

Fundación  
Alicia Koplowitz



# ATRAPA

ACCIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA  
PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Adaptación de la terapia dialéctico-conductual  
para el tratamiento ambulatorio intensivo de la inestabilidad emocional grave  
y el trastorno de la personalidad límite en la adolescencia

Fundación  
**Alicia Koplowitz**

Con el aval científico de la Asociación Española de Psiquiatría  
del Niño y el Adolescente (AEPNYA)



**Asociación Española de  
Psiquiatría del Niño  
Y del Adolescente**

©Centro Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBER).

Ilustraciones: Pablo Santamaría.

Diseño: Angélica Sáenz de Ormijana.

Edición de textos: Puri Ruiz.

Impresión: Origen Gráfico.

ISBN: 978-84-606-8374-2

Depósito Legal: M-18759-2015

# PROGRAMA ATRAPA

*Acciones para el Tratamiento  
de la Personalidad en la Adolescencia*

Adaptación de la terapia dialéctico-conductual para el tratamiento ambulatorio intensivo de la inestabilidad emocional grave y el trastorno de la personalidad límite en la adolescencia

*Carlos Delgado*

Editor

**Colaboradores:**

*María Mayoral*

*Ana Espliego*

*Lucía Torres*

*Begoña Cerón*

*Laura Roldán*

*Ana Calvo*

*Lara Kehrmann*

*Elisa Rodríguez*

*María Reche*



# SUMARIO

<b>Prefacio</b> .....	7
<i>Celso Arango</i>	
<b>Introducción</b> .....	11
<i>Carlos Delgado</i>	
<b>Glosario de abreviaturas y acrónimos</b> .....	17
<b>• Capítulo 1 •</b>	
De la inestabilidad en las emociones al trastorno de la personalidad límite.....	21
<i>Carlos Delgado</i>	
<b>• Capítulo 2 •</b>	
Fundamentos y estrategias en la terapia dialéctico-conductual y su aplicación en el programa ATrapa .....	37
<i>Laura Roldán, María Mayoral, María Reche</i>	
<b>• Capítulo 3 •</b>	
Psicoterapia individual dialéctico-conductual (TDC) y su aplicación en el programa ATrapa.....	49
<i>Ana Espliego</i>	
<b>• Capítulo 4 •</b>	
El grupo de habilidades. Ejemplos de presentaciones, ficha diaria y tareas para casa.....	77
<i>María Mayoral</i>	
<b>• Capítulo 5 •</b>	
Terapia a distancia en TDC y en ATrapa.....	133
<i>Carlos Delgado</i>	
<b>• Capítulo 6 •</b>	
El lugar de la familia en la terapia dialéctico-conductual (TDC) y en ATrapa .....	143
<i>Lucía Torres, Elisa Rodríguez, María Mayoral, Carlos Delgado</i>	
<b>• Capítulo 7 •</b>	
Grupo de terapeutas de ATrapa .....	163
<i>Ana Calvo, Lara Kehrmann, María Mayoral</i>	
<b>• Capítulo 8 •</b>	
Mindfulness y su aplicación en el programa ATrapa .....	171
<i>Begoña Cerón, María Mayoral</i>	



# *Prefacio*

*Celso Arango*



Pocos campos hay más complejos y que a la vez supongan un mayor reto que el de los trastornos de la personalidad en la adolescencia. Si algo hemos aprendido en las últimas décadas de investigación en salud mental es el valor de detectar e intervenir en los primeros estadios de los trastornos mentales para modificar el curso de los mismos. La idea de que no se puede realizar un diagnóstico de personalidad hasta los 18 años (edad tan arbitraria como mágica) no debe permitir que perdamos la oportunidad de realizar intervenciones que son más eficientes cuando se llevan a cabo precisamente durante la génesis de los mismos. Uno de los principales objetivos del Centro de Investigación Biomédica en Red en el área de Salud Mental (CIBERSAM) es difundir el conocimiento existente sobre terapias eficientes para personas con trastornos mentales. El trasladar a la clínica y difundir terapias satisfactorias, aún más cuando son para población especialmente vulnerable como los adolescentes y para trastornos para los que son pocos los tratamientos eficaces, está entre las principales líneas estratégicas del CIBERSAM.

