces ha tenido apoyos, y otras no, Naia explica que a veces tenía, pero que estaba tan mal que eran irrelevantes, Naroa explica que a veces sus apoyos no piensan como ella.

Ainhoa vuelve a hablar de amistades tóxicas y la terapeuta le pregunta qué es para ella una amiga tóxica. Naia dice que ahora todo es tóxico. Ainhoa explica que es alguien que te lleva la contaría, que le decía que exageraba los problemas y que “pasaba de sus problemas”.

Naia le dice que a lo mejor la otra parte quería que le explicara su parte antes que acabar la relación, y Ainhoa le dice que puede ser.

La terapeuta refuerza la idea de que el grupo es un espacio con empatía y libre de juicios. Ainhoa dice que fuera eso no pasa, Naia, dice que siempre habrá alguien que te juzgue, y Ainhoa apunta que vive su vida como un CD rayado, que siempre es igual.

La terapeuta propone explicar un poco más sobre su entorno, sobre sus familias, sobre cómo se sienten en sus casas.

Comienza Naia hablando, y explica que ella vive con su madre, que tienen una relación complicada, ya que pueden llegar a estar un mes sin hablarse prácticamente. Refiere que su madre piensa que todo lo que dice es un ataque, “yo también la cago eh, pero tiene una actitud muy inmadura, si fuera por ella yo estaría sola”. Explica que lleva casi 4 años sin ver a su padre, y que tiene una hermana por parte de padre con la que habla de vez en cuando y se van explicando cosas como si le gusta alguna chica o si tiene algún problema. De la relación con su padre, solo dice que no quiere saber nada de él, que ha tenido detalles muy feos con ella como no decirle que su abuelo ha fallecido y tener que enterarse por un estado de WhatsApp.

Ainhoa explica que piensa que su madre le quiere pero que no le escucha, y que se le olvidan las cosas que le cuenta, refiere que tienen muchas peleas por la comida, por que come poco. De padre no explica.

Iruna refiere que no les explica las cosas a sus padres ya que no tiene suficiente confianza con ellos, con su madre algo más. Explica que su padre es muy “borde” y que le hace comentarios que le hacen sentir mal, que su madre es más comprensiva. Con su hermana melliza se lleva mal, refiere que “ella lo hace todo siempre bien y estudia mucho, es más lista que yo”. Me llevo mejor con mi hermano.

Naroa explica que se lleva muy bien con su madre, que con su padre no se lleva, que a veces le critica, a ella o a su hermana, por lo que comen o por su aspecto físico. Con su hermana gemela se lleva bien, pero se han llevado mejor en otros momentos.

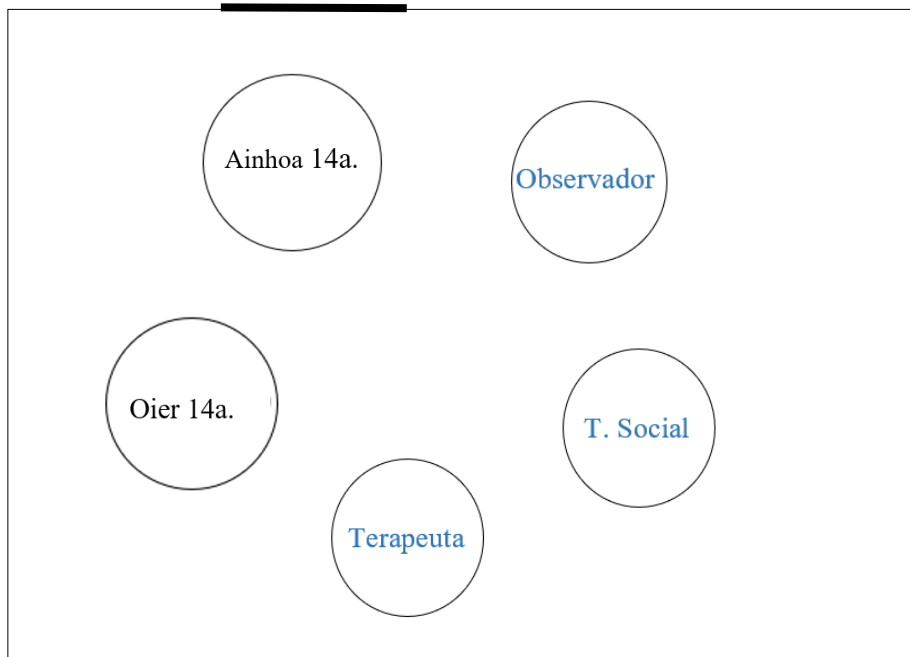
Sesión 3. 28/10/19

Figura 12. Organigrama de la sesión 3.

La sesión se abre comentando la falta de asistencia sin previo aviso de los demás compañeros del grupo, así como que una nueva compañera ha decidido no entrar al ver a Oier en la sala del grupo, ya que ha dicho que le conoce “del barrio”.

La terapeuta pregunta a los dos pacientes que han venido a ver si se sienten cómodos como para llevar a cabo la sesión y que en función de eso seguiríamos a delante o no. Se pacta que se va a intentar y que si en algún momento debe acabar se dejará entonces.

Ainhoa hace referencia que eso pasó en el grupo anterior al que ella iba, y se reconduce diciendo que puede y se espera que esta falta de asistencia sea algo puntual, ya que en las dos últimas sesiones la asistencia ha sido buena.

La observadora también comenta que tenía citados a 4 pacientes para pasarles pruebas y que ninguno ha acudido a la cita.

Oier es la primera vez que viene al grupo, comenta que su terapeuta referente comentó con su madre que le podría ir bien venir, y que por eso está aquí. Antes de comenzar a presentarse refiere que no se encuentra bien, su madre en la sala de espera comenta que está con fiebre y que hoy no ha acudido a clase.

Oier se presenta diciendo que está cursando una FP de electrónica y que cumplirá 15 años el mes que viene. Refiere que le expulsaron de la ESO. En cuanto a su trayectoria por el circuito de salud mental, refiere que fue al psicólogo durante dos años y que después lo dejó por un tiempo, pero que lo tuvo que retomar por fuertes ataques de ansiedad, y que ahora se siente con mucha ansiedad también.

Refiere que vive con su abuela porque en casa de sus padres no se sentía cómodo, y con su abuela se siente más tranquilo. Refiere que tiene problemas con el padre, pero no desarrolla esto último más. Expresa que la decisión de mudarse con su abuela a sus padres les parece bien.

En este momento Ainhoa le explica por qué viene ella a modo de introducción. Explica que no le ve mucho sentido a ir al colegio, que le pone de muy mal humor, y que esto le da dolores fuertes de cabeza. Refiere que exagera mucho lo que le dice la gente y que se lo toma todo como si fuera una crítica, y que se culpa a sí misma. “Me da rabia, y me enfado”. La terapeuta le pregunta qué podría hacer ella para disminuir esta rabia, y ella refiere que llegar a casa y hacer sus cosas, hasta que llegue el día siguiente “con la misma mierda de gente.

