

Grupo de adolescentes con rasgos límites de la personalidad

Estudio de Caso Múltiple

Clara Bonmatí Cugat

20/01/2021



Facultat de Psicologia,
Ciències de l'Educació
i de l'Esport

Master General Sanitario

Trabajo Final de Máster

Tutora: Dra. Carolina Palma

FPCEE Blanquerna, Universidad Ramón Llull

Resumen

El presente trabajo describe el proceso psicoterapéutico de una terapia grupal con adolescentes. Este grupo está compuesto por 6 chicas de edades comprendidas entre 14 y 17 años con rasgos del trastorno límite de la personalidad. El abordaje terapéutico se ha realizado principalmente desde una orientación Dialectico-Conductual y se ha llevado a cabo semanalmente en el CSMIJ de Cornellà. Debido a la pandemia generada por el COVID-19, el setting se presenta cambiante, oscilando primero en online y luego presencial. Se ha escogido esta modalidad terapéutica por ser representativa para los rasgos de los pacientes en cuestión. El objetivo del este estudio es describir la intervención psicoterapéutica realizada durante seis sesiones, analizando la evolución del grupo.

Palabras clave: *Grupo terapéutico, adolescentes TLP, terapia Dialéctico-Conductual, terapia online y presencial.*

Abstract

This paper is aimed at describing the psychotherapeutic process of an adolescents group therapy. This group consists of 6 girls between the ages of 14 and 17 with borderline personality disorder traits. The therapeutic approach has been carried out mainly from a Dialectical-Behavioral orientation and has been carried out weekly at the CSMIJ of Cornellà. Due to the pandemic generated by COVID-19, the setting changes oscillating between online and in person. This therapeutic modality has been chosen because it is representative for the characteristics of the patients in question. The objective of this study is to describe the psychotherapeutic intervention carried out during six sessions, analyzing the evolution of the group.

Keywords: *Therapeutic group, BPD adolescents, Dialectical-Behavioral therapy, online and face-to-face therapy.*

Tabla de Contenido

1.Contexto del caso.....	4
2. Marco teórico.....	6
2. Descripción pacientes, genograma y mapa relacional	11
4. Formulación del plan de tratamiento	23
5. Curso de la terapia e intervención.....	26
5.1. SESIÓN 1.....	26
5.2. SESIÓN 2.....	28
5.3. SESIÓN 3.....	33
5.4. SESIÓN 4.....	36
5.5. SESIÓN 5.....	41
5.6. SESIÓN 6.....	42
6. Reflexiones finales.....	45
7. Referencias.....	48
8. Declaración de autoría trabajo final de máster	522

1.Contexto del Caso

El centro donde se contextualiza este estudio de caso múltiple, es el CSMIJ de Cornellà. Se trata de un Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil que forma parte del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital de Sant Joan de Déu de Esplugues de Llobregat. Este CSMIJ (Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil) es el centro de referencia en salud mental infantil y juvenil para las poblaciones de Cornellà, Esplugues, Sant Joan Despí y Sant Just Desvern.

El objetivo del centro y sus profesionales, es atender los problemas de salud mental de los niños y adolescentes (desde el nacimiento hasta los 18 años) juntamente con sus familias, ofreciendo una atención humanizada, orientada al paciente, integradora, de calidad y que busca soluciones en el entorno habitual del paciente y la familia. Ofrece pues, servicios de orientación individual, familiar, diagnóstico psiquiátrico y psicológico, tratamientos individuales, de grupo, coordinación y trabajo en red con los equipos sanitarios, pedagógicos, sociales y comunitarios, con el fin de garantizar la continuidad asistencial, prevención y promoción de la salud.

Todo este trabajo, con el objetivo de hacerse bien y de forma completa exige un alto grado de coordinación puesto que muchos de los perfiles que se presentan en el CSMIJ, están también siendo atendidos en otros lados o se requiere que así sea. Es por eso que por un lado dentro del mismo CSMIJ existen diferentes perfiles de profesionales. El equipo del CSMIJ es multidisciplinar y está integrado por psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajador social y personal administrativo, todos ellos trabajan de forma conjunta y coordinándose en la medida de lo posible y necesario para ofrecer esta cobertura total. Por esta razón, el grupo estudiado en este caso, tiene como profesionales de referencia una terapeuta, una coterapeuta y una trabajadora social con el fin de trabajar desde una vertiente multidisciplinar.

El objetivo principal y motivación para crear este grupo es ofrecer un espacio terapéutico para adolescentes que presenten una clínica de inestabilidad emocional grave, que se mantienen vinculados a los estudios y a las relaciones familiares, pero con dificultades, o bien que han estado ingresados totalmente o en un Hospital de Día o UCA y ahora están más estables, con el objetivo de crear así un espacio de transición y sostenimiento en su adaptación familiar, escolar y relacional.

Para acceder al grupo terapéutico, las pacientes tienen que ser adolescentes entre 14 y 17 años, que estén en tratamiento y bien vinculados al CSMIJ, al igual que al colegio. Se requiere también que sean adolescentes con rasgos de trastorno de personalidad límite; hipersensibilidad al abandono, sentimiento de soledad, vacío, impulsividad, inestabilidad emocional grave, ideación suicida relacionada, conducta auto o heteroagresivas y graves dificultades en las relaciones. Se excluyen adolescentes con alguna discapacidad mental o trastorno de conducta disocial, que no permita la comprensión ni seguimiento adecuado del grupo.

El grupo estudiado, exige un mínimo de 5 adolescentes y un máximo de 10, sin embargo, se encuadra en una flexibilidad donde pueden ir incorporándose adolescentes a lo largo de la terapia. La frecuencia de las sesiones será semanal desde setiembre hasta junio, como un curso escolar, cada lunes con una duración de 1h y 15 minutos, de 16:45 a 18:00h. El *setting* fue diseñado en un principio para que fuera online debido a la Pandemia vivida por el Covid-19, sin embargo fue cambiando y adaptándose en función de lo que las autoridades del país permitían.

2. Marco Teórico

La adolescencia constituye un importante periodo de transición en el desarrollo de la persona ya que implica el paso progresivo de la infancia a la edad adulta. Tal y como explica Sesma Pardo (2017), el cambio es la esencia de la adolescencia, surgen cambios corporales muy manifiestos y estrechamente entrelazados con cambios psicológicos. Se produce una maduración en la esfera cognitiva, así como una nueva necesidad y posicionamiento de las relaciones sociales, recolocando las figuras parentales en segundo plano y las amistades en primero. En esta etapa, se produce un desajuste ya que los diferentes cambios en las respectivas esferas comentadas, no se hacen de la misma forma ni en el mismo tiempo, provocando así la posibilidad de que en una se haga de forma muy precoz y en otra más retardada, generando un desarrollo contradictorio de la persona.

A pesar de ser un periodo de crisis donde son esperables ciertos conflictos por hacer frente a la adultez, también es una etapa donde hay una mayor exposición a factores de riesgo que afectan de manera directa el desarrollo psicológico. Estos eventos pueden generar importantes consecuencias, especialmente en aquellos jóvenes vulnerables emocionalmente o que presentan patrones de comportamiento alterados. Tal y como afirman algunos autores, los adolescentes refieren más fluctuaciones en sus estados de ánimo, más intensidad en sus experiencias emocionales y reacciones más rápidas hacia estímulos emocionales, en comparación con los niños y los adultos, junto a respuestas fisiológicas más intensas ante los estímulos emocionales (Silk et al, 2009). Las personas que, frente a estos desafíos presentes en la adolescencia, no han podido desarrollar estrategias para una gestión más adaptativa de estas emociones negativas, pueden estar particularmente en riesgo de presentar problemas de salud mental (Steinberg et al., 2006). Por todo ello, se considera que hay implicaciones clínicas relevantes que hacen importante tratar de entender cómo los adolescentes experimentan y regulan sus emociones, al mismo tiempo que es indispensable el papel de la

prevención y de la intervención precoz en muchos adolescentes que empiezan a presentar problemas adaptativos. En este trabajo más concretamente se pondrá el foco en aquellos que presentan una estructura límite de la personalidad, caracterizada por esa desregulación emocional, impulsividad, pensamiento dicotómico, sentimiento de vacío, etc.

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), es el más frecuente de los trastornos de personalidad y uno de los más severos por el deterioro global que genera ya que presenta una amplia variabilidad sintomática y una elevada comorbilidad (Quintero & Moreno, 2014). El inicio de este trastorno se sitúa en la adolescencia tardía, por lo que las unidades de salud mental infanto-juvenil juegan un papel relevante en el diagnóstico e intervención precoces, ya que existe una correlación entre padecer síntomas TLP en la adolescencia y un riesgo incrementado del diagnóstico en adultos (Quintero & Moreno, 2014) de la misma forma que se ha evidenciado que el diagnóstico y tratamiento precoz puede mejorar el pronóstico, a diferencia de los diagnosticados tardíamente. Por todo ello, y como apuntan algunos autores, las estrategias de detección precoz durante la adolescencia permitirían establecer tratamientos menos complejos y más eficientes a largo plazo, evitando que el trastorno evolucione de forma más grave en el adulto (Ferrer., Prat., Calvo., Andi3n, & Casas, 2013). Des de esta base, la realizaci3n de una intervenci3n precoz estar3a justificada tanto en adolescentes que presentan el diagn3stico de TLP como en aquellos que presentan rasgos del trastorno o han recibido otros diagn3sticos considerados como precursores, como son el caso de este estudio. Esta intervenci3n precoz implicar3a ir m3s all3 del tratamiento de los s3ntomas que presenta el paciente, con la finalidad de evitar el desarrollo de formas m3s complejas del TLP adulto (Ferrer et al, 2013).

Puesto el foco en el trastorno límite de la personalidad y los adolescentes con una estructura límite, la terapia dialéctica–conductual (DBT, Dialectical Behavioral Therapy) de Linehan (1993) se considera la estrategia psicoterapéutica con mayor evidencia científica con

relación al tratamiento del TLP (Domènech, 2019). La DBT evolucionó de la aplicación de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) cuando la doctora Linehan, intentaba usar la TCC para crear un tratamiento posible para pacientes severamente perturbados y multiproblemáticos (Linehan, 1993). El trabajo inicial desarrollado por Linehan y colaboradores comparó dos grupos de 22 mujeres jóvenes que realizaron tratamiento durante un año, unas específicas de DBT y las otras normales pero enfocadas también al TLP (Linehan., Armstrong., Suarez., Allmon., & Heard, 1991). Las pacientes que realizaron DBT, presentaron menos riesgo a conductas suicidas y parasuicidas, menos abandonos, disminución de ingresos y mejoraron los síntomas depresivos, y la ideación desesperanzadora respecto a la vida en comparación con el otro grupo.