El suicidio es la segunda causa de muerte en la adolescencia. En la inmensa mayoría de las ocasiones está directamente causado por un trastorno mental y en muchos casos este trastorno mental está relacionado con un trastorno de la personalidad. Los pocos trabajos realizados sobre la eficacia de distintas intervenciones terapéuticas en adolescentes con inestabilidad emocional grave y trastorno de la personalidad límite demuestran que la terapia dialéctico-conductual es una de las piedras angulares del tratamiento de esta población. A pesar de ello, la aplica-

ción de esta técnica para adolescentes no está establecida en la mayor parte de los servicios clínicos de nuestro país.

En este libro, que cuenta con el aval científico de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA), se plasma el trabajo que desde el año 2009 se lleva a cabo en el programa ATraPA con adolescentes con alta inestabilidad emocional y sus familias. Es esta una población para la que es difícil ofrecer terapias integradas en el sistema público de salud. Probablemente por ello los tratamientos para este grupo de adolescentes y sus familias han supuesto tradicionalmente una necesidad no cubierta. La formación, experiencia clínica, interés y, por qué no, valentía, lleva a un especialista como el Dr. Delgado a crear este programa. Para poder desarrollar un programa como ATraPA hay que tener además serenidad, temple y estar dispuesto a trabajar en la cuerda floja. Lo cómodo es no hacerlo. Los objetivos inicialmente marcados por el Dr. Delgado y su equipo se han cumplido con creces y la cantidad de menores y familias que se han beneficiado de este programa ha sido muy importante. Llega ahora el momento de compartir con el resto de la comunidad clínica una experiencia que puede exportarse a muchos dispositivos de la psiquiatría del niño y del adolescente de nuestro país.

El libro está escrito para los distintos profesionales de la salud mental infanto-juvenil que trabajan con menores con trastornos de personalidad, sobre todo para los que lo hacen con menores con trastorno de la personalidad límite y alto riesgo de suicidio. La adaptación del trabajo de los creadores de esta técnica como son los Drs. Marsha Linehan y Alec Miller, y su aplicación a población adolescente y a nuestro contexto se realiza en este manual con un magistral ejercicio de docencia práctica. Todos los detalles relacionados con la aplicación de esta intervención a nuestro medio como el trabajo con las familias, las intervenciones individuales y grupales, los problemas que pueden surgir en el trabajo clínico diario, el uso de nuevas tecnologías, etc., se explican de forma que se facilita al máximo la importación del mismo por otros centros. Los casos clínicos no solo amenizan la lectura del libro, sino que son claros ejemplos de cómo llevar a la práctica las nociones que se imparten en él.

La persona que ha hecho posible este manual es sin duda el Dr. Carlos Delgado. Durante estos últimos años he tenido la oportunidad de trabajar con el Dr. Delgado de forma muy cercana. Este libro no es más que un fiel reflejo de la pasión por el trabajo que realiza y la profesionalidad con la que lo lleva a cabo. De él he aprendido mucho en el quehacer diario y

por ello le estoy enormemente agradecido. Es un lujo poder compartir el trabajo diario con una persona que tiene una enorme facilidad para algo tan difícil como integrar el conocimiento que se va generando sobre algo y traducirlo en un mejor trato para sus pacientes. Uno de sus mayores aciertos ha sido el rodearse de un excelente equipo de profesionales que dedican su trabajo, y muchas horas fuera del mismo, a asegurarse de que el programa da soluciones de forma flexible a las necesidades que tienen las personas que se benefician del mismo. Lo primero que hacen es aplicarse a sí mismos los fundamentos del programa en el que trabajan. Excelente fórmula. Por último, la mejora continua, el uso de las nuevas tecnologías, el trabajo en equipo, el mimo por la continuidad de cuidados, la autocrítica y la formación de sus profesionales aseguran la excelencia en la calidad del trabajo realizado por este equipo.