Oier interviene para decir “le entiendo bien, estar en un grupo que va a su puta bola tiene que dar impotencia; yo no he estado en esa situación, pero yo hacía campana, porque me agobiaba mucho estar en una clase”. “En lo que hago ahora no me pasa lo mismo, por que hago cosas más prácticas, pero cuando hago periodos de 5 horas de clase me agobio, no puedo”.

Oier refiere que se siente mal y que necesita salir al lavabo.

Ainhoa: “da rabia esforzarse tanto, es muy pesado, me agobio, hago extraescolar de mate, inglés y piano, y cuando veo que la gente saca mejor nota que yo me da rabia”. “En casa tampoco me siento cómoda, por mi habitación pasa todo el mundo para ir a la terraza y no estoy tranquila, mi madre me agobia con la comida, mis hermanas gritan mucho, y en general los ruidos me agobian mucho”.

Oier entra y refiere que ha llamado a su madre para que le venga a buscar ya que no se siente bien. La terapeuta le pregunta, conectando con el tema de que en clase se agobiaba, si esta sala le producía agobio, a lo cual ha dicho que sí.

Ainhoa continúa explicando su situación en casa y refiere que sus padres le dicen que se tiene que aguantar con la situación de su casa, y ella dice que para los cuatro años que le quedan se aguantará. Explica que quiere ser productora musical y que antes le daba mucha vergüenza expresarlo, siente que le cuesta vivir en el presente, siempre está mirando al pasado o al futuro.

Oier refiere que él vive más en el presente, que no le gusta tanto mirar al pasado, explica que la primera vez que hizo 1º de ESO le pusieron 120 partes por faltas y que le acabaron cambiando de instituto, y que al siguiente dejó de ir ya que se agobiaba, temblaba y se hacía autolesiones.

En este momento Oier abandona la sala.

Ainhoa: “por lo menos lo ha intentado”.

Ainhoa refiere que no puede sacar nada bueno del día de hoy, que lo único puede ser que se ha desahogado un poco. Refiere que le cuesta mucho dejar de compararse con los demás, que no ve nada especial en ella, y que su objetivo es que las personas se impresionen con lo que hace, que le conozcan por algo. En este momento refiere “no sé quién soy” y rompe a llorar, le cuesta bastante controlar el llanto, y sigue explicando mientras llora que ha hecho muchas cosas para mejorar y que nadie lo nota, que no sabe para qué sirve, refiere que la gente le dice que lo que siente es parte de una etapa, pero ella piensa que no piensa como el resto, refiere que “no puede más”, que solo quiere ser feliz. Intenta hacer el esfuerzo de pensar en la última vez que se sintió feliz, y recuerda un momento en un concierto el 25 de marzo. Se rescata que hay capacidad para sentir felicidad y que se puede ir trabajando sobre ello.

Se cierra la sesión ya que se ha pasado el tiempo y se le devuelve a Ainhoa que algo positivo que puede sacar de la sesión de hoy e incluso de la falta de asistencia, es que ha tenido un espacio más íntimo y dedicado a ella para que pueda desahogarse, y a tres personas que estaban ahí para escucharle.

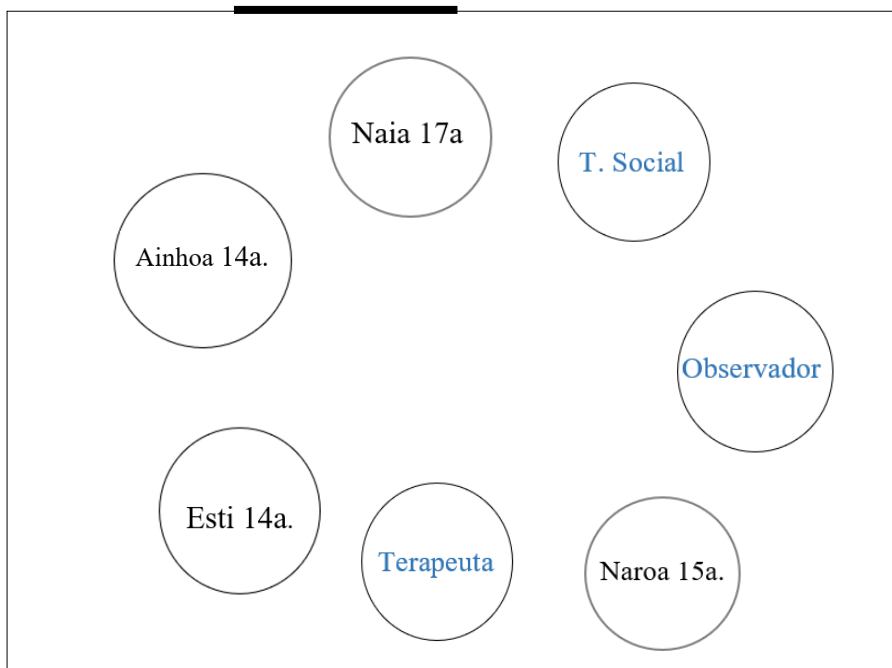
Sesión 4. 04/11/19

Figura 13. Organigrama de la sesión 4.

La sesión de hoy comienza con la terapeuta explicando que la madre de Oier ha llamado al centro para decir que no vendrá al grupo ya que es el último día se agobió mucho en la sala y no se siente cómodo para venir.

Hoy hay una incorporación nueva Esti, la cual enseguida comenta que conoce a Ainhoa de otro grupo, pero que eso no supone ningún problema. En un comienzo solo se encuentran en el grupo Esti, Ainhoa, Naia, y las terapeutas.

Ainhoa toma la iniciativa para hablar y refiere que al haber tantos cambios de gente cuesta hablar. La terapeuta explica que, al comenzar el grupo, es normal que las primeras semanas se vaya ajustando la lista de participantes, y que sobre todo se agradece que vengan.

Se comienza hablando de cómo ha ido la semana, en este momento cuenta tomar la iniciativa, es Ainhoa de nuevo la que toma la palabra. Explica que ha tenido una pelea con su madre bastante grave por el tema de la comida y que acabaron con muchos gritos, pero Ainhoa que le pudo proponer un pacto en el cual no hablaría tanto con ella y hablaría con la psicóloga de las cosas que le preocuparan. En clase refiere que esta igual. Le han hecho unas analíticas y ha salido todo bien.

A continuación, se le propone a Naia explicar cómo le han ido estas dos semanas, ya que no acudió la semana anterior.

Refiere que no pudo venir porque tenía muchos exámenes. Explica que estas semanas “han sido una mierda” ya que ha tenido problemas con amistades. Cuenta que este fin de semana ha intentado reprimir las emociones que tenía, y que hoy, lunes, le ha venido toda la emoción de golpe y ha tenido un bajón importante.