Según el enfoque DBT, el problema central en el trastorno límite de la personalidad es una desregulación emocional que contribuye a la desregulación interpersonal, cognitiva, conductual, y del yo del paciente (Delgado, 2015). Esta desregulación está causada y mantenida por un proceso que engloba una persona emocionalmente vulnerable y un entorno invalidante (Koons et al., 2001). Es un tratamiento que combina técnicas de terapia cognitivo conductual dirigidas al cambio conductual, con principios que provienen de la filosofía budista dirigidos al reconocimiento y a la aceptación de la realidad y la filosofía dialéctica que permite la coexistencia de visiones opuestas en una misma persona (Soler, Eliges, & Carmona, 2016). Además, incluye el entrenamiento en Mindfulness como prácticas de atención plena, validación y aceptación de las emociones y sensaciones corporales tal y como llegan, con el fin de practicar la aceptación emocional y consecuentemente evitar comportamientos disfuncionales (Linehan, 2015). Las habilidades de toma de conciencia en la DBT están basadas en la filosofía oriental Zen y se conceptualizan en experimentar plenamente el momento presente. La meta fundamental es que los pacientes aprendan a tomar control de sus mentes y no que sus mentes les controlen. Se trata de adoptar una actitud de

contemplación de las experiencias en el momento presente, de conocer y aceptar las experiencias sin realizar juicios de valor (Cerón & Mayoral, 2015).

Desde la aparición de la DBT estándar, se han desarrollado múltiples tratamientos adaptados, entre ellos, DBT para adolescentes (DBT-A) (Miller, Rathus, & Linehan, 2006), dirigido a adolescentes con desregulación emocional que presentan conductas impulsivas y/o evitativas además de dificultades en el establecimiento del self y relaciones interpersonales conflictivas. Así la DBT-A, como informa Mollà et al. (2015), dedica cuatro módulos a entrenar habilidades dirigidas a desarrollar la tolerancia al estrés, la efectividad interpersonal, la regulación emocional (Habilidades para la conciencia de uno mismo), el mindfulness; y se añade un quinto módulo (inexistente en la versión de adultos) denominado *Buscando la línea media*, que trabaja, a través de dilemas dialécticos frecuentes en la relación entre los adolescentes y sus padres (p.ej., “excesiva indulgencia vs. control autoritario”), la despolarización y flexibilización del pensamiento a fin de integrar los dos polos de la dicotomía (Rathus, Campbell, Miller, & Smith, 2015).

Existe evidencia de su aplicación de forma satisfactoria como los estudios de James, Winmill, Anderson y Alfoadari (2011), donde aplican a adolescentes, con edades comprendidas entre trece y diecisiete años, con funcionamiento *borderline*, un año de sesiones semanales individuales, grupales y familiares, además seguimiento telefónico, obteniendo resultados significativos en los síntomas propios del TLP. De la misma manera, en España también se han realizado adaptaciones de programas de tratamiento para TLP y en esta ocasión el más específico y que usará como referente en este estudio para adolescentes es el del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, donde han desarrollado el programa ATRAPA (Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia) (Delgado, 2015), para adolescentes con inestabilidad emocional grave y alto riesgo de suicidio.

Aterrizando todo lo comentado anteriormente y trasladándolo a la actualidad en la que se encuentra el ámbito de la salud y la población en general, la pandemia mundial del Covid-19, nos ha puesto sin ninguna duda a prueba a nivel personal y social. El confinamiento y el parón general del país han obligado a los diferentes sectores a adaptarse y renovarse en la medida de lo posible. Des esta manera, la psicoterapia también lo ha tenido que hacer, intentando mantener las terapias mediante la vía online. En el marco de las tecnologías aplicadas a la psicología clínica, a nivel de intervención, podemos destacar el uso de la realidad virtual, la realidad aumentada, recursos de internet y en menor medida la telepsicología (Botella, et al 2007; Soto-Pérez, Franco, Monardes & Jiménez, 2010). Existe evidencia de que la mayoría de las intervenciones en línea se basan mayoritariamente en la terapia cognitivo-conductual. Al ser una terapia con una estructura muy fija, permite una implementación fácil para trasladarla a un formato online (Selmi, Klein, Griest, Sorrell, & Erdman, 1990). Además, podemos encontrar evidencias de que el uso de las tecnologías de la información y la comunicación se han aplicado al tratamiento de diferentes psicopatologías, como: las fobias, el estrés postraumático, los trastornos alimentarios o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad con éxito (Botella et al, 2007; Soto et al, 2010). Cabe señalar que como bien señalan algunos autores, las terapias online presentan una serie de ventajas tales como la posibilidad de personalizar más los tratamientos, hacerlas más interactivas y atractivas, menos costes, un mayor abordaje geográfico y temporal lo que facilita la participación de pacientes con dificultades de acceso al tratamiento, aumentando así la accesibilidad y la flexibilidad (Flujas-Contreras, Ruiz-Castañeda, Botella, & Gómez, 2017; Kazdin, & Blase, 2011).

Si analizamos pues, los estudios que existen sobre los tratamientos terapéuticos en su modalidad online, encontramos ciertos sesgos de información en nuestro idioma. En consecuencia y debido a esta escasez de publicaciones en español sobre los tratamientos

online para adolescentes con estructura limite en nuestro país desde un enfoque de tratamiento dialectico-conductual, se hace necesario el estudio y desarrollo de programas que aprovechan los diferentes recursos que ofrecen las nuevas tecnologías y, a su vez, se adapten así, a la nueva realidad que estamos viviendo.

2. Descripción Pacientes, genograma y mapa relacional

Antes de explicar cada uno de los casos detalladamente, es importante destacar los factores comunes que se pueden observar en los seis pacientes. En primer lugar, la desestructuración familiar, concretamente con la figura paterna mayormente ausente, de la misma forma que relaciones con la figura materna en gran medida polarizadas que oscilan entre mucha tensión o dependencia. Además, suelen vivir o haber vivido en ambientes de mucha tensión doméstica, de la misma forma que comparten el haber experimentado alguna situación traumática como puede ser una migración o algún episodio de acoso escolar. Por otro lado, existe la coincidencia de referentes paternos con algún problema psicológico como puede ser adicciones, depresión o ansiedad. Remarcar que existen diferencias en cada paciente, pero es una aproximación de los factores en común observados en cada caso.

Paciente 1 (Carol):

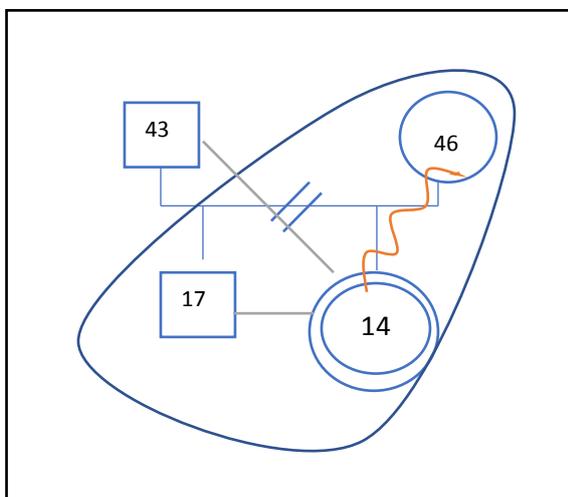


Figura 1. Genograma Carol

Carol (14 años) acude al CSMIJ derivada por su pediatra; describen que está muy triste, pesimista, irritable, emocionalmente inestable y se ha empezado a hacer cortes. Refiere tener ansiedad desde el verano, llegando a tener alguna “crisis de ansiedad”, según ella se pone nerviosa, se

acelera, llora y luego llega a más autolesionándose.

La madre explica que tuvo un desarrollo evolutivo normal en todos los aspectos, exceptuando una enuresis nocturna ocasional que ha tenido siempre. La define como una chica muy reservada, que le cuesta abrirse, introvertida, de “pocas amigas” y de estar siempre por casa, lo que le recuerda un poco a ella. A nivel académico, está cursando 3º de ESO, no presenta ningún problema, siempre ha ido bien, aunque ahora han bajado las notas y el rendimiento, se encuentra mucho más perezosa. A nivel familiar, explican que los padres se divorciaron hace un año aproximadamente, la custodia es materna, pero a nivel real no hay encuentros fijos con el padre, sino que van de vez en cuando con él de forma más bien esporádica cuando ellos lo piden o el padre les dice de ir a comer o a hacer recados. La crisis de pareja empezó hace unos 5 años donde el padre explica; “cambió mucho, empezó a estar más fuera de casa, a cuidarse y yo en cambio a volcarme más en los hijos y quizás descuidarlo un poco”. Desde entonces ha habido bastantes peleas y discusiones hasta el momento de la separación donde la madre explica que lo llevó mal, con una tristeza propia muy profunda y que empezó con antidepresivos, ahora dice estar mejor.

La madre considera que ella es uno de los principales focos que ponen nerviosa a su hija o eso percibe ella, rabia y culpa. Carol, explica que no se fía de la madre porque ésta les contó a sus amigas su problema. Insiste en una mala relación comparándola con que si fuese una compañera del colegio no le caería bien, le pone nerviosa su manera de ser porque ahora la trata diferente, está muy pendiente de ella y la agobia. Dice que ella fue la razón de la primera autolesión “me puso muy nerviosa y no pude contenerme, después de ahí cada vez que me ponía nerviosa por alguna cosa lo hacía, era como una vía de escape que me fui engancho”. Con el padre en cambio, expresa que siente más conexión, la entiende más, explica incluso que éste le confesó que de joven también se había autolesionado.

Al empezar con las autolesiones y que la propia Carol se lo comunicase a la madre empezaron con una psicóloga privada, pero parece que la no encajó muy bien y lo dejaron. Aun así, Carol, hace demanda de ayuda y de querer estar bien. Se le propone añadirse al grupo con el fin de trabajar la capacidad de expresión de emociones, no parece que le haga mucha gracia, según ella por el hecho de que haya más gente, dice que se lo pensará. No asiste a las primeras, pero finalmente y tras mucha insistencia asiste.

Paciente 2 (Anna):

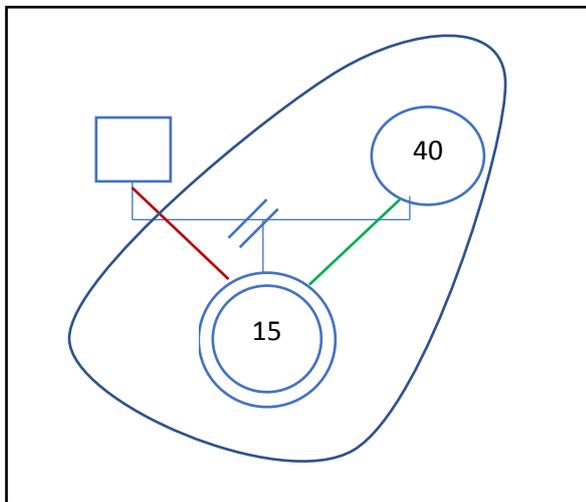


Figura 2. Genograma Anna

Chica de 15 años, de origen venezolano, residente en España desde el abril del 2017. En Venezuela vivían con los abuelos maternos que hacían mucha función parental, el padre se desentendió a los 5 años de ella y no han vuelto a tener contacto.

Cuando llegaron a España se fueron a vivir la mamá y ella con su tía materna y su prima, la hija de ésta. Explica que a veces hay bastantes pelias porque la tía se pone a gritar y a discutir, ella prefiere desentenderse. Sobre el padre comenta que había fuertes discusiones, que tiene hermanos por parte de él pero no lo recuerda y finalmente explica que ha intentado “olvidar lo que pasó” sin especificar nada más, da la sensación que es un tema tabú para ella y su entorno.