Este libro se ha escrito gracias a la generosidad de la Fundación Alicia Koplowitz, que ha financiado su publicación y ha hecho posible que se pueda distribuir de forma gratuita a todas las personas que se puedan beneficiar del mismo. No puedo terminar sin agradecer a esta Fundación su entrega continua por el mundo de los niños y adolescentes más desfavorecidos. Este libro no es más que una muestra más de ello.

*Celso Arango*  
*Jefe Servicio Psiquiatría del Niño y del Adolescente.*  
*Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*  
*Director Científico CIBERSAM*  
*[www.hggm.es/ua](http://www.hggm.es/ua) @PsiqInfantil*  
*[www.cibersam.es](http://www.cibersam.es) @CIBER\_SAM*

.....



# *Introducción*

*Carlos Delgado*



La adolescencia se puede describir como un proceso universal de cambio con implicaciones biológicas, psicológicas y sociales cuya finalidad es alcanzar un nivel suficiente de autonomía personal (capacidad de valerse por uno mismo) y lograr madurez sexual. Es posible que para alcanzar estos hitos sea necesario alcanzar cierto grado de estabilidad en el desarrollo de un sentimiento de identidad (“quién soy”, “quién no soy”, “hacia dónde quiero dirigirme”) tanto en lo personal como en lo social.

Los cambios biológicos en esa edad pueden ser tan visibles como el crecimiento o el cambio de voz, y tan invisibles como los cambios madurativos cerebrales. Por cambios psicológicos entendemos fundamentalmente la aceptación de los cambios corporales y sus limitaciones (duelo de la omnipotencia infantil) así como el deseo sexual asociado a búsqueda de satisfacción. Los cambios en lo social varían mucho de unos grupos sociales a otros. Los cambios de mayor importancia son los referidos a la desvinculación progresiva de los padres. Estos cambios deberán ser reconocidos, tolerados y, en su caso, validados por el entorno.

Más de la mitad de los adolescentes en el mundo occidental sobrepasan esa etapa sin malestar significativo, y los cambios se van integrando de forma razonablemente armónica. Pero para el resto el proceso pasa por etapas de mayor o menor inestabilidad que pueden, en muchos de ellos, llegar a ser clínicamente significativas. Nos referimos a adolescentes con sintomatología muy variable: hipersensibles a las experiencias de soledad y abandono, impulsividad que los lleva a comportamientos

violentos de forma repetida, suicidabilidad... Dicha sintomatología se manifiesta con deseos de morirse, de matar, de matarse o todos ellos. Se provocan autoagresiones como forma de aliviar el malestar provocado por la sensación de dolor emocional o de vacío; sufren fuertes emociones negativas como rabia, vergüenza o miedo; inestabilidad en las relaciones sociales asociada a dificultad para mantener un sentido estable de quiénes son (*self*) y cómo sienten su entorno. Con frecuencia, a ello se añade, antes o después, el consumo de cannabis, alcohol y otras sustancias con patrones de uso característicos, que dificulta mucho el abordaje clínico de estas adolescencias inestables, turbulentas y/o patológicas.

Se calcula que un 2-3% de los adolescentes alcanzan los criterios estables de trastorno de la personalidad límite señalados en el Manual de Diagnóstico de Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana DSM5 —criterios de trastorno de la personalidad unido a 5 ó más ítems de trastorno específico de personalidad tipo límite (TPL) <sup>(1-6)</sup>—. El porcentaje de adolescentes que presenta cuadros clínicos parciales, subumbrales —aquellos que cumplen solo 3 ó 4 de los criterios diagnósticos de TPL— es mucho más elevado. Por ejemplo, en una amplia población de estudiantes alemanes de instituto en estudios realizados mediante encuesta —en la que es previsible cierta ocultación— el 6-7% de los adolescentes de 15 años reconoció haberse autoagredido, al menos una vez, en los últimos 12 meses. De ellos, dos tercios lo hizo mediante cortes, y el tercio restante, con sobredosis <sup>(7)</sup>. El sufrimiento emocional subjetivo de adolescentes y familias y las tasas de intento de suicidio una o más veces, así como el suicidio consumado —10% a lo largo de la vida entre los pacientes diagnosticados de Trastorno de Personalidad Límite— no permiten minimizar el problema. Cada año, en EE UU, 1 de cada 5 adolescentes ha considerado seriamente suicidarse, el 15% tiene planificaciones estructuradas y entre el 5 y el 8% lo intenta <sup>(8)</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta acerca de que el suicidio es, tras los accidentes, la principal causa de muerte en la adolescencia.