Esti toma el turno de palabra y explica que también ha tenido alguna discusión con su madre. Refiere que es muy estricta “es muy moldava”, en este momento comenta que es de Moldavia. Refiere que en su casa le comentan mucho que “ha cambiado”. Vive con su madre y la pareja de la madre.

En este momento llega Naroa y explica que la semana anterior no pudo venir porque no se encontraba bien. Con mucha dificultad, refiere que esta semana “no ha hecho nada”.

La trabajadora social pregunta a Naia por el tema de reprimir emociones. Naia explica un conflicto con su mejor amiga con la que no habla desde el viernes. Explica una conversación que tuvieron el viernes en la que Naia le pedía que estuviera más por ella y su amiga aceptaba, sin embargo, refiere que no ha sido lo que ha percibido. Naia explica que mientras no hablaban no recordaba que no estaban bien.

Se anima a las demás a que den su opinión sobre esto, ya que no surge ninguna opinión espontánea. Esti explica que a ella esto le pasa a veces. Ainhoa refiere que si se agobia sale a la calle. Naia sigue explicando que cuando se siente así le duele mucho el pecho, que siente decepción, se siente “el segundo plato”.

Naia sigue explicando la situación con esta amiga, y comenta que estuvieron saliendo juntas y que ella le dejó y empezó a salir con otra chica, más tarde dejó a esta chica y volvió con Naia y empezaron “a líos”. La semana pasada, el lunes, esta chica le dijo que quería volver con su ex. Explica que las 3 van a la misma clase, y que esta otra chica siente algo por ella, pero no es correspondido. Se le devuelve que es un triángulo amoroso en el que nadie tiene lo que quiere realmente y que debe de ser muy frustrante.

Se lanza una pregunta al resto: “¿la comprendéis?”

Esti refiere que sí, que en el terreno de la amistad a ella también le han dejado de lado y que eso le ha hecho sentirse muy aislada.

Naróa lanza la siguiente reflexión: “hay gente que necesita que la gente dependa de ella”.

Naia sigue explicando que no tiene más amigos, por lo que se siente bastante sola. Refiere que es muy selectiva.

Ainhoa refiere que por el tema amoroso ella no le puede comprender. Esti explica que estuvo saliendo con un chico un año y unos meses y lo dejó.

Se devuelve que, aunque no haya sido en materia amorosa, igual se han sentido desplazadas en algunas situaciones.

Esti explica que a ella le está pasando ahora mismo con su mejor amiga desde hace 2 años. Explica que ella antes era bastante tímida y que su amiga era “chungueta” y que se metía con ella. Refiere “nos conocimos y la cambié”. Explica que en dos ocasiones que se ha ido de vacaciones y habían “pactado” hablar todos los días, no lo llevaron a cabo, porque según ella, había conocido a otra amiga y refiere que estaba con la otra amiga.

Refiere que ahora esta amiga tiene pareja y que no pasan el mismo tiempo juntas y que esto le molesta ya que considera que ella se dividía el tiempo cuando tenía pareja.

Explica que hace 2 semanas se enteró de que esta mejor amiga, según refiere, fue el motivo por el cual rompió con su novio. Explica que también van todos a la misma clase. En este momento, Ainhoa interviene y dice “a esta amiga a tomar por culo; y con este chico intenta hablar, porque, aunque no volváis, podéis evitar miraros con cara de asco si os encontráis”.

Se trabaja el tema del “todo o nada”, y de que estas situaciones que explican reflejan esta cuestión.

La terapeuta le pregunta a Esti si ha podido aprender algo de esta situación, y ella explica y dice que fue muy drástica, que debería de haber hablado con su pareja antes de tomar cualquier decisión. Refiere que fue “muy directa”.

Ainhoa explica que ella si una persona le hace daño, se enfada bastante, “le dejo de hablar o le dejo de lado”, “no quiero que me pase lo mismo que antes”.

La terapeuta se dirige a Naroa para preguntarle qué piensa de esto, refiere que no sabe.

Acabamos la sesión hablando de que no todas las situaciones tienen por qué ir bien, pero que tampoco todas tienen que ir mal (Ainhoa refiere que “es más probable”), que no todo va a estar en el extremo del todo, ni del nada.

Sesión 5. 11/11/19

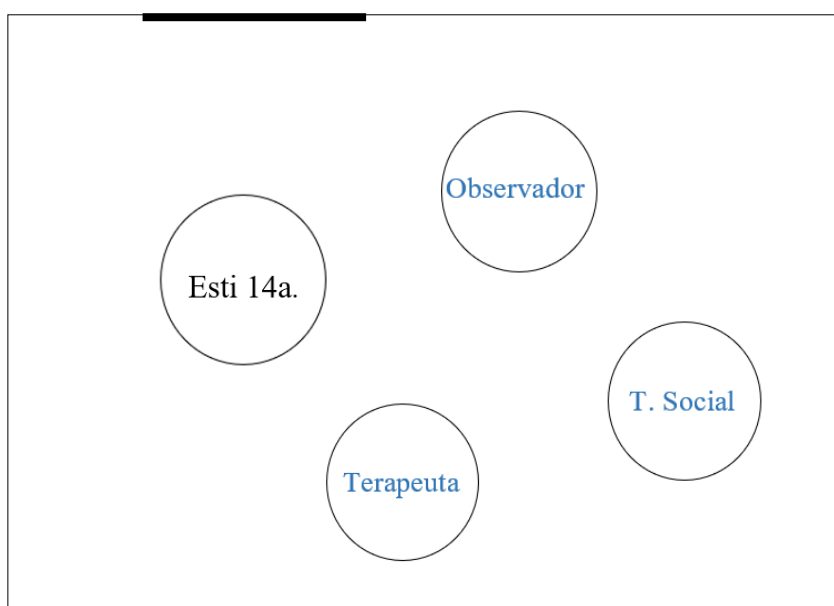


Figura 14. Organigrama de la sesión 5.

Acude únicamente Esti a sesión de grupo, antes de entrar a la sala, se le comunica que de momento no ha acudido nadie más, y que por lo tanto hoy no se va a poder hacer terapia grupal. Aun así, se le pregunta si tiene algo que compartir, ya que ha venido al centro. Ella refiere que sí, que a ella le gustaría aprovechar el espacio terapéutico ya que ha venido, por lo que se le ofrece esta posibilidad y pasa a la sala.

La única que ha avisado de que no va a poder venir es Ainhoa que refiere que está enferma. Sin embargo, Esti refiere que a ella le ha dicho que tiene un examen.

Esti comienza a relatar por iniciativa propia, enlazando con el conflicto que planteó la anterior semana con su amiga. Refiere que está empeorando, que no pasan tiempo y que no hablan.

Explica que esta amiga en ocasiones intenta “sobornarla” comprándole cosas. También explica que se siente confusa con mensajes que le manda la amiga, por ejemplo, proponiéndole planes, sin embargo, luego no le responde a los mensajes para quedar y hacerlos. Piensa que solo le propone hacer cosas para hacer ver que es buena persona.