Llega al CSMIJ, per un estado depresivo, tristeza, ideas de muerte “mejor no estar aquí, soy un estorbo”, presentando autolesiones en los brazos, muy baja autoestima, problemas de aceptación de su cuerpo, esporádicas crisis de ansiedad, duelos no elaborados al

separarse de sus abuelos y cambiar de país, con tendencia a encerrarse mucho en su habitación, llorar y no salir de la cama en días o solo para ir al colegio. Ella misma dice estar asustada mientras se corta y haber pensado en suicidarse “vivo en un 10° piso pienso a veces”. A nivel ambiental, explica que a la prima con la que convivía al llegar le diagnosticaron Asperger y eso le afectó mucho al igual que el hecho de que su mejor amiga del colegio se cambió de instituto y ahora refiere no tener ganas de socializar. Presenta algunos indicios de despersonalización, con episodios donde siente que por la calle la miran o hablan de ella y cuando está en casa sola puede escuchar alguna voz que grita. También tiene un insomnio importante, se queda mirando puntos fijos sin moverse ni hablar. Recuerda que de pequeña ya se ponía a llorar con mucha frecuencia y sin saber porque y que no se gusta a si misma.

En el colegio dice haber vivido bastantes problemas sobretodo con una compañera que la insultaba y la empujaba. Ella se aguanta mucho y luego explota, dice tener problemas con su agresividad y miedo a descontrolarse y llegar a pegar.

Inicia antidepresivos (Fluoxetina), mejora el estado anímico y persisten la ansiedad y el insomnio que poco a poco van mejorando. Empieza a reclamar espacio a solas con la madre y a contar posibles situaciones de *bullying* vividas en el colegio. Desaparecen las ideas de muerte y manifiesta claros planes de futuro.

Meses más tarde, Anna abandona la medicación y desciende considerablemente el estado de ánimo, vuelven las ganas de morir, baja el rendimiento escolar y se acuerda volver a la medicación y asistir a un grupo de adolescentes que va a empezar. Acepta y asiste un par de veces, pero se desvincula tanto del grupo como a las sesiones individuales a pesar de que llama pidiendo visitas luego no se presenta, durante un año coincidiendo el confinamiento por medio.

Al volver al CSMIJ, explica que continua triste, con ansiedad, llora en casa y se continúa autolesionando. Durante el confinamiento ha dejado de salir del todo, habla con los compañeros por el *Whatsapp* pero poco y tiene mucho miedo a decir algo mal dicho y no quedar bien. Se mudaron de casa de la tía porque no las trataba bien y se van a una casa compartida con otro señor, que refieren es tranquilo y se sienten mejor.

Refiere sensaciones propioceptivas como si alguien estuviese a su lado o detrás y la mirase, ve sombras y aparece una imagen entre sueño y realidad muy persistente de ella jugando en la habitación y en la calle con un chico de unos 20 años moreno y ella 5 o 6, que hace pensar en un posible abuso sexual. Comenta también, que se considera bisexual pero no quiere contárselo a su madre y que en el instituto le trae muchos problemas porque son homófobos. Empieza de nuevo con medicación antidepresiva y para dormir, parece que mejora el insomnio y las ideas de muerte, pero persiste la labilidad emocional, los sentimientos autorreferenciales, la tristeza y los lloros. Se le propone empezar grupo TLP para una mayor contención y aprender herramientas para equilibrar las emociones.

Paciente 3(Carlota):

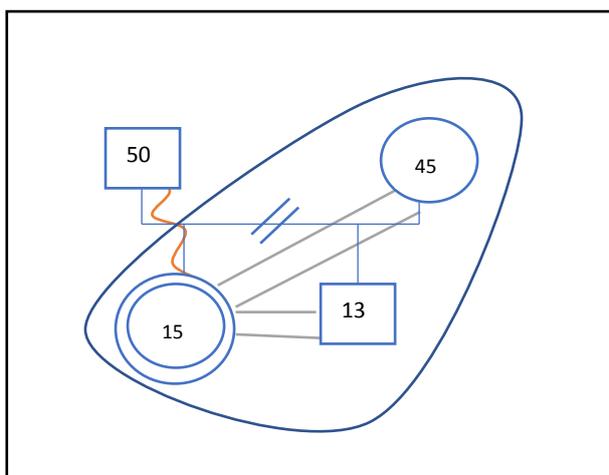


Figura 3. *Genograma Carlota*

Acude al CSMIJ por primera vez en 2015 (10 años) acompañada por la madre y el padre, estos, refieren comportamientos negativitas desafiantes en el domicilio familiar llevando al límite a la madre. También explican, mucha demanda de su

madre y celos con el hermano pequeño. Carlota fue criada en mayor medida por la madre (psicóloga de prisiones) ya que el padre trabajaba jornadas muy largas (camarero), no

comentan ninguna alteración en el embarazo, parto, alimentación, esfínteres ni sueño. Tras realizar únicamente una sesión se interrumpe el tratamiento por abandono.

Se reabre la historia en 2020 (15 años) por derivación de urgencias HSJD causada por restricciones de ingesta que han llegado a ser de 4 días seguidos sin comer. Actualmente cursa 4rto de ESO tras haber repetido 3ero. Explican que ha estado en tratamiento psicológico privado varios años y que los padres se divorciaron en 2017, actualmente Carlota vive con la madre y su hermano pequeño (13a). Su relación actual con el padre es nula, al principio casi no lo veía y ahora ya no quiere saber nada de él, afirma haber ido descubriendo cosas de él que no le gustan. La madre cuenta en privado que el padre era consumidor de alcohol y cocaína.

Carlota, relaciona la falta de ingesta con ansiedad, llegándole a producir incluso vómitos de los nervios, no refiere autoinducírselos. Explica que come dos veces al día y de forma incompleta, quiere bajar de peso por insatisfacción corporal, pero sin conocimiento significativos de aspectos nutricionales ni de dietas. Antes realizaba mucha actividad física pero durante el confinamiento redujo a cero. Expresa sentirse con un estado anímico bajo y falta de energía en las actividades de la vida diaria. Empieza un control dietético semanal en CSMIJ, donde se va valorando el patrón alimentario, el ejercicio y la presencia de cogniciones TCA.

A lo largo de las semanas mejora significativa en el ámbito alimentario, aumenta el peso y estabiliza sus ingestas, reinicia la actividad física de forma moderada, hay presencia de cogniciones, aunque puede gestionarlas por ella misma. Paralelamente explica estado de nervios alto asociado a su relación sentimental con su novio, siente que a veces la quiere y a veces no. En el confinamiento lo dejaron y es cuando empezó a mirarse en el espejo y a sentirse mal con ella misma. El chico tiene dos años menos y es del equipo de fútbol del

abdominalgias e infecciones de orina. La madre explica que es de carácter más bien tímida y que tuvo algún problema para adaptarse al instituto, luego se adaptó bien.

En el curso de la terapia, transcurre un episodio en el colegio con un tema de unas fotos y unos comentarios donde habla de un estado de tensión en donde no pensó en nada y se autolesionó. Respecto a su relación con el padre expresa sentirse dolida porque no la reclama y de tener una relación muy ambivalente, no sabía cuando la iba a regañar o a felicitar. Poco a poco se resuelve el conflicto con los compañeros, pero en casa se muestra más conductual dando golpes en las puertas y tirando objetos cuando se enfada con la madre. Expresa que se siente culpable de que su madre no haya podido vivir su juventud porque la tuvo con 17 años, la madre expresa que en todos los conflictos siempre dejaba que la niña intercediera por ella. Existe una inversión de roles donde Agnés es colocada como adulta.

Agnés va evolucionando positivamente, el sueño mejora, empieza a poner distancia del conflicto entre los padres y del suyo con el propio padre, en el colegio se siente bien y se ha refugiado mucho en los estudios que la motivan. Persiste el rol invertido con la madre, la ve triste y esta preocupada porque no tiene amigas y porque no ve claro que pueda cuidar bien de su hermano pequeño así que acaba ocupando el lugar de la madre en muchas ocasiones.

Tiempo después, vuelve a tener relación con el padre, pero poca, éste a veces le trae regalos al hermano, pero a ella no o cuando quedan casi no le habla. Vuelve a tener problemas con el sueño y siente que se aburre con las amigas, prefiere pasar tiempo en solitario, pero cuando quiere salir la madre le pone muchas pegadas. Se le propone grupo Mindfulness en el CSMIJ y acepta. Asiste y es participativa, dice haberla ayudado. Mejora su conciliación del sueño, y sus ganas de socializar y salir, aunque le cuesta encontrar un

entendimiento con la madre porque no entiende que haya cambiado tanto, poco a poco empiezan a reajustar roles ya que la madre empieza a verla como una adolescente.

Más adelante vuelve a tener bajones emocionales que le duran un par de días con mucha tristeza, baja autoestima con ella misma, y muy enfocado a las notas que han empezado a bajar. Un día con amigas se sobrepasa con la bebida y pierde el conocimiento, explica que fue por Carnaval y de forma puntual. Con el padre vuelve a no tener mucha relación, no quiere verle y él tampoco pregunta.

Actualmente, la cuarentena dice haberle ido bien, subió un poco las notas y se sentía tranquila. Ha repetido curso, pero su mejor amiga también así que a pesar de que no se lo esperaba ahora está un poco mejor. Se le propone grupo para seguir trabajando en el control de las emociones y acepta contenta.

Paciente 5 (Maria):

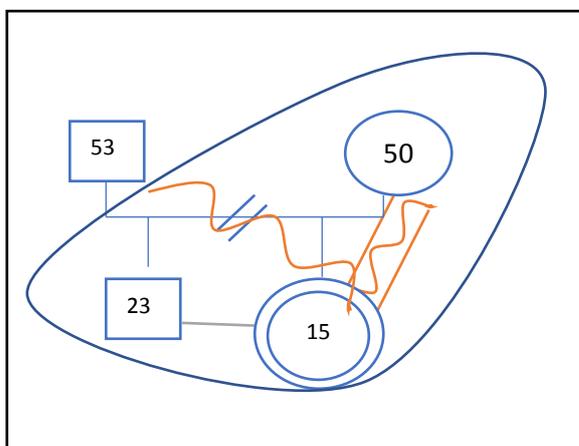


Figura 5. *Genograma Maria*

Maria, es una niña de 15 años que está cursando 3ero de ESO. Le gusta pasar tiempo con sus gatos, cantar y dibujar. Actualmente vive con su madre y hermano, al padre lo ve de vez en cuando pero poco, ahora se ha mudado a

Sabadell con su nueva pareja y hace un mes que no lo ve.

Acudió al CSMIJ por primera vez con 7 años, coincidiendo con la separación de sus padres, empieza a tener episodios donde se queda abstraída sin motivo aparente, sin escuchar ni responder, dejando de hacer aquello que estuviera haciendo tanto estudiar como jugar. A todo esto, se le suman unos dolores de cabeza y de barriga recurrentes durante un año,

probablemente derivados de la tensión que se vivía en casa. A pesar de que no haya alteraciones en el sueño, alimentación, esfínteres, etc... si ha habido una bajada importante en el rendimiento escolar.

Respecto a la situación familiar, la madre explica que había peleas fuertes en casa que ella ha presenciado, según la madre, el padre está en seguimiento por consumo de alcohol. Maria se muestra inhibida y regresiva en la consulta, expresa estar mas tranquila ahora que no hay tantas peleas o situaciones de violencia entre ambos como antes “se peleaban y pegaban”. La madre explica que en casa se muestra demandante, pero en el colegio se somete a lo que digan las demás y no se defiende, no expresa lo que quiere ni sus emociones. Además, considera que es muy cariñosa con todo el mundo, no discrimina conocidos y desconocidos.