Cada vez más, vemos a los padres afrontar la adolescencia de sus hijos con ansiedad. Cuando aparecen dificultades, la pregunta más frecuente que se hacen es si *eso* es parte de la adolescencia o es patológico, y la respuesta casi nunca es fácil.

En la valoración —y posiblemente en el curso— de esos cuadros clínicos de turbulencia emocional grave son importantes no solo la conducta y los síntomas que pueda presentar el adolescente, sino también

la tolerancia y respuesta del entorno —fundamentalmente, la familia— ante dicha conducta. Hoy en día manejamos un modelo de vulnerabilidad-estrés para comprender buena parte de los trastornos psiquiátricos. Ese modelo también es válido para el proceso de la adolescencia tanto inestable como patológica.

Poniendo la mirada en las emociones y el control de los impulsos podemos trazar una línea continua que vaya desde una hipotética adolescencia estable hasta una adolescencia emocionalmente caótica. En este último extremo tendremos el llamado trastorno de la personalidad límite (TPL) y, antes de él, los infinitos niveles de inestabilidad emocional que pueden abarcar desde una adolescencia con periodos de cierta inestabilidad a casos graves que, sin cumplir todos los criterios para el diagnóstico de TPL, generan gran sufrimiento en pacientes y familias. Podemos considerar, en ese sentido, el trastorno de la personalidad límite como un trastorno por gravísima inestabilidad emocional. Es posible que, en estos pacientes con TPL, las dificultades para alcanzar un sentimiento de identidad personal y social se deban a dicha inestabilidad en sus emociones.

Por otra parte estabilidad/inestabilidad de las emociones, sentimiento de identidad, etc., son criterios dinámicos, dependen del momento y no es fácil saber, cuando valoramos clínicamente a un adolescente concreto, si estamos ya en el ojo del huracán o ante los pródromos de un trastorno que con el paso de los años se irá agravando.

El profesional de salud mental (psicólogo, psiquiatra) afronta estos problemas desde una valoración cuantitativa del problema por los datos que aporta el adolescente y su entorno (familiares, educadores, etc.) y, de forma intuitiva, evalúa el grado de inestabilidad, riesgos previsible y el sufrimiento del adolescente y familiares. Con esos datos debe decidir acerca de la necesidad o no de tratamiento y, en caso afirmativo, la modalidad más adecuada —tipo de tratamiento, necesidad de realizarlo con mayor o menor estructura externa, etc.—. Estas variables las podemos agrupar en el concepto de ‘nivel de intensidad terapéutica’: el encuadre necesario para que el tratamiento más adecuado pueda realizarse.

ATraPA (Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia) es un programa asistencial específico para el estudio y tratamiento de adolescentes con alta inestabilidad emocional y trastorno de la personalidad límite que nació en el año 2009 dentro del equipo

del servicio de psiquiatría del niño y el adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) de Madrid (España) con el objetivo de poder reflexionar sobre estos dilemas e intentar orientar la indicación clínica más adecuada para estos adolescentes y familias y, asimismo, poder avanzar en el conocimiento de la estabilidad e inestabilidad de las emociones en esa etapa de la vida.

En este libro se presentan los fundamentos teóricos y el material utilizado para el tratamiento ambulatorio intensivo (TAI) de adolescentes con inestabilidad emocional grave en el programa ATraPA. Este material es el resultado de la adaptación de la terapia dialéctico-conductual, original de la Dra. Marsha Linehan y revisada para población adolescente norteamericana por el Dr. Alec Miller.

En ATraPA hemos intentado adaptar el modelo de la terapia dialéctico-conductual —y los materiales que precisa, como fichas, presentaciones, acrónimos, etc.— para población adolescente, preferentemente española y para ser utilizada en un contexto de sanidad pública.

Esperamos con ello facilitar el acceso a este tratamiento a un buen número de adolescentes que sufren de inestabilidad emocional grave y acercar a los profesionales de la salud mental nuestra propuesta de encuadre terapéutico en TDC, así como estos materiales utilizados por nosotros.