Esti refiere que ella decide no enfrentarle con estas cosas, que alguna vez le ha llamado, pero no le contesta el teléfono.

Reconoce un distanciamiento entre ambas. Además, añade que su contexto social (profesores, madres y amigos) ha notado este distanciamiento, y que está opinando sobre el mismo, que esto a ella le molesta mucho, pero que no sabe pararlo.

Refiere que ella no le tiene que pedir perdón porque no ha hecho nada, que es la amiga la que se ha distanciado desde que tiene pareja y la que ha cambiado su forma de ser. Refiere no ser orgullosa, “me he cansado”.

Explica que le ha propuesto algún acercamiento para poder hablar las cosas pero que en el último momento siempre le cancela los planes.

En este momento de la sesión, se le propone intentar ver qué puede estar pasando por la mente de su amiga para que esté actuando. Sale la opción de que igual no tenga claro lo que quiere de la relación entre ambas, que puede que ella tenga muy claro que quiere seguir adelante con la amistad y ella no sepa si sí, o si no. Se plantea de nuevo la gran distancia que hay entre una postura y otra, y la cantidad de opciones que hay de por medio. Refiere que puede que sí, que tal vez necesite más tiempo, y no que le esté mareando, se refuerza la opción de que no lo sabe, pero que existen muchas opciones a valorar.

Explica que por lo menos esta situación ha hecho que pueda acercarse a otras amistades, que, aunque su amistad con esta persona no le hacía alejarse de los demás, si ocupaba un lugar muy importante en su vida y en su tiempo. Durante este conflicto, comenzó a quedar con otras amistades y conoció a personas nuevas que ahora tienen mucha importancia en su vida.

La paciente cambia de tema y refiere que, además, ha podido hablar con su expareja. Explica que esperaba que le costara más.

Refiere que se ha dado cuenta de que tiene muy en cuenta lo que le dicen los demás y no lo que piensa ella. Además, explica que durante el curso pasado pasó por una “fase de confusión”, de la que no explica demasiado.

Sobre la situación familiar explica que su madre es la persona más importante en su vida, aunque no tengan relación, refiere que sin ella no sería quien es ahora. Expresa mala relación con el padre, “no es que me haya importado mucho mi padre en mi vida”, “ahora soy muy indiferente, él lo fue conmigo y ahora quiere recuperar la relación, y es tarde”. Explica que su padre vive en Londres, y que no quiere ir con él cuando le toca, la madre tampoco quiere que vaya con él porque dice que la familia extensa le mete cosas en la cabeza.

Se acaba el tiempo de sesión, se cierra el grupo reforzando la autovalía para poder tomar decisiones propias y ser autosuficiente.

Sesión 6. 18/11/19

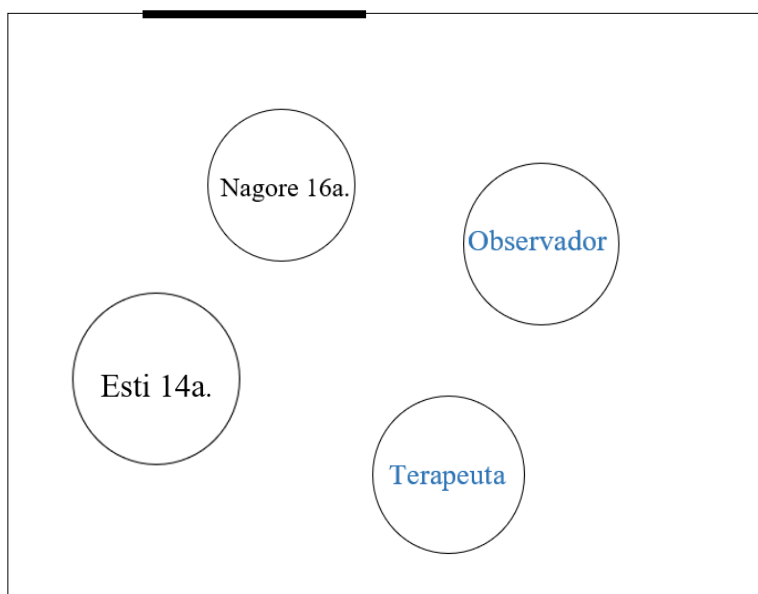


Figura 15. Organigrama de la sesión 6.

La terapeuta abre la sesión comunicando a las dos pacientes que han asistido a la sesión de hoy que ha habido dos bajas del grupo. Irune ha comunicado que no asistirá más al grupo dado que no se siente a gusto, y Garazi tampoco vendrá a más sesiones por la misma razón. Además, la terapeuta explica que la trabajadora social está de vacaciones esta semana.

Hoy acude una nueva paciente al grupo, Nagore tiene 16 años. Se le explican las normas que se han ido explicando al resto en sus primeros días de grupo. Explica que es el primer grupo al que asiste. Las terapeutas se presentan y se pregunta por cómo ha ido la semana.

Esti comienza por iniciativa propia explicando que ha pasado toda esta semana en casa con anginas y que no ha podido hacer varios exámenes y que los tiene que hacer esta semana junto con otros.

Nagore explica que no ha hecho nada, que no ha ido al instituto, ha quedado algún día con alguna amiga, y que también tiene que hacer exámenes que se le han acumulado. Explica que está estudiando un ciclo de administración.

Explica que el motivo por el cual viene es que no tiene ganas de hacer nada, que se agobia al salir a la calle y que cuando tiene ansiedad come mucho. Lleva 2 semanas sin ir al instituto, y la vez que más tiempo ha estado sin salir de casa fue el curso pasado y llegó a estar 1 trimestre sin salir.

Refiere que está mejor en casa que en la calle, y que, si le da algún ataque de ansiedad, los lleva mejor en casa que en la calle. Esti refiere que nunca ha tenido nunca un ataque de ansiedad, pero que puede comprender la sensación de agobio. N. refiere que intenta salir al menos 1 vez por semana.

Ambas refieren que los estudios son un gran foco de estrés. Esti expresa que “si no estudias serás un fracasado, tienes que estudiar para tener un futuro, si no pues puedes acabar en el Mercadona”.

Nagore refiere que le gustaría trabajar en un hotel de cara al público, aunque le aterra la idea, “para ponerse a prueba”, refiere que es un reto.

Se les propone hablar de otras cosas que no sean los estudios, ya que se refuerza la idea de que los estudios es una porción más de su vida.

Hablamos de las cualidades que tienen cada una.

Nagore refiere que es amable, divertida y empática.

Esti tiene más dificultades para pensar esta cuestión. Refiere que “ni idea”, “igual comprensiva, no sé qué más, sólo me vienen defectos a la cabeza, insegura, impaciente... me cuesta mucho tomar decisiones y si espero mucho me frustro”.

Nagore refiere que si sus amigas tienen problemas acuden a ella, explica que es perfeccionista e impaciente, si algo no le gusta como le ha quedado lo tira, aunque lo haya intentado 30 veces. Refiere que esto no le gusta de ella.