A medida que pasa el tiempo, Maria va mostrándose más asertiva en el colegio, aunque continúa siendo muy reservada con sus emociones y poco colaboradora en casa. La madre paralelamente se siente muy desbordada con las cargas familiares y laborales; los hijos no colaboran, el padre tampoco, no puede contar con su hermana ni madre porque son impredecibles y ambivalentes, así que solicita espacio terapéutico para ella porque es consciente que se descontrola a veces con los hijos y su actitud con la niña es impaciente y de exigencia de autonomía.

Se les propone desde el CSMIJ que Maria participe en el grupo TREI para niños que han vivido situaciones domesticas de mucha tensión y acepta. Más adelante se produce una situación de *bulling* en el colegio frente donde sus compañeras se empiezan a meter con ella por llevar ropa usada y llegan a agredirla físicamente lo que hace que no quiera ir al colegio.

Se produce una ruptura de la madre con la pareja que tenia, y Maria empieza a dormir con ella durante un par de años. La madre tiende a intervenir por ella y no dejar que ella resuelva los conflictos, habla con las otras niñas del colegio y parece que la relación con los

compañeros mejora, pero sigue quejándose de dolores de barriga y cabeza cuando tiene que ir al colegio. Expresa que en casa del padre también hay bastantes peleas entre él y su pareja y que lo ha visto borracho en más de una ocasión. La madre se encuentra bastante mal anímicamente; irritable, ideas de muerte, dejadez en el cuidado personal, muy ansiosa, con problemas con su hermana y madre, problemas en el trabajo y preocupada porque el hermano mayor quiere vivir con el padre, se le proporciona más ayuda terapéutica desde servicios sociales.

Empieza el instituto y parece sentirse más motivada, con amigos y con una gran mejoría en cuanto al proceso de individuación con la madre. Expresa que es bisexual, por lo que los compañeros empiezan a meterse con ella y a encerrarla en clase con su mejor amiga. Ha empezado a realizarse cortes superficiales en el antebrazo lo que la madre atribuye a su mejor amiga que también lo hace y que tienen una relación muy dependiente. Las notas empiezan a bajar mucho y le dicen que tiene que repetir, aspecto que no parece importarle mucho puesto que ya no se lleva bien con los de clase, solo con su amiga. Le diagnostican TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), y empieza a medicarse, mejora su rendimiento escolar, parece motivada y más organizada. En vista de que el último le fue bien, se le vuelve a proponer de participar en un grupo esta vez de adolescentes en general y accede.

Un tiempo después Maria, desvela y expresa su malestar y su problema de identidad sexual a la madre y en terapia. Nunca se ha sentido bien con ella ni que encajase puesto que se siente un chico, siente mucho rechazo por su cuerpo en especial sus pechos. Más adelante sigue con la idea de que se siente un chico, rechaza su cuerpo y a ella misma, que siente que es una carga y todo lo hace mal. No siente el apoyo de su madre que habla de preferencias de elección sexual centrándolo en su bisexualidad y no transexualidad como ella se define. Ya no hay autolesiones, pero sí muchos problemas médicos que generan mucho absentismo en el

colegio; se encuentra débil, le tiemblan las piernas, vómitos, no tiene apetito, escalofríos, diarreas, infecciones de orina, etc... Se le propone la opción de incorporarse al grupo que acaba de empezar online para una mayor contención y para evitar también que se desvincule del CSMIJ como del colegio.

Paciente 6 (Silvia):

Silvia tiene 14 años, es natural de Ecuador y ha sido derivada de pediatría por presentar vómitos auto inducidos. Los padres y 3 hijos emigraron a España en abril del 2019, ella es la mediana de los tres. Van todos a vivir con los tíos ya que la hermana del padre y el

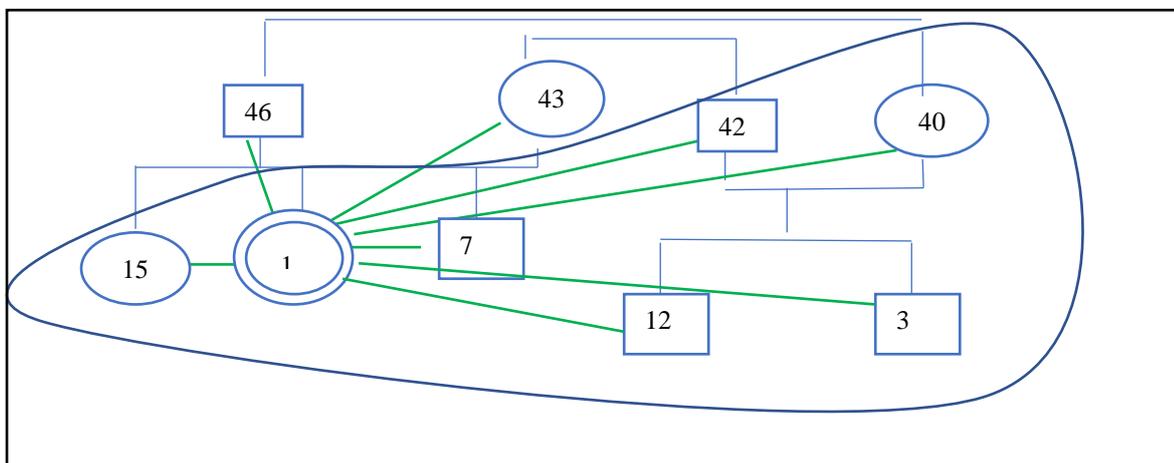


Figura 6. Genograma Silvia

hermano de la madre son pareja y ya estaban viviendo aquí, estos tienen además dos hijos. Dice llevarse bien tanto con su familia como con la de sus tíos.

A nivel clínico presenta vómitos auto inducidos desde hacia semanas, varios al día después de cada comida hasta que los padres la escucharon y consultaron. Ella considera que el desencadenante fue una chica del colegio que la llamó gorda. Considera que a pesar de estar bien adaptada no lleva muy bien el duelo por marcharse de Ecuador donde está su familia y su mejor amiga. A demás de esto, persiste mucha ansiedad en ella sobretodo a raíz académico, social y por la economía de sus padres. Es una persona inhibida, tímida e

introvertida. Asegura que no le gusta su cuerpo y que no quiere contar su malestar por no ser una carga. Tiene ideas de muerte pasivas puntuales que son reconducibles.

Los padres se trasladan a una habitación y los hijos se quedan con los tíos, persisten las ideas de muerte pasivas, pero remiten los vómitos auto inducidos durante un tiempo, luego recae unas semanas y vuelen a remitir. Se siente muy ansiosa por el colegio, y la presión que tiene ha pasar de curso, que coincide con un cambio de clase donde dice no saber socializar con los nuevos compañeros.

Padece una fuerte crisis de ansiedad que acaba en urgencias donde la tía se la encuentra vomitando e hiperventilando a raíz de que sus padres se han enterado de que es lesbiana. Explica que se lo contó a sus primos con confianza y estos no tardaron en contárselo a su tía y esta a sus padres. Sus padres le dicen que no piense en esas cosas ahora y que se concentre en el colegio solamente, después de ese episodio no se vuelve ha hablar del tema.

Mas adelante empieza a autolesionarse en los antebrazos que va poco a poco bajando la frecuencia, pero vuelve a tener impulsos de vomitar. Se le propone el grupo, al principio dice que no pero posteriormente al insistir y con el fin de una mayor contención acepta.

4. Formulación del plan de tratamiento

Para describir el funcionamiento del grupo y de qué manera se intervino se relatan seis sesiones en la cuales se tomaron notas durante y al finalizar cada una de éstas. Después se transcribieron y se amplió la información que faltaba. En algunas de las sesiones se añadió un “post-grupo” que hace referencia a la conversación y puesta en común entre las profesionales donde se sacan conclusiones de la sesión y se comentan los aspectos más relevantes.

Antes de iniciarse el grupo se analizaron los diferentes perfiles de participantes derivados para poder elaborar un plan terapéutico inicial con una serie de objetivos comunes.

Estos objetivos son:

- Ofrecer un espacio que permita la transición por la adolescencia, conteniendo las ansiedades propias de la edad y compartiendo las vivencias y sentimientos personales entre iguales.
- Favorecer la representación mental del mundo interno, los vínculos sanos con los otros, la experiencia de relación de buen trato, la sensación de pertenecer a un grupo, la capacidad de escucha de uno mismo y de los otros, la empatía y el sentimiento de tener cuidado de uno mismo, cuidando el grupo.
- Desarrollar habilidades básicas de consciencia, de efectividad interpersonal, de regulación emocional y de tolerancia al malestar.

La intervención psicoterapéutica llevada a cabo en el grupo es Dialectico-Conductual de Linehan (1993), basándonos en estrategias centradas a encontrar el equilibrio entre aceptación y cambio (Padilla, Martínez, Espín & Jiménez, 2017), mediante la aplicación de estrategias dialécticas, de validación, conciencia plena, y de resolución de problemas (Roldán, Mayoral, Rech, 2015). Tanto Linehan (1993), en su propuesta para adultos, como Miller et al. (2006), en su propuesta para adolescentes, consideran que el formato más adecuado para el aprendizaje de habilidades es el formato grupal. El grupo estudiado en este caso se realiza en coterapia y constan en su desarrollo de dos partes bien diferenciadas: la transmisión teórica de las habilidades por parte de los terapeutas y una parte más vivencial donde se plasma lo trabajado con experiencias de su vida y se da un espacio para verbalizar y compartir aspectos relevantes de su semana.

Cabe decir que la terapia grupal va en paralelo con la terapia individual que las pacientes siguen realizando con sus terapeutas de referencia en el CSMIJ. Estos no solo reciben un *feedback* de las sesiones grupales de sus pacientes, sino que las sesiones individuales van en la misma línea que el grupo, haciendo de ese espacio un lugar donde se promueve la generalización de lo aprendido. De la misma forma, para facilitar el aprendizaje y poder realizar una buena intervención y contención, es deseable que en los grupos no exista una elevada intensidad emocional (Mayoral, 2015, p.77). Por este motivo los terapeutas se centran en las habilidades a aprender, tratando solo de forma indirecta los procesos y dinámicas grupales propias de este formato de intervención sin indagar en contenidos íntimos y/o con mucha carga emocional que es preferible que los trabajen en el espacio individual. En algún caso, vemos pinceladas de alguna participante en su terapia individual ya sea porque la referente del grupo es también su terapeuta individual o porque su evolución en terapia individual ha afectado en la su dinámica grupal.

Especificado todo esto y establecidos los objetivos, el modelo de intervención y seleccionado las participantes, se desarrollo un plan terapéutico dividido en bloques, esquematizados en la siguiente tabla (*ver Tabla 1*) que tratan de dar respuesta a las distintas dificultades propias de la inestabilidad emocional que caracteriza a las participantes del grupo.

Tabla 1.

Plan de tratamiento esquematizado en bloques.