.....

.....

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bernstein D. P., Cohen P., Velez C. N., Schwab-Stone M, Siever L. J., Shinsato L., *Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents*, Am J Psychiatry, 1993; 150 (8): 1237-43.
2. Bradley R., Zittel Conklin C., Westen D., *The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes*, J Child Psychol Psychiatry, 2005; 46 (9): 1006-19.
3. Chanen A. M., Jackson H. J., McGorry P. D., Allot K. A., Clarkson V., Yuen H. P., *Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients*, J Pers Disord, 2004; 18 (6): 526-41.
4. Zanarini M. C., Frankenburg F. R., Vujanovic A. A., Hennen J., Reich D. B., Silk K. R., *Axis II comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year course and prediction to time-to-remission*, Acta Psychiatr Scand, 2004; 110 (6): 416-20.
5. Miller A. L., Muehlenkamp J. J., Jacobson C. M., *Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents*, Clin Psychol Rev, 2008; 28 (6): 969-81.
6. Leung S. W., Leung F., *Construct validity and prevalence rate of borderline personality disorder among Chinese adolescents*, J Pers Disord, 2009; 23 (5): 494-513.
7. Brunner R., Parzer P., Haffner J., Steen R., Roos J., Klett M. et al., *Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents*, Arch Pediatr Adolesc Med, 2007; 161 (7): 641-9.
8. Gould M. S., Greenberg T., Velting D. M., Shaffer D., *Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years*, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2003; 42 (4): 386-405.

.....



## GLOSARIO

**ACT:** Terapia cognitivo-analítica.

**AEPNYA:** Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

**ATraPA:** Acciones para el **T**ratamiento de la **P**ersonalidad en la **A**dolescencia.

**Burnout:** Terapeuta agotado.

**CCEE:** Consultas externas.

**CIBERSAM:** Centro de Investigación en Red de Salud Mental.

**CIE10:** Clasificación internacional de enfermedades, décima versión, (correspondiente a la versión en español de (en inglés) ICD, siglas de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*).

**CSM:** Centro de salud mental.

**DBT:** *Dialectical Behavior Therapy*.

**DSM5:** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM). 5ª edición.

**HGUGM:** Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

**MBT:** Terapia basada en la mentalización.

**SFT :** Terapia basada en esquemas.

**TAI:** Tratamiento ambulatorio intensivo.

**TDC:** Terapia dialéctico-conductual (DBT en inglés).

**TFP:** Terapia focalizada en la transferencia.

**TPL:** Trastorno de la personalidad límite (antes TLP, trastorno límite de la personalidad).

**TPL subumbrales:** Aquellos que cumplen solo 3 ó 4 de los criterios diagnósticos de TLP.

**UMERP:** Unidad de Menores en Riesgo Psíquico.

## ACRÓNIMOS DE ATRAPA

**CAPACES:** Comparaciones, Ayudar a los demás, Pensar en otra cosa, Actividades distractoras, Cortar con la situación negativa, Emoción opuesta, Sensaciones intensas.

**CORRE:** Conseguir alcanzar nuestros Objetivos, Efectividad de la Relación, Construir o mantener una buena relación, Efectividad en cuanto al REspeto personal, mantener o mejorar las buenas sensaciones con respecto a uno mismo.

**DECIR PAN:** Describe, Expresa, ComunIca, Refuerza, mantén la Posición (estrategias para mantener la posición: batir el récord, ignorar), Aparenta y muestra seguridad en ti mismo, Negocia.

**VISA:** Valida, Interésate, sé Simpático y Agradable.

**SIN PRINCIPIOS NO HAY JUSTICIA:** SINceridad, PRINCIPIOS, NO disculparse por sistema, ser JUSTO.

**¡CUÍDENSE Y SEAN POSITIVOS!** CUÍdate si estás enfermo, Drogas no, Ejercicio habitual, Nutrición sana, SuEño, sé POSITIVO.