Se acaba el tiempo y se cierra la sesión con una pequeña devolución sobre poder hacer un equilibrio entre aquello que se nos da bien y aquello que no nos gusta de nosotros pero que está ahí, y que incluso puede ser útil en determinadas situaciones.

*La alumna de prácticas cita a Nagore el próximo día unos minutos previos al grupo para pasarle las pruebas pertinentes.

Sesión 7. 25/11/19

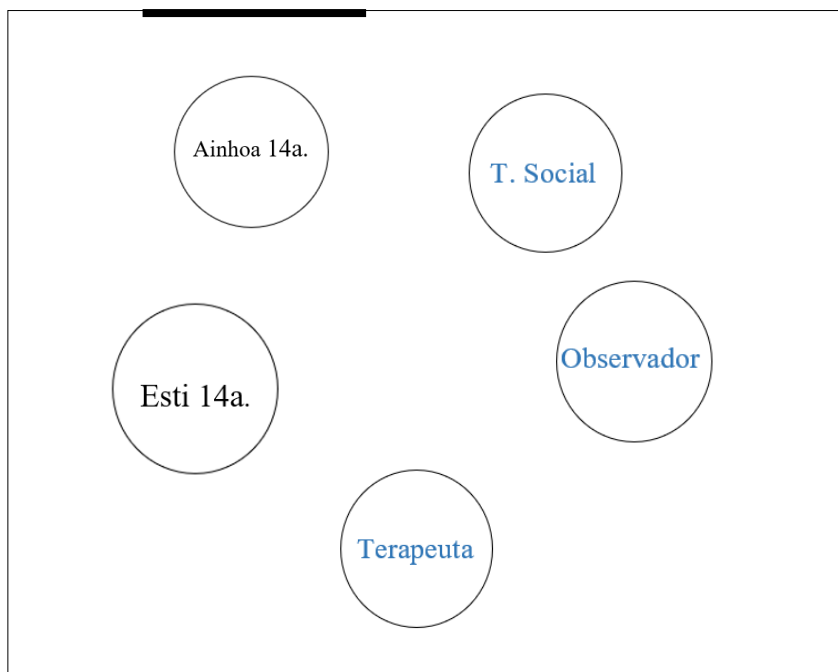


Figura 16. Organigrama de la sesión 7.

Solo acude Esti puntual. En un principio, pregunta si va a ser la única en asistir, y la terapeuta le comenta que nadie ha avisado de que no puede venir, por lo que se esperará unos minutos para ver si alguien más viene. Se le comunica que, si no viene nadie más, se puede posponer la sesión a la semana siguiente, pero Esti refiere que ella se tiene que quedar ahí hasta la hora de salida ya que es cuando le pueden venir a buscar, por lo que

prefiere entrar, aunque sea sola. Se acuerda con ella dedicarle un espacio terapéutico ya que ha acudido al grupo y no tiene opción de marchar, pero se acuerda que no tendrá la duración ni el formato habitual ya que no es una sesión grupal.

Por el momento se procede a comentar cómo ha ido la semana con la paciente. Esti explica que ha pasado una semana muy ocupada ya que ha estado ayudando a una amiga que estaba enferma a ponerse al día con sus estudios. La madre de esta amiga le pidió que fuera todos los días una hora a explicarle las materias del instituto y ella sintió que tenía que ir, aunque explica que luego se ha sentido bien por ayudarle. Sin embargo, Esti explica que ella misma ha estado muy agobiada porque le faltaba tiempo para sus cosas.

En este momento llega Ainhoa, que explica que las últimas semanas no ha podido venir por que ha estado muy ocupada. En el grupo explica que se encuentra peor, y que le han derivado a psiquiatría, dice que “tengo muchos nervios y mucho estrés”. Explica que en vez de estar triste tiene ganas de gritar y romperlo todo. También dice que le parece bien la derivación y que la ve como una ayuda.

Esti explica que ella si se enfada necesita estar sola, porque si no luego siente que explota y los demás se hacen las víctimas. Ainhoa le dice “es que la gente es gilipollas, no piensan”. Esti continua diciendo que, por un enfado que tuvo el año pasado ya todo el curso le llama “la borde”. A todo esto, se lanza la pregunta ¿qué es ser borde? Ainhoa dice “lo que les dé la gana”, Esti dice “a mí me dicen que les da miedo que les grite o les pegue, y eso no va a pasar”.

La terapeuta le pregunta a Esti qué puede hacer ella para cambiar esta visión que los demás tienen de ella. Ainhoa le dice que no se puede cambiar, que hoy en día las cosas funcionan así; de mejor a peor todo puede cambiar, pero de peor a mejor, imposible, está demostrado.

La terapeuta pregunta ahora de por qué vienen estos enfados. Esti dice que ella si se guarda las cosas es peor, y es su forma de sacar lo que tiene dentro. Ainhoa dice que a ella le sirve para no estar triste. Sin embargo, Esti añade que ella intenta hablar con amigos pero que no le acaba de servir, y Ainhoa añade que a ella tampoco.

Esti explica que a ella le cuesta gestionar, porque o está por las nubes de nervios o por los suelos, explica que no puede bajar la guardia por que pasa de un extremo a otro.

Ainhoa dice que a ella le pasa lo mismo, además se observa como pasa de un tema a otro en su discurso, sin hacer pausas. Por último, habla de poca tolerancia a la frustración.

La terapeuta lanza la siguiente pregunta, ¿de pequeñas jugabais?, a lo que Esti explica que a ella le gustaba jugar con coches, pero que su madre, quien refiere que es “bastante machista”, le regalaba muñecas, a las cuales les arrancaba la cabeza y las tiraba a la basura para irse después a jugar con coches.

Ainhoa cuenta en el grupo que hasta 4º de primaria, jugaba con todo, sobre todo con muñecas y peluches. Sonríe mucho explicando esta etapa, y refiere que la recuerda como un momento muy feliz de su vida. Después, explica, en 5º y 6º, fue cuando sufrió *bullying* y refiere que “todo pasó a ser una mierda”. Explica que ella se seguía sintiendo una niña, y que los demás habían cambiado de intereses, se pone triste al recordar esto, dice pensar que desperdició estos años. Además, Ainhoa cuenta que los cambios en general no le van bien, con las veces que se han mudado de casa no ha acabados sintiéndose a gusto donde vive ahora y su propio desarrollo lo vivió mal. Refiere miedo a pasar un “shock” con los cambios que le esperan en los próximos años.

Para cerrar la sesión de grupo se rescata la idea de poder disfrutar del propio proceso de cambio, o de verlo como un medio para alcanzar las metas que se han propuesto.