Bloque	Descripción	Nº Sesiones
Sesión Preliminar	Presentaciones profesionales, adolescentes, <i>setting</i> , bloques, y normas del grupo.	1

Habilidades para la conciencia de uno mismo	Se introducen los distintos estados de la mente (emocional, racional y sabia), las habilidades para adquirir la mente sabia y empezar a tomar conciencia plena.	3
Mindfulness	Se busca el aumentar la capacidad para experimentar y observar conscientemente a uno mismo y al entorno. Ayudar a tener el control de nuestra propia mente en vez de dejar que la mente nos controle a nosotros. Se les invita a acercarse a la vivencia las emociones que se expresan a través de su cuerpo poco a poco, sin juzgarse: como una forma de autorreconocimiento desde la curiosidad y aceptación con el fin de mejorar el desarrollo personal al aumentar la capacidad de autoobservación y fomentar el autocuidado.	1
Habilidades para encontrar la línea media	Se reflexiona sobre dilemas adolescente – familia trabajando el pensamiento dialéctico: Posiciones polarizadas (adolescentes frente a familia). Pensamientos, sentimientos y conductas muy polarizadas y cambiantes del adolescente que suelen crear conflictos en casa.	1

** Se reflejan solo los descritos en el estudio, entendiendo que la terapia continúa y trabaja otros bloques.*

5. Curso de la terapia e Intervención

5.1. Sesión 1 (26/10/2020)

Asisten: Carlota y Agnés

Empezamos presentándonos las profesionales y les pedimos que se presenten. Agnés;

“Tengo 17 años, estudio 1ero Bachillerato porque que repetí, mis padres están separados y

vivo con mi madre y hermano pequeño. Veo a mi padre porque va a recoger a mi hermano pequeño, pero yo llevo un año sin hablar con él”. Carlota; “Tengo 15 años, estudio 4º de la ESO porque repetí tercero, mis padres también están separados y vivo con mi hermano pequeño y mi madre. No voy nunca con mi padre porque no quiero saber nada de él”.

Pasamos a preguntar; *¿Por qué creéis que estáis aquí, en un grupo donde vamos trabajar la regulación emocional, habéis participado antes en algún grupo terapéutico?*

Carlota responde; “no he estado nunca en uno, ahora participo porque mi madre ha dicho que tengo que venir, aunque me parece bien porque fui yo quien hace unos meses le pidió a mi madre de ir al psicólogo. Soy una persona que siente mucha rabia y ganas de dar golpes, al mismo tiempo que mucho sentimiento de soledad aun estando con gente, me calmo un poco con el deporte, sobretodo nadando se me pasan un poco las ganas de pegar. En el confinamiento todo se acentuó y empecé a adelgazar mucho, no sé, vomitaba, no porque lo provocase, sino que mi propio cuerpo reaccionaba así.”

Agnés en cambio afirma “yo sí estuve en el grupo de técnicas de relajación del CSMIJ y me gustó mucho, todavía las uso cuando me cuesta dormir”. Cuenta que ella sentía mucho sentimiento de tristeza, que ahora se siente mejor, pero que cree que viniendo aquí acabara de estarlo del todo y aprender a regularse por completo.

Puntualizamos que ambas tienen cosas en común como un padre más bien ausente y preguntamos; *¿consideráis que tenéis personas cerca con quien podáis expresaros sobre como os sentís, con vuestra madre por ejemplo como pensáis que os lleváis?*

Agnés explica; “Tampoco soy una persona que salga mucho, creo que tengo una relación normal con mi madre y sí que tengo amigos, pero en especial una mejor amiga a quien se lo cuento todo”. Carlota cuenta; “sí que soy una persona que sale bastante con mi

grupo de amigas y con mi madre me llevo bastante bien, es psicóloga y eso me gusta porque me escucha. Tengo un amigo y una amiga en especial con quien me siento muy cómoda para hablar de la mayoría de cosas, aunque hay cosas que no cuento a nadie, me las quedo para mí porque no me gusta explicarlas”.

Explicamos un poco por encima el *setting* y las pautas del grupo; la asistencia, el respeto, la puntualidad, el atreverse a pedir ayuda tanto en el grupo como a sus terapeutas individuales con quien van a seguir de forma paralela y la importancia de la confidencialidad de todo lo que se hable en este grupo. Finalmente les comentamos un poco lo que haremos a lo largo de esta terapia que dura hasta finales de mayo, donde trabajaremos habilidades para conocerse a uno mismo, para tolerar el malestar, para saber colocar y gestionar el pensamiento, emoción y conducta y por último trabajaremos todo aplicado a las habilidades sociales. Puntualizamos que entre medio de algunos bloques haremos un cierto entrenamiento en mindfulness.

Antes de cerrar el grupo, les explicamos que faltan chicas por venir y que la intención está en ser 5 o 6 mínimo, ellas explican que están a gusto siendo dos o 5 que les da igual. Les preguntamos si se han sentido a gusto a pesar de que fueran pocas y quizás muchos ojos mirándolas, pero afirman que sí. Nos despedimos hasta el lunes que viene.

Post Sesión: Hablamos de la contratransferencia que genera la terapia online y el sentimiento de no acabar de llegar a ellas, al menos desde nuestra percepción y de la forma que nos gustaría. Revisamos los perfiles del resto de chicas que no han asistido, y nos proponemos llamarlas de nuevo para recordarles la siguiente sesión. Hablamos también de las dos pacientes que han venido hoy y comentamos que son dos chicas muy mentales.

5.2. Sesión 2 (2/11/2020)

Asisten: Maria, Anna y Agnés

Empezamos teniendo problemas con el audio de Maria y Anna. Agnés llega tarde. Llamamos a la madre de Carlota que refiere haberse olvidado y que ahora se conecta, sin embargo, nunca llega a conectarse y llama a recepción diciendo que no quiere entrar al grupo porque no le gusto la sesión pasada.

Empezamos explicando de forma resumida lo que dijimos la sesión pasada ya que hay chicas nuevas, de la misma forma que volvemos a hacer presentaciones.

Anna explica; “Tengo 15 años, estudio 4rto de ESO, me gusta leer, dibujar y escuchar música. Actualmente vivo con mi madre y unos amigos de su madre pero que no están nunca en casa.” Se le pregunta por el padre y explica que no tiene, nunca a tenido ya que no lo conoce.

Maria añade que tiene 15 años también, repitió primero de ESO y por eso ahora esta haciendo tercero. “Me gusta pasar tiempo con mis gatos, cantar y dibujar. Vivo con mi madre y hermano, a mi padre lo veo de vez en cuando pero poco, además ahora se ha mudado a Sabadell con su nueva pareja y hace un mes que no lo veo.”

Empezamos con el primer bloque de consciencia de uno mismo, enfatizamos que para tener consciencia de una misma hay que conocer lo que sentimos y pensamos para ir desarrollando recursos para regularnos. Explicamos que nuestra mente tiene facilidad para engancharse a las emociones sobretodo las negativas, y que hay que trabajar el dejarlas pasar y contemplarlas sin aferrarse a ellas. Tendemos a polarizar a un extremo o al otro, todo muy intensificado.

Intervención DBT, “Activar la mente sabia”; Se postula la existencia de tres estados mentales primarios: la mente racional, la mente emocional y la mente sabia. Se busca

entonces que el paciente aprenda a reconocer e identificar estos tres estados mentales, y que adquiera habilidades para poder actuar desde la “mente sabia” (Linehan, 1993).

Aclaremos que existe lo que se llaman los estados de la mente, donde existe la mente Racional y la mente Emocional. La racional es aquella mente más fría, más calculadora y la emocional aquella que actúa sin pensar y se deja llevar. Entre medio de estas dos, existe la Mente Sabia que nos ayuda a estar más estables y encontrar un equilibrio entre las dos mentes, ahí es a donde queremos llegar. Pasamos a hablar de lo que podemos hacer y como lo podemos hacer para actuar con esta mente sabia. En cuanto al qué, podemos empezar por observar las cosas, mirar la situación y lo que pasa sin describir nada ni quedarnos enganchadas en eso. Cuando nos domina la mente emocional la respuesta suele ser la actuación, explicamos la importancia del parar, del “botón de pausa” para simplemente mirar. Una vez hemos observado bien, entonces describimos lo que esta pasando sin dar ninguna interpretación solo de forma descriptiva lo que veo fuera y dentro de mi. Finalmente puedo entonces participar y estar presente en el aquí y el ahora sin pensar en nada más que en mi objetivo final. Al pasar ha hablar del como hacemos esto, explicamos que es importante no juzgar por ejemplo si suspendo un examen decir “soy tonta “cuando quizás la realidad desde la mente sabia es que realmente no he estudiado lo suficiente. Puntualizamos la importancia de conocer estos conceptos para intentar no irnos a extremos y buscar el equilibrio con la mente sabia. Les preguntamos; *¿con que estado de la mente creéis que actuáis?* y que nos expliquen alguna situación donde hayan usado alguna de las mentes comentadas.

Intervención DBT, estrategia de “Resolución de problemas”. Búsqueda de conductas alternativas que pueden funcionar la próxima vez que ocurra un evento similar, permitiendo así que la paciente se anticipe frente a los posibles problemas que pudieran surgir (Elices & Cordero, 2011).

Maria explica una situación en el colegio donde una compañera le dijo que se cambiase de sitio porque lo había dicho el tutor. Ella se cambia de sitio y cuando viene la profesora sin preguntarle nada le pone una incidencia porque esta prohibido cambiarse de sitio. Maria cuenta que se enfadó e indignó mucho porque no era justo y que el lunes no fue al cole porque no quería verla. Le preguntamos que con que mente cree que actuó y qué implicó. Reflexiona y dice que con la emocional y que implicó cortar la clase y que se enfadase mucho, pero que cuando ve algo injusto se rebota. Preguntamos por como recuperamos el control de la situación y lo bajamos a mente sabia. Anna dice que ella hubiese actuado igual y también se hubiese enfadado mucho. Hablamos y buscamos soluciones y alternativas, quizás lo primero hubiese sido bajar el nivel de enfado y tensión, y preguntamos por cual era el objetivo final de Maria. Ella explica alterada que el objetivo era que no le pusieran una incidencia por algo injusto ni que la coordinadora se sintiese superior por serlo. Le preguntamos si en el hipotético caso que la profesora lo hubiese dicho bien o le hubiese preguntado por la situación si ella hubiese reaccionado bien, contesta que sí. Agnés interviene “creo que cuando estamos muy estresados o ansiosos tendemos a actuar mucho sin control y mas con la mente emocional.” Anna añade “creo que la profe lo podría haber hecho mejor y que a mi parecer quizás la profesora también usaba la mente emocional.” Reforzamos las dos intervenciones tan acertadas de ambas, y les pedimos que imaginen que pasa cuando dos personas actúan a la vez con su mente emocional, seria una bomba. Alguna de las dos personas tiene que usar la mente sabia y si no es en aquel momento, luego es por eso que vamos a trabajarlo porque no podremos controlar con que mente actúan los demás, pero sí nosotras.