**MODERA:** Mírate, Observa la emoción, Describe, Experimenta la emoción, Recuerda, Acepta tus emociones.

**I-SORPRESA-VACACIONES:** Imaginación, Sentido, Oración, Relajación, PREsente, Ánimo, VACACIONES.





## *De la inestabilidad en las emociones al trastorno de la personalidad límite*

*Carlos Delgado*

.....

### ACERCA DE LAS EMOCIONES Y LA ADOLESCENCIA

En ATraPA trabajamos con adolescentes con alta inestabilidad emocional y con sus familias, por lo que una reflexión en torno a las emociones nos parece importante: cómo se generan estas, qué sentido tienen y cuál es su efecto.

Los estímulos que percibimos, internos o externos, nos evocan imágenes cargadas emocionalmente de las que podemos o no ser conscientes. Este dúo percepción-emoción se traduce en sentimientos, sensaciones y pensamientos.

Las emociones son fundamentales para la supervivencia y, en general, permiten actuar de forma inteligente, independientemente de la capacidad de cada individuo. Las emociones están presentes a lo largo de toda la vida, pero es en la adolescencia cuando, por diversos motivos como el neurodesarrollo, los cambios hormonales, los retos sociales, etc., se hacen más evidentes.

Desde un punto de vista filogenético<sup>(1)</sup> hay tres etapas en la aparición de la respuesta emocional.

- La primera más básica y universal, presente en cualquier animal, la podemos llamar *etapa del miedo*. Sin ella, la vida está comprometida. Es posible que la expresión de ese miedo sean respuestas reflejas: tanto el ataque como la ira irreflexiva o la huida impulsiva.

- La segunda etapa también asienta sobre la necesidad de supervivencia, es propia de animales de sangre caliente y aparece con el cuidado parental, la crianza y el vínculo. Ese avance filogenético que va a permitir un mayor neurodesarrollo y aprendizaje tiene el inconveniente de la aparición de un nuevo tipo de miedo: el miedo al abandono, la pérdida, el desapego y, en fases más evolucionadas, el miedo a la pérdida de amor, aspecto central en el psiquismo del adolescente inestable y de los pacientes con trastorno de la personalidad límite.
- La tercera lleva implícito el desarrollo de capacidad simbólica de la que el lenguaje es su principal expresión. El lenguaje nos da la capacidad de anticipar, crear fantasías, transmitir pensamientos y también de engañarnos a nosotros mismos y mentir a otros.

Así, respecto a las emociones, el ser humano ha ido evolucionando desde la más primaria (acción sin pensamiento: huida, ira) a la más compleja, la razón (pensamiento/sentimiento y palabra): huida con conciencia, amor, sorpresa, pena, asco, etc. Neurodesarrollo y vivencia de las emociones están ligadas y también lo están la capacidad de representarnos el cuerpo mentalmente, la capacidad para desarrollar un sentido estable de la identidad, la reacción ante expresiones faciales y gestos con sus consecuencias en la sensibilidad social. Todas ellas están muy alteradas en los pacientes con TPL. Desde el punto de vista de las emociones, podemos establecer un espectro en el proceso de la adolescencia, que iría desde la adolescencia más estable hasta la emocionalmente más inestable y desregulada, lo que denominamos *trastorno de la personalidad límite*.

La línea entre adolescencia turbulenta y trastorno límite es muy difusa. Las diferencias entre ambas es cuantitativa, en lo que se refiere al grado de inestabilidad emocional o a sus consecuencias, como los episodios de ira o la inestabilidad en las relaciones sociales. Aunque autores como Otto Kernberg postulan una diferencia cualitativa y patognomónica del paciente con trastorno de la personalidad límite (lo que él llama *síndrome de difusión de identidad*), Linehan y otros autores consideran que ese síndrome sería secundario a la propia desregulación emocional.