Sesión 8. 02/12/19

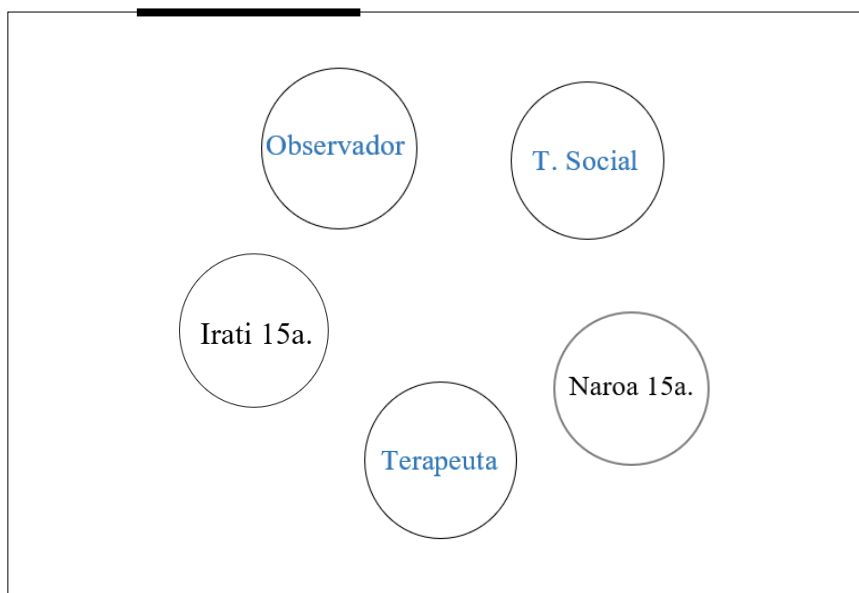


Figura 17. Organigrama de la sesión 8.

Acude una nueva paciente al grupo, Irati, la cual explica que no tiene experiencia previa en un grupo terapéutico, entonces la trabajadora social le pide a Naroa que le explique qué es lo que se hace en el grupo. También hablan de que se conocen de vista porque antes iban al mismo instituto.

Irati explica que le han derivado desde el hospital y le han dicho que le vendría bien venir aquí.

Naroa explica que las últimas semanas no ha venido porque no se encontraba muy bien, que no tenía ganas de salir. Le cuesta explicar el motivo, pero se le agradece el esfuerzo que ha hecho para venir, sobre todo porque hay veces que hay cosas que no se tienen las ganas para hacerlas, pero son obligaciones y hay que hacerlas.

Irati explica que está en 3º, que ha repetido un curso, y que, por lo general, se encuentra “más mal que bien”. Explica que no tiene ganas de salir y que se siente triste. Cuenta que tuvo un cambio de casa y de instituto y que en el nuevo instituto se siente más a gusto.

El horario que hace ahora son tres horas de clase, y después hace prácticas de monitora en un comedor de un colegio. Naroa explica que ella también repitió un curso y que ella falta mucho, que no se siente cómoda.

Naroa añade que se ha planteado hacer un cambio de centro porque ella no se siente cómoda por sus compañeros en gran parte, pero dice que no hay otros institutos que se ajusten a sus necesidades educativas.

Irati le dice que no cree que sea justo que sea ella la que se tenga que cambiar de centro si le han hecho *bullying*, que ella es la víctima. También añade que ella se cambió de instituto por otras cosas, pero no aclara el porqué.

Naroa explica varios conflictos pasados con compañeros en los que ha llegado a pegarse, los cuales ha relatado en otras sesiones de grupo. También explica que muchos de estos conflictos ocurren por defender a su hermana. Naroa dice que no ha pedido ayuda a sus tutores e Irati dice que eso no sirve para nada, que no hacen nunca nada. Irati refiere que ella arregla las cosas de otra manera, que sus ideas son distintas, que ella suele acabar amenazando o pegando. Explica que llega un punto en el que “hay que enfrentar a los que

van de chulos, porque son los primeros cagados”, “yo no necesito a nadie”, “si me meto sola en un problema, me saco sola”. Añade, “si en el insti te ven débil, van a ir a por ti”.

Se lanza la siguiente reflexión “¿ser dura significa ser agresiva?”

Irati comenta que la gente antes se metía con ella y que ahora lo hace ella para desahogarse. Naroa, sin embargo, dice que o bien se calla o bien estalla.

Naroa se dirige a Irati y le dice que ella cree que lo que le pasa es que va a todos los sitios con su hermana, y que eso le impide conocer gente. Naroa dice que no hace nada más que ir al colegio o estar en casa.

Irati, explica que le gusta el fútbol y bailar, que por lo general no le cuesta relacionarse, y lo siente como una suerte. Dice que sus amigos le ayudan a distraerse pero que algunos le traen problemas, y dice que ella piensa que para salir de la depresión lo fundamental es tener un buen amigo ayudándole.

Sin embargo, Irati explica que tener esta facilidad de relación hace que confíe demasiado rápido y en todo el mundo, y que eso a la larga no le hace bien. También comenta que suele obsesionarse con las amigas “solo quiero a mi amiga para mí”. Relata: “mi exmejor amiga, lo dejamos, al principio éramos como novias, hasta que acabamos siéndolo, pero la relación se volvió tóxica. Me pegaba, me insultaba, no me dejaba vestirme como quería...” Terapeuta: “¿te sentías bien?” Irati: “Sí..., y a la vez no. Yo dejé a todos mis amigos por ella, hasta mis padres tuvieron problemas con sus padres. Pero esto pasó hace dos semanas, ahora estoy con otra persona, y me está ayudando mucho”.

Al preguntarle por su opinión, Naroa añade: “una persona que te quiere, no te pega”. Irati dice que es lo que había aprendido en su casa.

Sale la temática familiar.

Irati explica que en su casa casi no habla con nadie, que no le caen bien sus padres y que no tienen confianza. Cuenta que tiene un hermano con el que no se lleva bien pero que le quiere mucho. Con respecto a sus padres, “hacen el papel de padres muy mal, pero no me gusta hablar de esto”. “Yo en mi casa hago lo que me da la gana, no tengo por qué pensar en los demás”.

Naroa explica su situación familiar a Irati, contando de nuevo la forma en la que su padre se refiere a su madre y a su hermana por su aspecto físico. Añade que su padre tiene reacciones agresivas en las que ha llegado a romper una puerta de cristal.