Pedimos más ejemplos de esta semana, Agnés cuenta; “El otro día me tocaba hacer un examen muy difícil y para el que tenia muy poco tiempo y de golpe entro una abeja en la clase, yo le tengo pánico y estuve a punto de volverme loca, pero pensé en lo importante que

era el examen, me tranquilicé y concentré en el examen.” Maria interviene diciendo que ella no habría podido porque también le tiene mucho miedo y se hubiese levantado gritando. Agnés “creo que usé la mente racional porque pensé fríamente”. Anna nos cuenta otro ejemplo suyo “tengo una optativa que la nota se pone básicamente en función de tu participación en clase y a mi eso me da mucho miedo. Llegó un momento esta semana donde tenía que hablar si o si porque me habían pedido explícitamente mi opinión, tenía muchísimo pánico, pero al final pude hacerlo. No me gusta dar mi opinión por miedo a que los demás se molesten.” Le preguntamos si alguien se molestó cuando al final la dijo y dice que no pero que en otras ocasiones si le había pasado y por eso dejó de decir su opinión porque una vez se molestaron con ella por eso y desde entonces le da miedo ofender a alguien al decir su opinión. Comentamos que a veces cuando hay una carga fuerte emocional del pasado, esta nos hace que luego en el presente actuemos también con esta misma emocionalidad, como por ejemplo Anna podría haber echo en esta situación, pero supo equilibrarse y actuar con la mente sabía. Preguntamos a las demás sobre que piensas y Maria dice que todos tenemos una opinión y hay que decirla y si alguien no le gusta es su problema porque no todos pensamos igual y es lo normal.

Empezamos a cerrar el grupo y Maria interrumpe para preguntar donde estaría actuar con orgullo, porque a ella le sobra y le cuesta mucho decir perdón, gracias o incluso por favor. Agnés responde que ella es al revés que pide perdón hasta por lo que no ha hecho. Maria dice que ella al revés y aprovecha para contar una anécdota donde escupió a un niño que le estaba molestando y no quiso pedirle perdón.

Les comentamos que lo continuaremos hablando la semana que viene, y les animamos a que intenten poner en práctica lo que hemos trabajado hoy, estas diferentes maneras de actuar.

Post Sesión: Comentamos la opción de darle más espacio a las temáticas que han surgido en esta sesión porque a pesar de que lo hayan entendido hemos hecho muy de golpe todo y habría que poner más foco y tiempo en algunas cosas. Cerramos diciendo que profundizaremos en las técnicas de centrarse en la mente sabia y en más casos prácticos de su semana.

5.3. Sesión 3 (9/11/2020)

Asisten: Carlota y Maria

Empezamos porque se presenten entre ellas ya que aun habían coincidido. Preguntamos a Carlota porque no vino la semana pasada, “no estaba con ánimos de venir al grupo, que estaba baja de ánimos.” Preguntamos por como está ahora y explica que “va por días, a veces si y a veces no.” Añade con una risa tímida, que habló con su terapeuta individual y ésta la convenció un poco de volver al grupo, pero que obviamente no esta aquí por su terapeuta sino porque ella quiere.

Intervención DBT, “Activar la mente sabia” (Linehan, 1933).

Repasamos lo que hablamos la última sesión para que Carlota lo sepa, pasamos a centrarnos más detenidamente en la mente sabia y en qué y cómo la alimentamos. Profundizamos un poco más punto por punto en como ser efectivo en todo esto; no valorar bueno o malo, justo o injusto sino hacer lo que funciona, adaptarse, seguir las normas del juego, no apartarse de tus propios objetivos, olvidarte de lo mejor y buscar lo más oportuno y renunciar a la venganza. Todo esto lo volvemos a enlazar con el ejemplo que contó Maria en la última sesión sobre el cambio de silla y la profesora que la atacó. Maria sigue defendiendo su postura y diciendo que no esta de acuerdo con como fueron los hechos. Hablamos de

intentar dominar la mente y no que ella nos domine ejemplificándolo y explicamos que se consigue con práctica.

Debatimos sobre *si se puede aprender sin practicar*. Carlota dice; “creo que sí porque en la clase puedes aprender algo solo con verlo hacer”. Explicamos que quizás entonces estas practicando la atención o más que aprenderlo estas entendiéndolo, enlazándolo con si les cuesta prestar atención en su día a día a las cosas, Maria explica “me cuesta mucho estar atenta en clase y en general a todo, incluso aunque me interese” Carlota en cambio; “si me interesa si que soy capaz de estar muy atenta pero sino me cuesta mucho también.”

Proponemos una situación: *hay una persona que les esta diciendo algo que no les interesa, por ejemplo, su madre*. Carlota entre risas; “me pasa muchas veces y por una oreja me entra y por otra me sale, aunque cuando es importante pues si presto atención, pero si veo que no lo es, desconecto”. Maria se ríe y cuenta que rueda los ojos y se pone a mirar el móvil.

Preguntamos por las consecuencias que pueden tener estas actitudes y Maria dice que si no has hecho caso a alguien pues esa persona tampoco te lo va a hacer a ti, y que por tanto como ella no hace caso a su madre su madre tampoco a ella y que ella hace igual. Comentamos que este pensamiento tiene que ver con venganza que comentábamos antes y que nos aleja de ser efectivos en el manejo de la mente sabia.

Pasamos a preguntar sobre *si les cuesta despegarse de las cosas, personas, momentos, etc.* Carlota cuenta “mucho, siempre estoy recordando y queriendo volver a aquellos recuerdos de pequeña o que me gustaron, no quiero hacerme mayor y me gustaría volver a ser pequeña”. Enlazamos la pregunta, preguntando *si les asusta el dolor emocional*.

Intervención DBT, “Estrategia de Validación” de sus comportamientos y pensamientos teniendo en cuenta sus posibles causas, sin ignorar lo disfuncional de los

mismos, tratando de ayudar a buscar causas que lo generan y/o los mantienen (Roldán, Mayoral, Rech, 2015),

Carlota cuenta “yo muchas veces me siento como una mierda, me miro al espejo y me digo de todo, suelto todo conmigo misma para no echarlo hacia fuera. Sobretudo en esta cuarentena que me he sentido muy mal y me decía todo el rato cosas a mi misma en la cabeza sobre mi cuerpo, tanto que cuando comía algo me sentaba mal y vomitaba.” Cuando interviene Maria explica, “yo de vez en cuando sobretudo en la noche estoy fatal, me echo a llorar, tengo ganas de morirse y me insulto a mi misma llegando a provocarme el vomito por verme o sentirme muy mal.” Expresa entre lloros estar pasándolo muy mal y sentirse fatal. Validamos todo ese sufrimiento que como pueden ver no son las únicas que lo viven porque es parte de las personas y hablamos del punto comentado anteriormente de no juzgarse, que quizás ellas lo estén haciendo mucho con ellas mismas. Carlota asiente “yo me echo la culpa de todo, por ejemplo del divorcio de mis padres.” Maria explica que a ella se le murió un conejo y se echa la culpa, aunque sabe que quizás no lo fue piensa que quizás pudo cuidarla mejor o algo así. Carlota comparte una experiencia similar con su gata. Maria vuelve a romperse al explica que ahora tiene a su abuela muy mala y que puede ser que se muera. Carlota le responde “Es Ley de vida, es muy duro pero que estas cosas pasan, yo se lo que es perder a alguien, mi padre que bueno llamo así porque me engendró pero que para mi no existe. Además, si yo estuviese en tu situación, no me gustaría que la gente me dijera que se va a poner bien, soy muy negativa y prefiero pensar lo peor y ya esta.” Les explicamos que es mejor focalizarse en lo que se puede hacer ahora en cada situación, y en este caso pues pensar en que es lo que puedo hacer yo ahora por mi abuelo. Hablamos también de la importancia de poner distancia del problema y pensar en si se está haciendo lo que se debe, y si es así confiar.

Intervención DBT en habilidades de consciencia plena (Cerón & Mayoral, 2015).

Pasamos a hacer un ejercicio de describir una fotografía sin juzgar y estando atentas a describir, pero sin que intervenga la emoción. Ambas participan y se ríen un poco. Comunicamos que Teresa una de las terapeutas no estará la siguiente sesión y cerramos grupo.

Post Sesión: Comentamos que la terapeuta de Anna que hoy no se ha presentado, ha explicado que es un perfil que parece muy adherido pero que luego le cuesta mucho seguir viniendo y engancharla. Proponemos volver a llamarla para recordárselo al igual que a Agnés. Tanteamos opción pasarlo a presencial para aumentar enchanche. Maria; No contiene y parece un poco disociada a veces se pone a reír y no parece mantener la atención. Es pura emoción, comentamos que la madre también es muy de extremos. La vemos bastante desregulada y con mucha labilidad emocional. Carlota; La vemos muy fría en general y muy destructiva con ella misma.

5.4. Sesión 4 (16/11/2020)

Asisten: Agnés, Carlota, Maria, Anna y Silvia.

Empezamos recordándoles que una de las terapeutas no va a venir como ya avisamos el día pasado y que va a conectarse una chica nueva. Preguntamos a Agnés y Anna porque no se conectaron la semana pasada, ellas afirman haberse olvidado porque estaban haciendo cosas del instituto. Aprovechamos para comentar que en vista de que a veces cuesta un poco que todas se conecten cada día, hemos decidido pasarlo a presencial. Todas comentan que les da igual que les parece más cómodo desde casa porque así no se tienen que mover pero que si hay que hacerlo pues lo hacen. Fijamos que a partir de ahora será presencial en el CSMIJ.

Realizamos actividad de dibujar su propio escudo; cada una tiene que dibujar su escudo con todo aquello que crea que las identifica, desde cualidades a personas a aficiones, etc. Luego van a presentarlo y en consecuencia a ellas mismas a las demás participantes.

Carlota parece expresar entre risas problemas para definirse “nada me define, no sirvo para nah y no considero nada súper importante”, finalmente comenta que se definiría como una persona empática pero no sabe como plasmarlo, a lo que le proponemos que lo pregunto al resto para que entre todas le den ideas de como dibujarlo. Silvia se conecta cuando ya esta empezada la actividad. Se la explicamos y le proponemos que como ahora ya no le va a dar mucho tiempo, para el próximo día lo haga y lo traiga para explicarlo aquí. Además, le pedimos que se presenten todas de forma rápida y que ella haga lo mismo para que se conozcan un poco. “Tengo 15 años que tiene 2 hermanos y le gusta bailar, escuchar música y dormir”.

Carlota empieza presentando su escudo. Todas participan en adivinar un poco lo que es y Carlota va explicándolo. Aparece un dibujo de unas chicas con sus nombres, que simbolizan sus amigas porque son muy importantes para ella y porque es una persona amigable. También aparecen unos niños pequeños porque expresa que tiene mano para ellos y se querría dedicar. En otro espacio del escudo dibuja una bola de discoteca porque le gusta mucho salir de fiesta, momento en el que expresa que le gusta emborracharse y luego se pone a reír diciendo que olvidemos que lo ha dicho que su madre no lo sabe. Le expresamos que no pasa nada que puede explicarlo y dice entre risas “Me gusta ir al limite, un día de estos me voy a morir de un disgusto, mi madre quiere una princesa y yo de princesa no tengo nada”. Acaba su explicación del escudo con el dibujo de un abrazo porque es muy mimosa con quien ella quiere y con un corazón salido del pecho porque es muy empática “como que la gente me da su corazón para que lo entienda”.

Pasamos al escudo de Maria, donde Carlota al verlo adivina que hay un conejo porque le gustan los animales, una brocha porque le gusta pintar y es creativa y una bandera LGBT (Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transgénero) porque está dentro del colectivo o porque lo apoya a lo que Maria afirma que está dentro. Agnés participa también y dice que donde hay

un dibujo de un corazón es porque tiene buen corazón y donde hay un ojo llorando es porque es sensible.

Agnés explica su escudo, donde hay una luna y un sol que hacen referencia a ella y su mejor amiga que dicen que son como la noche y el día pero que están súper unidas, Carlota expresa que ella y su mejora amiga igual. Explica también que hay un libro porque le gusta leer y notas musicales porque le gusta la música.