En cualquier caso, el objetivo es tratar a adolescentes emocionalmente inestables con la expectativa de ayudarles a reconocer su forma de ser y sentir, y que ese conocimiento los refuerce para tomar decisiones adecuadas tanto en lo personal como en lo social. Esto, junto

con el aprendizaje de nuevas habilidades, rebajará la vulnerabilidad y, con ello, la turbulencia emocional. Es imprescindible trabajar también con el entorno más cercano al adolescente, su familia, hacerla más permeable y emocionalmente empática y validante, tanto para los problemas que hubo en el pasado como para los que siguen ocurriendo en el presente. Es importante motivar a unos y otros para que pongan en marcha las nuevas estrategias que irán aprendiendo a lo largo del tratamiento. Miller sostiene que incluso el tratamiento adecuado podría prevenir el desarrollo del trastorno <sup>(2)</sup>. Es difícil saberlo pero, en cualquier caso, les ayudará, a unos, a salir del problema; a otros, a hacerlo más llevadero y, por fin, en el peor de los casos, a los más graves les preparará para cuando lleguen mayores inestabilidades.

## **DE LA NEUROBIOLOGÍA DE LAS EMOCIONES AL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD. DE LA TEORÍA DEL MARCADOR SOMÁTICO DE ANTONIO DAMASIO A LA TEORÍA BIOSOCIAL DE MARSHA LINEHAN**

Antonio Damasio, en su libro *El error de Descartes*, aborda varios temas relacionados con emociones y neurobiología que nos permiten vislumbrar la situación que viven los adolescentes con desregulación emocional, “La razón no es la antítesis de la emoción, sino su auxilio cuando esta agota sus recursos. (...) la vivencia de la emoción depende de su representación y esta se realiza en el cuerpo. El cuerpo, tal como está representado en el cerebro, proporciona algo más que el mero soporte y el marco de referencia para los procesos neuronales: proporciona la materia básica para las representaciones cerebrales” <sup>(3)</sup>. Damasio vincula diversas áreas del cerebro con procesos de razonamiento y toma de decisiones, fundamentalmente las tareas de planificación y decisión, tanto a nivel personal como social. Un subproceso de estas áreas es el que estaría canalizando las emociones. El procesamiento de las emociones, postula, se realizaría a través del *marcador somático*: la emoción y el sentimiento están asociados mediante aprendizaje y condicionan las experiencias futuras, arrastrando con ellas imágenes y recuerdos que de forma consciente o inconsciente llevan a intuiciones y facilitan u obstruyen la toma de decisiones (teoría del marcador somático). En ese subproceso se liga la capacidad para mantener la constancia del recuerdo, las emociones, sociabilidad y el autorreconocimiento de uno mismo y la propia corporalidad. A la emoción se la reconoce en la medida que se expresa en y a través del cuerpo generando sensaciones, sentimientos y pensamientos.

Damasio relaciona la estabilidad de los recuerdos con la estabilidad de las emociones. Y asimismo esta estabilidad emocional con la capacidad de razonamiento y planificación personal y social. Como Linehan, Damasio sostiene que para decidir y conducirse de forma sabia la emoción es imprescindible: “Las emociones nos encaminan en la dirección adecuada, nos llevan al lugar apropiado en un espacio de toma de decisiones para que podamos dar buen uso a los instrumentos de la lógica. Los niveles inferiores del edificio neural de la razón son los mismos que regulan el procesamiento de las emociones y los sentimientos que junto con las funciones globales del cuerpo son necesarias para sobrevivir”. Estos niveles inferiores mantienen relaciones directas y mutuas con el cuerpo, con lo que colocan al cuerpo en la cadena de operaciones que permiten las mayores expresiones de razón y creatividad.

La teoría biosocial de Marsha Linehan focaliza la génesis del TPL en la *desregulación de emociones*. Mantiene que esta desregulación emocional es el resultado conjunto de cierta disposición biológica, cierto contexto ambiental y determinada transacción entre estos dos factores durante el desarrollo. Las personas que sufren TPL son especialmente vulnerables, y esa vulnerabilidad emocional tiene tres características: son muy sensibles a estímulos emocionales, su respuesta es muy intensa y el retorno a la calma emocional es lento. Eso conduce a estas personas a desarrollar estrategias fuera de lo habitual para modular sus emociones. Son estrategias anómalas pero muy eficaces: cortarse, vomitar, el ejercicio extremo, el consumo de drogas, etc. Es comprensible que al adolescente vulnerable le resulte muy difícil aceptar nuevas formas de autorregulación de sus emociones, que son más funcionales pero menos eficaces a corto plazo, como pueden ser centrar la atención en alguna parte del cuerpo o distraerse con otros estímulos psíquicos o somáticos. Por ello, disminuir la vulnerabilidad es clave para avanzar en el aprendizaje de nuevas habilidades (capítulo 4, en habilidades de regulación emocional, que en ATraPA-TAI denominamos *pensamiento, emoción y conducta* las habilidades descritas con los acrónimos CUIDENSE Y SEAN POSITIVOS y MODERA).