Sesión 9. 09/12/19

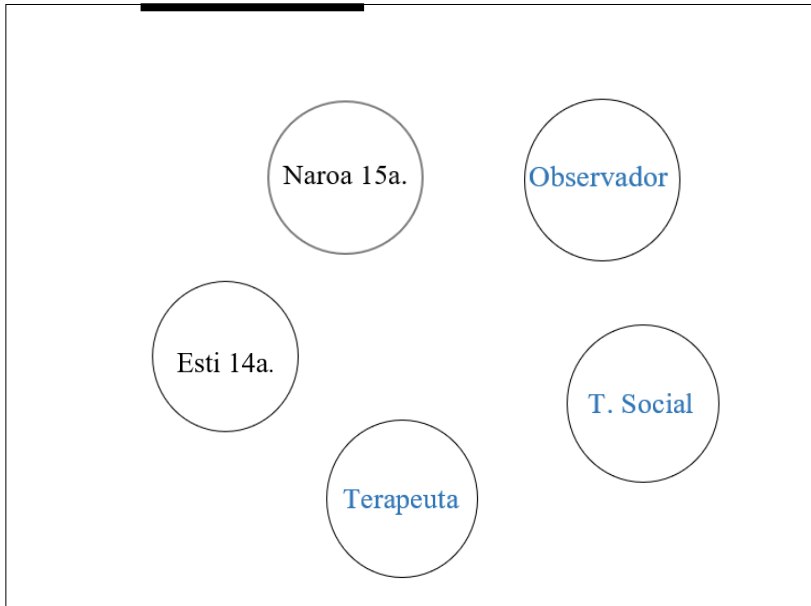


Figura 18. Organigrama de la sesión 9.

En un comienzo acude únicamente Esti al grupo, explica que la semana pasada estaba muy agobiada con cosas del colegio y no pudo venir, también comenta que tenía cita con su terapeuta referente y no vino.

Al de 15 minutos se incorpora Naroa, que viene cargada de bolsas, y dice que viene de haber estado de compras, aparentemente parece muy animada y refiere estar de bastante buen humor. Ha ido todo el día con su madre y su hermana porque no tenía colegio.

Al comentar la semana con las dos, Esti explica que está durmiendo poco porque si no tiene tiempo para ella, ya que tiene muchas tareas del colegio, comenta que en ocasiones duerme entre 4 y 5 horas, y las actividades que aprovecha a hacer son leer o estar con el móvil.

Naroa explica que esta semana ha podido retomar las clases, ya que llevaba varias semanas sin acudir al colegio. Su hermana y ella acudieron con apoyo de la trabajadora social del centro los dos primeros días e hicieron horario reducido. Comenta en el grupo

que desde el colegio le han comunicado que tiene todo este trimestre suspendido, pero comenta con aparente convicción que quiere intentar aprobar el siguiente trimestre, y recalca el apoyo que recibe desde casa para que haga lo que pueda. Refiere que sus padres no se enfadan por estas cuestiones, que le motivan.

Al preguntarle la trabajadora social sobre cuáles son los momentos en los que se le hace más difícil estar en el colegio, Naroa cuenta que son las horas de recreo las peores, ya que se siente sola. Si puede ir a la biblioteca se siente mejor, pero si tiene que estar en el patio, lo pasa bastante mal. Hace la siguiente reflexión “pienso que me cuesta, que también es algo mío, porque nunca he tenido amigos”.

Esti en cambio, aporta una visión muy diferente al respecto, explica que a ella la gente se le acerca de forma recurrente, y que si no trata de buscar intereses comunes. En este momento en el que vuelve a intervenir Naroa, Esti se pone un auricular del móvil.

Naroa continúa diciendo, “yo pienso que es porque no les caigo bien, que no tenemos nada en común”, a lo que Esti añade “pero eso no significa que le caigas mal”. Sin embargo, Naroa comienza a explicar muchos conflictos con compañeros, algunos de los cuales ya había mencionado en otras ocasiones, y termina comentando que de las personas que conoce, solo puede confiar en su hermana y en su madre.

Se vuelve a la cuestión de intentar buscar intereses comunes como herramienta para establecer relaciones sociales, y al preguntar por sus intereses, Naroa explica que a ella le gusta mucho el mundo de la cosmética, el maquillaje, el cuidado de la piel, y añade riéndose “cuando me gusta mucho algo me obsesiono, no puedo parar de hablar de ello, mi madre y mi hermana están cansadas de mi”, explica que solo dedica tiempo a buscar información sobre ello.

Esti explica que ella solo se dedica a hacer cosas del colegio la mayor parte del tiempo, y lo que puede a estar con sus amigos, pero que no tiene tiempo de tener un *hobbie*, o de hacer una extraescolar, expresa de nuevo mucha sensación de agobio.

Para cerrar esta sesión, se recoge lo hablado sobre intentar encontrar intereses comunes con los demás para poder entablar relaciones sociales, y la importancia de tener iniciativa también en este aspecto. También se habla de que no se trata de buscar amigos, si no de ir hablando y ver con quién se van sintiendo más cómodas, tanto para que Naroa

pueda ir entablando alguna conversación con compañeros, así como para que Esti se sienta más cómoda con sus compañeros.

Se recuerda que la semana que viene es la última sesión de grupo antes de navidades, y que el segundo periodo de grupo se retomará a la vuelta, con el inicio de clases.

Sesión 10. 16/12/19

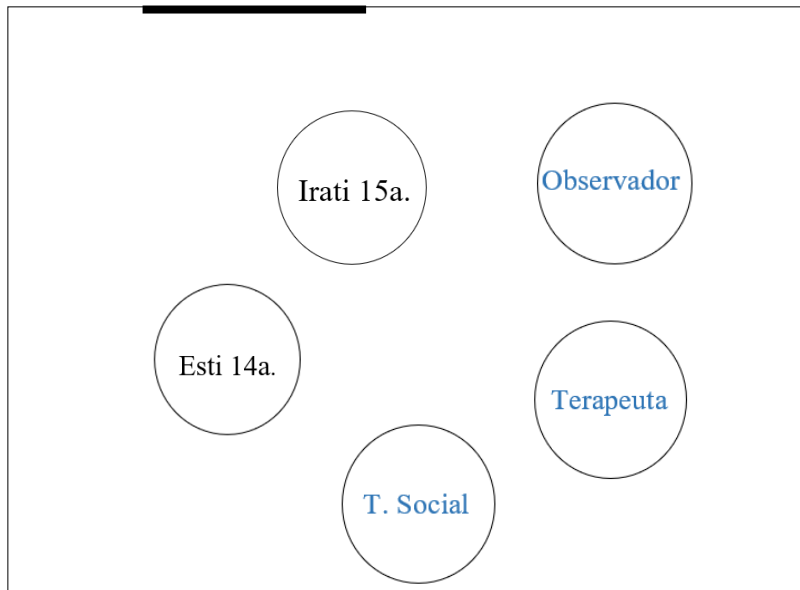


Figura 19. Organigrama de la sesión 10.

Acuden Esti e Irati puntuales al grupo, ninguna de las demás pacientes ha avisado sobre que no podría asistir, por lo que da comienzo la última sesión antes del parón por las vacaciones de navidad.

Nunca han coincidido las dos en el grupo por lo que se les pregunta si se conocen, a lo que Irati dice que no, pero Esti refiere que le conoce por Instagram, ya que tienen un amigo en común. Ambas refieren que esto no supone un problema para poder expresarse con libertad, y se recuerda la importancia de la confidencialidad. A todo esto, Irati dice que al salir del grupo ella ya no se acuerda de nada de lo que se habla.