Anna ha fragmentado su escudo en muchos trozos con dibujos; persona durmiendo, persona escuchando música, dos caras una feliz y una triste porque esta con frecuencia entre estas dos, el signo de no viario porque expresando sentirse identificada con ningún genero, un micro cerrado porque no le gusta hablar y una casa porque le gusta estar en casa. Cerramos la actividad expresándoles que lo han hecho súper bien y que ha servido para que ellas viesen que es para ellas lo que las identifica e importa y para conocernos un poco mas.

Intervención DBT en habilidades de consciencia plena. (Cerón & Mayoral, 2015).

Pasamos a la siguiente actividad donde hay una imagen de un cuadro de una mujer, pedimos que primero observen luego lo describan sin interpretarlo y finalmente intenten interpretar la emoción que creen que siente la mujer. Carlota expresa que cree que esta cansada o triste, Anna que parece que tenga u ataque de ansiedad por la manera en como se agarra la piel a lo que Carlota añade que ella se muerde cuando se siente así no se agarra la piel. Agnés cree que esta triste, Maria destrozada y Silvia como cansada y abatida.

Intervención DBT, “Estrategia de Validación” Transmitir confianza en su capacidad de cambio y fomentar sus fortalezas, reflejando de forma directa la

aceptación de los comportamientos, pensamientos y emociones del paciente (Roldán, Mayoral, Rech, 2015).

Para acabar les explicamos que el último espacio de la sesión es para que ellas expresen un poco como les ha ido la semana. *¿Habéis podido poner en practica lo que hemos trabajado en las pasadas sesiones de los estados de la mente, cual creéis que ha predominado?*

Carlota empieza explicando “esta semana me he sentido como una reina, me he juntado con gente con la que no me juntaba tanto, un grupo de chicos con los que me río mucho y no tengo que estar cuidando todo el rato como mi otro grupo de amigas, me he sentido bien conmigo misma y además me cuidan más”. Maria, explica “creo que he actuado mayormente con la emocional, he estado muy triste y he llorado mucho y sin motivo”. Preguntamos por lo que piensa en esos momentos, “siento que todo lo hago mal y me siento un desastre”. Preguntamos a las demás si la entienden y Carlota y Agnés expresan que si, sobretodo cuando les dijeron que tenían que repetir. Preguntamos a Maria si piensa así porque se lo han dicho o porque ella lo cree así. Explica que lo cree y se lo dicen a veces, a lo que la animamos a hacer una lista de cosas que hace bien y lo que le sienta bien. Explica que lo hizo, pero salían muchas más malas que buenas e intentamos que reflexione en que quizás depende del valor que se les da a las buenas y no tanto del número. Agnés, explica; he estado bastante bien, cuando repetí pensaba que no haría amigos y ahora me estoy empezando a llevar con los de la clase, además mi mejor amiga también repitió y eso me ayudó”. Anna expresa; “me cuesta mucho hablar de mí, y la semana no me ha ido muy bien. Me sentía mal, no quería ir a clase, siempre estoy llorando y me han dado muchos ataques de ansiedad”. Preguntamos si ha intentado equilibrar todo esto con poco de mente racional y confiesa que si pero que le cuesta mucho porque es muy cansado. Comentamos que no es una tarea fácil, y que a veces las emociones empañan toda nuestra la visión, y es normal y valido. Por último,

le hacemos un resumen a Silvia de los estados de la mente y le preguntamos como ha estado ella, ella expresa que más emocional, como triste y con pensamientos más bien negativos. Reforzamos todo lo expresado y lo recogemos de forma positiva, a lo que añadimos que es importante en momentos en los que estén mal que se recuerden a ellas mismas que nada es para siempre, que son malos momentos y que como todo, es temporal, hay que aceptarlo y obsérvalo sin anclarse a ello porque no es para siempre. Cerramos el grupo y al acabar, recordamos que la próxima sesión ya será presencial.

Post Sesión: Maria pide 5 minutos individuales para hablar, cuenta que lleva dos semanas sin comer ni ir al cole porque no se encuentra bien anímicamente y no tiene hambre. Animamos a ir a colegio y a cortar con este círculo a pesar de que sea duro.

5.5. Sesión 5 (23/11/2020)

Asisten: Maria y Agnés

Maria tiene sesión individual antes de urgencia porque fue ingresada el fin de semana por desnutrición y deshidratación. Seguía sin hambre y sin querer ir al cole. La madre nos explica que la han derivado a hospital de día y a la unidad de género de Sant Joan de Déu, donde van a empezar con el proceso de cambio de género y va a ir todos los días. Comentan que van a empezar a familiarizarse y preparase tanto hija como madre sobre el proceso, y que de hecho ahí ya la llaman solamente Rubén, pero a la madre aun le cuesta, expresa apoyarla con todo pero que necesita tiempo para acostumbrarse. Comentamos que deberá abandonar el grupo puesto que va a estar atendida desde hospital de día pero que mientras no entre al hospital puede seguir viniendo.

Intervención DBT en habilidades de consciencia plena, Mindfulness. La práctica hace referencia a estrategias para el autoconocimiento, la autoconciencia y la aceptación, basándose en técnicas de atención plena con meditación guiada (Cerón & Mayoral, 2015).

Empezamos con la primera sesión presencial explicando lo que es el *mindfulness*, sus bases teóricas por encima y maneras de practicarlo. Continuamos desglosando aquello que podemos encontrar en nuestra mente y el triangulo de la atención; los pensamientos, las sensaciones corporales y los estados de animo. Enfatizamos la importancia de identificar las tres cosas en la práctica del mindfulness y de intentar centrarse en el presente que son las sensaciones y emociones y dejar pasar los pensamientos que son anclaje del pasado y futuro. *Realizamos una pequeña práctica donde observamos nuestra mente y estos tres conceptos.* Al acabar comentamos como ha ido, Agnés explica; “me he centrado mucho en los ruidos

que había de fondo, he tenido sensación corporal de frío y al final no ha podido evitar ponerme a pensar en los deberes”. Maria “me siento muy cansada y casi me duermo”.

Continuamos hablando de las cuestiones prácticas para practicar el mindfulness en el día a día como la postura, lugar, etc. Para que prueban a practicarlo esta semana. *Finalmente acabamos la sesión realizando una práctica más larga y guiada con palabras.* Al acabar comentamos como se han sentido; Agnés explica “me ha costado más centrarme en las palabras que tenía que decir al inspirar y respirar que cuando me había centrado en el ruido, pero ha medida que pasaba el tiempo me sentía más relajada y desestresada, como emoción se sentía tranquila y la sensación corporal seguía siendo de frío”. Maria expresa “me siento muy cansada, se me hace imposible concentrarme, me relajó mucho, pero porque me estoy durmiendo”. Las terapeutas también participamos expresando nuestra experiencia y proponemos que lo practiquen para la siguiente sesión. Agnés explica que ella sabe de una app que tiene algunas que no están mal y la comparte con el resto. Cerramos sesión animándolas de nuevo a intentarlo ahora que les vienen épocas de exámenes.

Post Sesión: Comentamos que Agnés se ha mostrado mucho más participativa que el resto de sesiones, no sabemos si porque dominaba más sobre el tema del mindfulness o porque al no estar Carlota que acapara bastante y Maria bastante dormida se ha sentido más a gusto para participar. Hablamos de Anna y que su terapeuta individual nos ha comentado que está empeorando así que esta pendiente de hospital de día para una mayor contención.

5.6. Sesión 6 (30/11/2020)

Asisten: Carol, Silvia, Agnés.

Empezamos la sesión comentando que como pueden ver hay una chica nueva así que hacemos presentaciones y resumen rápido haciendo hincapié en el control de las emociones

que a veces nos sobrepasan. Preguntamos si les pasa a ellas y de que forma viven este descontrol hacia que emoción. Silvia y Agnés expresan que con tristeza mientras que Carol dice que con nervios y enfado.

Intervención DBT, buscando la línea media (Rathus, Campbell, Miller & Smith, 2015), “estrategias dialécticas”. Buscan modificar el pensamiento dicotómico, polarizado, de extremos, por un estilo dialéctico en el que, teniendo ambos polos en cuenta, se pueda alcanzar, a partir de ellos, una posición original, nueva.

Iniciamos el tema de hoy hablando sobre la dialéctica y la idea de que hay muchos puntos de vista en un mismo conflicto con los demás y con una misma. La técnica de los sombreros, de ponerse en el lugar del otro y la variedad de opciones en un mismo tema. Aceptar y trabajar con perspectivas opuestas y buscar una síntesis de ambas, esto reduce conflictos y acerca posturas. Comentamos maneras de desencallarse cuando estamos atascados en nuestro punto de vista; pensar que todo cambia, que el mundo no es blanco o negro, la importancia de recordar que no solamente no hay solo una forma de resolver un problema, sino que dos cosas opuestas pueden ser ambas verdad.

Creamos debate con diferentes dialécticas; Que los demás me lo resuelvan todo VS resolverlo yo todo; Forzar autonomía vs fomentar dependencia; Educación autoritaria vs condescendencia excesiva. Prefiero solucionarlo todo yo antes de que los demás me lo resuelvan todo” afirma Carol, el resto asiente e intentamos pensar en un equilibrio entre las dos posturas. Agnés explica que cree que su educación a sido mas autónoma y condescendiente, Silvia comenta que las suyas también, aunque ahora ya no tanto, sino que al revés que ahora están muy encima porque están mal.

Explicamos que el caso más habitual de una dialéctica son posturas opuestas que causan tensión entre los miembros de una familia. Preguntamos; *¿Qué temas creéis o veis que crean conflicto en casa porque padres e hijas piensan de forma opuesta?*

Carol dice la intimidad y Agnés el salir. Empezamos hablando del Salir y Agnés explica; yo quería salir más de lo que mi madre me deja, a veces me dice que si y luego que no, dependiendo del humor en el que se encuentre”. Las demás dicen que es un poco al revés que a veces les dicen que salgan y no se queden tanto en casa. Pasamos a hablar de la intimidad, Carol explica; “mi madre entra a la habitación sin picar ni nada y a veces me mira el móvil y eso no me gusta”. Preguntamos si siempre ha sido así, y responde que no. Indagamos en la idea de si lo relaciona con algo y que intente pensar que puede estar viendo o pensando su madre que la haga actuar así y cuenta “desde hace unas semanas que ya no, pero me autolesionaba y entonces ahora mi madre entra sin preguntar porque no se fía de mi”. Destacamos que es por un motivo en concreto, por una pérdida de confianza y que por tanto parece que es circunstancial y temporal hasta volver a recuperar la confianza. Exponemos más temas de polémica como son el tabaco, el alcohol o la comida y Silvia cuenta “yo el tabaco lo tengo prohibidísimo y el alcohol depende, mi madre si me deja un poco a veces, pero mi padre nada, la comida antes nada, pero ahora como tengo problemas pues sí”. Agnés explica que en su casa es al revés, “a veces tengo que decirle yo a mi madre que no, porque es un poco como una niña pequeña que viene con hamburguesas o pizza muy a menudo y no es sano”. Por último hablamos de si hay problemas con las tecnologías en casa, Agnés comenta que no porque saben que para clase y todo necesita siempre el móvil, pero el resto si expresa que a veces ha habido problemas porque lo usan mucho. Cerramos grupo pidiendo que, de deberes, en algún conflicto que tengan hagan el ejercicio de pensar 3 puntos de vista distintos a esa misma cosa.

Post Sesión: Carol que decía ser muy tímida se muestra bastante participativa. Parece tener mucha problemática con su madre. Agnés sigue muy participativa, ahora que no están Carlota y Maria que acaparaban más. Carlota ingreso de fin de semana, terapia individual esta valorando si dejarla en grupo o no. Hablamos de que le iba bien y se mostraba muy participativa y a gusto.

6. Reflexiones finales

Una vez finalizadas las 6 sesiones analizadas en este estudio, considero que puedo extraer una serie de reflexiones:

En primer lugar, es importante contextualizar que el estudio recoge solamente las 6 primeras sesiones de esta terapia que pretende durar hasta el final del curso académico, trabajando así otros bloques y reforzando los estudiados. Es por eso que es complicado extraer conclusiones, lo optimo seria seguir estudiando toda la terapia para ver cambios significativos en las pacientes y la dinámica del grupo. Se le añade a esta limitación, que en el estudio solo participan chicas adolescentes y no chicos por lo que no se pueden realizar generalizaciones de sexo, pero si sería interesante seguir estudiando el porqué de esto, ya que fueron seleccionados varios pacientes, pero rechazaron la terapia.

En segundo lugar, considero que uno de los puntos débiles de esta terapia ha sido la inestabilidad del setting. En un inicio se estableció que fuese online por prescripción del gobierno y posteriormente se pasó a presencial. De la misma forma, al ser un grupo abierto, iban entrando participantes nuevas cada sesión, además de que varias han tenido que abandonarlo porque han necesitado unos recursos más intensivos como son el Hospital de Día. Si todo es tan cambiante no se consigue crear un enganche al grupo porque se percibe como un caos. Todos estos factores, son esenciales, para crear una buena alianza y cohesión de grupo y más en la fase inicial que es la más susceptible al abandono (Lossa, 2015). La

alianza terapéutica está estrechamente relacionada con la adherencia al tratamiento, conllevando a que una alianza y cohesión de grupo débil, conduce a menudo a un abandono temprano del tratamiento, aspecto que puede dar respuesta a la falta de asistencia de las participantes del estudio a las sesiones de grupo al mismo tiempo que considero que se convirtió en una limitación para el éxito de la terapia.

En la misma línea y como dificultad extra, hay que tener cuenta la patología en la que se centra este grupo donde predominan los rasgos TLP, que presentan mayores índices de deserción (Piero, Cairo, & Ferrero, 2013). Es por esto que considero que los factores de cohesión y confianza grupal, necesarios en este tipo terapia, no estarían conseguidos al inicio del programa, raíz de la inestabilidad del setting y de no haber dedicado más sesiones solamente a cohesionar el grupo en vez de empezar tan pronto con las habilidades a trabajar, a lo que recomendaría dar más espacio en futuras terapias.

Referente a los aspectos relacionados con la terapia DBT, he podido observar como el modelo está bien valorado por las participantes, y como a lo largo de las sesiones van introduciendo conceptos trabajados en anteriores sesiones. De la misma forma, podemos afirmar que al menos durante este periodo de la terapia las participantes no han cometido ningún comportamiento dañino hacia ellas mismas que antes sí realizaban (autolesiones, vómitos auto inducidos) pero si se han mantenido crisis de ansiedad y episodios de mucho malestar que han derivado en algunos casos en un cambio de recurso hospitalario.

Es importante recalcar que a pesar de que la intervención estuviese basada en la DBT, la metodología no era exactamente la misma, aspecto que considero puede ser relevante. La DBT permite que los pacientes utilicen el *coaching* telefónico para fomentar y generalizar el uso de habilidades que se están aprendiendo en sesión, en la vida cotidiana. Busca brindar la ayuda necesaria durante los periodos de crisis, incrementando la posibilidad de que el

paciente repita conductas más adaptativas. Por otro lado, también introduce un entrenamiento semanal en mindfulness de 10 minutos en cada sesión, por lo que a pesar de que lo hayamos trabajado en el grupo, no se ha creado un entrenamiento progresivo y a largo plazo como se especifica en la DBT. Por último, incluye el grupo de habilidades para padres que ofrece la posibilidad de trabajar directamente con el entorno más significativo del adolescente. Toda esta contención extra, sumada a la frecuencia de las sesiones individuales que deberían de ser semanales y en este caso son más espaciadas, no está presente en el grupo por falta de recursos del servicio público, lo cual dificulta y aleja mucho del método de la DBT. Sería importante calibrar si son esenciales para el éxito del grupo, intentar neutralizarlos de alguna forma o sino replantearse el enfoque para no estar siguiendo una guía poco realista a los medios que se tienen.

En conclusión y a modo de reflexión personal, soy consciente de que queda mucha terapia por delante por lo que es complicado sacar conclusiones, sin embargo, pienso que al ser la primera vez que se hace el formato DBT en el CSMIJ de Cornellà, mi estudio puede ser un resumen de limitaciones y recomendaciones que podrían beneficiar a la terapia para un futuro como, por ejemplo, encuadrar bien el setting, introducir un módulo inicial de cohesión de grupo, etc. Por otro lado, considero que, en cuanto a la intervención Dialéctica conductual, he podido aprender su funcionamiento, al mismo tiempo que de qué manera se trabaja con pacientes adolescentes y con rasgos TLP. No obstante, he podido observar que tanto en la etapa vital de la adolescencia como en los pacientes con tendencias TLP, las mejoras psicológicas son lentas y requieren la paciencia y constancia del grupo y terapeuta. Por último, comentar la importancia que he podido comprobar que tiene dedicar recursos psicológicos a la infancia y adolescencia como es el caso de este grupo, donde estos rasgos TLP pueden ir estabilizándose y trabajando en herramientas que pueden ser imprescindibles

para en un futuro no desarrollar el trastorno y poder mejorar su calidad de vida de la misma forma que disminuir el malestar.

7. Referencias

- Botella, C., Baños, R., García-Palacios, A., Quero, S., Guillén, V. y Marco, H.J. (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *Uocpapers*, 4, 32-41.
- Cerón, B., y Mayoral, M. (2015). *'Mindfulness' y su aplicación en el programa ATraPA*. En Delgado, C. (Eds.), *Atrapa: Acciones para el tratamiento de la personalidad en la adolescencia* (pp. 171- 177). Madrid: Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBER).
- Delgado, C. (2015). *Atrapa: Acciones para el tratamiento de la personalidad en la adolescencia*. Madrid: Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBER).
- Domènech, E (2019). Trastorno Límite de la Personalidad: Revisión Sistemática de las Intervenciones: TLP: Comparación de tratamientos. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 197-212. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.274>
- Elices, M., y Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 1(3), 132-152.
- Flujas-Contreras, J., Ruiz-Castañeda, D., Botella, C. y Gómez, I. (2017). Un programa de bienestar emocional basado en Realidad Virtual y Terapia Online para enfermedades crónicas en infancia y adolescencia: La Academia Espacial. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(3), 17-25.

- James, A. C., Winmill, L., Anderson, C. y Alfoadari, K. (2011). A preliminary study of an extension of a community dialectic behaviour therapy (DBT) programme to adolescents in the looked after care system. *Child and Adolescent Mental Health, 16*(1), 9-13.
- Kazdin, A. E. y Blase, S. L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on psychological science, 6*(1), 21-37.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q. y Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior therapy, 32*(2), 371-390.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorders*. Guilford Press, New York, NY.
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, Guilford Press.
- Linehan, M. (2015). *DBT® skills training manual* (2nd ed.). Guilford Press.
- Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry, 48*(12), 1060-1064.
- Lossa, L. (2015). *Terapia Dialéctica Conductual Grupal en el Trastorno Límite de la Personalidad: Apago, Alianza Terapéutica y Mejora Sintomática* (Doctoral dissertation, Universitat Ramon Llull).
- Martínez, M. (2016). Gestion@. Programa psicoeducativo en línea para niños con elevada sensibilidad a la ansiedad. Comunicación presentada en el II International Congress of Clinical and Health Psychology with Children and Adolescents, Barcelona, España.

- Mayoral, M. (2015). El grupo de habilidades. *Ejemplos de presentaciones, ficha diaria y tarea para casa*. En Delgado, C. (Eds.), *Atrapa: Acciones para el tratamiento de la personalidad en la adolescencia* (pp. 77- 131). Madrid: Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (*CIBER*).
- Miller, A., Rathus, J. y Linehan, M. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*: New York: Guilford Press.
- Mollà, L., Vila, S. B., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., Pérez, V. y Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 51-61. doi: 10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14408
- Padilla, D., Martínez, N., Espín, J. C., y Jiménez, M. Á. (2017). El tratamiento grupal de adolescentes con trastornos graves de la personalidad: Una aproximación contextual. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 349-378. doi: 10.4321/S0211-57352017000200003
- Piero, A., Cairo, E. y Ferrero, A. (2013). Dimensiones de la personalidad y alianza terapéutica en individuos con trastorno límite de la personalidad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(1) 17-25. doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.04.005
- Rathus, J., Campbell, B., Miller, A. y Smith, H. (2015). Treatment acceptability study of walking the middle path, a new DBT skills module for adolescents and their families. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 163-178.
- Roldán, L., Mayoral, M., Rech, M. (2015). *Fundamentos y estrategias en la terapia dialéctico-conductual y su aplicación en el programa ATraPA*. En Delgado, C. (Eds.),

- Atrapa: Acciones para el tratamiento de la personalidad en la adolescencia (pp. 37-47). Madrid: Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (*CIBER*).
- Selmi, P. M., Klein, M. H., Greist, J. H., Sorrell, S. P. y Erdman, H. P. (1990). Computer-administered cognitive-behavioral therapy for depression. *The American Journal of Psychiatry* 147(1), 51–56. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.1.51>
- Sesma Pardo, E. (2017). Análisis del discurso de un grupo de adolescentes con trastorno de conducta tras haber participado en el entrenamiento en Habilidades Psicosociales de Terapia Dialéctica Conductual: una investigación. (Tesis Doctoral, Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea) Recuperado de; <http://hdl.handle.net/10810/27603>
- Silk, J. S., Siegle, G. J., Whalen, D. J., Ostapenko, L. J., Ladouceur, C. D. y Dahl, R. E. (2009). Pubertal changes in emotional information processing: Pupillary, behavioral, and subjective evidence during emotional word identification. *Development and psychopathology*, 21(1), 7.
- Soto-Pérez, F., Franco Martín, M. Á., Monardes Seemann, C. y Jiménez Gómez, F. (2010). Internet y psicología clínica: Revisión de las ciber-terapias.
- Soler, J., Eliges, M. y Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 35-49
- Steinberg, L., Blatt Eisengart, I. y Cauffman, E. (2006). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful homes: A replication in a sample of serious juvenile offenders. *Journal of research on adolescence*, 16(1), 47-58.

8. Declaración de autoría

Estudiante: Clara Bonmatí Cugat

“Declaro que este trabajo es original y ha estado realizado por mi misma, sin haber usado otras fuentes o ayudas diferentes a las referenciadas. He señalado la procedencia de los fragmentos literales, o de contenido, que he tomado de terceros.

Referencia: Ruipérez y García-Cabrero (2016). Plagio e integridad académica en Alemania. *Revista Comunicar*, 48, 9-17.

Firma estudiante

Clara Bonmatí Cugat