Irati refiere que la semana pasada no pudo venir porque estuvo con fiebre. Esti explica que la semana pasada, dice: “fue una mierda porque la chica de la que os hablé en su día ha roto conmigo, me abrió por WhatsApp y me dijo que ya no quería nada”. Es entonces cuando Irati exclama: “¡ah, entonces tu eres lesbiana!” y Esti le dice con buen tono “no, era una amiga mía”. También añade que algunos días después tuvo con ella un

enfrentamiento en el colegio en el que esta amiga le gritó delante de todos sus amigos, y que estos se posicionaron con ella y no con su amiga, pero que ella no les pidió que lo hagan.

Esti le explica por encima el conflicto a Irati y le dice que lo que pasa es que su amiga le dice que es una interesada, y le dice que le deja por otros amigos, cuando, a su parecer, es ella la que se va siempre con su novio. Irati le dice: “yo es que soy como la amiga, muy celosa, pero si te hubiera dejado bien igual tendría razón, como perdió las formas, la ha perdido; pero es que le puedo entender por qué a mí me cuesta compartir a las personas también”.

Se destaca que ambas parece que hablen de amistad y de relación amorosa a la vez, y se pregunta por las distinciones de estas relaciones.

Irati dice que no son cosas distintas, no añade nada más. Esti no comenta nada al respecto, pero añade que ahora su amiga le habla como si nada hubiera pasado, y que esto a ella le confunde mucho.

Al preguntar por la mejor actitud para aliviar el sufrimiento, Irati dice que lo mejor es que cada una vaya por su lado, y se le pregunta si a ella le ha pasado algo parecido y si quiere compartirlo en el grupo. Explica que sí. Refiere que un día se “lio” con una amiga suya y que luego se arrepintió, y que esta amiga más adelante le gritó delante de sus amigas y le fue a pegar. Más adelante esta amiga le comenzó a evitar, y después quiso hablar con ella. Irati piensa que lo mejor es que hablen de lo que ha pasado, porque ahora la amiga dice que no se han liado, y ella hasta ha dudado de sí paso, pero sabe que pasó por que ha visto fotos que les hicieron unos amigos. Dice: “igual le da miedo decir lo que siente, si le gustan las chicas, porque además ahora está con un chico”.

Ante la pregunta de qué alternativas pueden ser buenas para calmarse cuando sienten que todo puede explotar para evitar estas discusiones tan fuertes o las peleas, la terapeuta les propone la alternativa de poner un tiempo muerto en el conflicto para que las partes se calmen y retomarlo más tranquilas.

Ante las formas que tienen ellas de canalizar sus emociones, ambas refieren que escriben, por iniciativa propia, Irati comenta en este momento que le gustaría sacar un

libro sobre su vida, le gustaría compartir sus experiencias, le gustaría escribir sobre el abuso sexual”.

En este momento la terapeuta explica que este es un tema muy importante, y que ella sabe de lo que habla por que ha podido leerlo en su historiar y hablarlo con su terapeuta, pero que puede que el resto del grupo no sepa de lo que habla, por lo que le pregunta si quiere compartir su experiencia, a lo que Irati dice que sí.

Relata que cuando ella tenía 9 años conocieron a unos amigos de sus padres, y al padre de la otra familia le gustó ella. Este señor, estuvo abusando de ella hasta sus 13 años, cuando, al decirle él que iban a tener relaciones sexuales, ella decidió contárselo a su mujer y su hija. Ellas no hicieron nada por lo que se lo contó a sus padres. Más adelante, la familia de este señor comenzaron a acosarla por la calle, a perseguible, a pegarle, insultarle... a ella y a su familia, por lo que tuvieron que poner una orden de alejamiento, aunque este señor se la saltaba y le iba a buscar al colegio. Es por esto que se tuvieron que cambiar de pueblo y de instituto.

Irati explica que ha ido en numerosas ocasiones al hospital por intentarse suicidar, pero refiere que ahora está mejor, pero que lleva 2 años esperando al juicio, y que si llega a saber le hubiera parado los pies sola, porque el proceso ha tenido consecuencias muy fuertes para su familia.

Continúa: “yo me sigo sintiendo sola la verdad, mi hermano ha acabado con depresión. Mi madre está fatal, dice que sigue viviendo por nosotros, por eso hay cosas que no les he dicho, yo temo por mi familia, no por mí, me da miedo que mi madre se haga algo. Quiero saber qué opina ella (refiriéndose a Esti)”.

Esti, que no se ha pronunciado mientras Irati relataba su historia, se queda unos segundos algo sorprendida por la pregunta, pero enseguida le dice. “yo no hubiese sido capaz de ser tan fuerte como lo has sido tu; yo siempre he sido muy vulnerable por una cosa que me pasó con mi padre”.

Es entonces cuando Esti comienza a relatar su propia historia, la cual apunta que se la ha explicado su madre, porque ella por mucho que lo intenta, no consigue acordarse. Explica que con 5 o 6 años, cuando vivía aún con su padre, este era profesor de informática en su colegio, por lo que siempre volvía con él del colegio. Refiere que un

día volviendo del colegio, no sabe muy bien el porqué, su padre le debió de gritar muy fuerte y pegar, porque ella del susto que se llevó se quedó sin hablar los siguientes 3 meses. Explica que no podía articular palabra, y que tuvo que ir a muchos especialistas para poder volver a hablar porque estaba en una edad muy crítica del desarrollo para dejar de hablar tanto tiempo. Desde entonces le da mucho miedo que le griten o que le hagan algo, que es muy sensible con todo lo que le pasa.

Entonces, volviendo a la experiencia de Irati, Esti refiere que por esto piensa que ella en esa situación se hubiera callado.

Irati añade que ella se ha dado cuenta de que es fuerte, y que todo esto le ha unido a su hermano. Explica que ella con 13 años no sabía que lo que estaba pasando era malo, que ella no quería destrozarse la relación de amistad de sus padres con esa familia. Añade que ella sigue queriendo mucho a este hombre, y que tiene sentimientos muy contradictorios, que lo sentía como un abuelo para ella, que tampoco piensa que es mala persona, ya que hizo el papel de su abuelo. Refiere que no quiere que vaya a la cárcel por esto, pero que le tiene mucho asco; explica que los abusos los tiene superados, el acoso que sufrió después no, cogió mucho miedo a salir a la calle. Dice: “de haberlo sabido antes, no hubiera dicho nada”.

Añade que toda esta experiencia le ha hecho coger mucho asco a los hombres, que incluso no toleraba estar cerca de su padre, dice: “yo creo que me gustan las niñas por esto, aunque ahora estoy de lio con un chico”.

Esti dice que a ella su historia le ha afectado en el sentido de que le cuesta mucho abrirse con la gente, le cuesta confiar, y si confía lo da todo.

Se cierra la sesión con una reflexión sobre cómo las cosas que vivimos afectan a cómo nos relacionamos y como viendo esto podemos hacer cambios y trabajar en ello. Se agradece a las dos el valor de explicar su historia ya que son experiencias muy duras las que han relatado.