Linehan atribuye al llamado *entorno invalidante* la otra circunstancia que, junto a la vulnerabilidad emocional, provoca la desregulación emocional que hay detrás del trastorno de la personalidad límite. Lo que en esta afirmación está en juego no es la calidad del entorno, de los padres..., sino la capacidad del entorno en el momento de la crianza para observar al niño y poner lenguaje (entender) y corresponder empática-

mente a sus emociones; en definitiva, poder mentalizar las emociones del niño y así, facilitarle el camino para integrar emociones y sensaciones y encontrar las respuestas más adecuadas a cada estímulo. El niño emocionalmente hiperreactivo es, por su naturaleza, difícil de entender, por lo que podría convertir en invalidante un entorno que en condiciones normales podría ser suficientemente mentalizante y sustentador. Por otra parte, un entorno invalidante o negligente puede provocar una hiperreactividad en el niño al verse obligado a reaccionar de esa forma para cubrir sus necesidades básicas (sostén emocional y alimentario). Marsha Linehan también establece una relación directa entre la desregulación emocional y las dificultades de estos pacientes para alcanzar una identidad estable: “El propio sentido del yo se forma mediante observación de las reacciones de uno mismo y de los demás ante las propias acciones”. Prerrequisitos del desarrollo de la identidad son la consistencia emocional y la predictibilidad. Asimismo, las relaciones sociales se asientan sobre una estructura estable de la identidad, una capacidad apropiada para la autorregulación de emociones y una buena capacidad para la expresión y reconocimiento de emociones propias y ajenas. No debe extrañar por ello que los sujetos con TPL y los adolescentes más inestables desarrollen relaciones sociales tan erráticas.

Tanto en Damasio como Linehan, así como en otros autores, encontramos la asociación entre neurodesarrollo, temperamento, apego, ambiente temprano, experiencias emocionales, autorregulación, vivencia del cuerpo y toma de decisiones.

El trastorno de la personalidad límite sería el resultado de esa cadena de acontecimientos solapados unos con otros e interactuantes a lo largo del tiempo.

## **EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA. PROBLEMAS DERIVADOS DEL DIAGNÓSTICO**

A pesar de que más del 50% de los pacientes diagnosticados de TPL refieren que su sintomatología se inició antes de los 18 años, solo son diagnosticados antes de esa edad el 10%. También las clasificaciones de trastornos mentales al uso <sup>(4, 5)</sup> reconocen la aparición del trastorno de la personalidad límite “en la adolescencia o al principio de la vida adulta”, pero los clínicos suelen ser reacios al diagnóstico de trastorno de la per-

sonalidad y, más concretamente, al diagnóstico en adolescentes. Estas mismas clasificaciones recomiendan el diagnóstico de estos trastornos a esta edad siempre que el sujeto cumpla los criterios del trastorno y además dos condiciones. La primera es una condición de estabilidad de la sintomatología: tiene que haberse mantenido al menos a lo largo de 12 meses. La segunda es un criterio de especificidad: “La sintomatología no puede ser explicada por otra patología, como psicosis o abuso de sustancias”. La única excepción a esta regla (para el diagnóstico antes de los 18 años) es para el trastorno de la personalidad antisocial, para el que se exige tener cumplidos los 18 años. Los niños o adolescentes que cumplan los criterios diagnósticos para ese trastorno han de ser diagnosticados de trastorno disocial.

Los motivos por los que los trastornos de la personalidad son infradiagnosticados son de dos tipos. En primer lugar, es un intento de evitar *etiquetar* a un paciente joven con un diagnóstico que puede estigmatizarle en el futuro. Se trata de un diagnóstico que implica gravedad y cierta estabilidad, por lo que puede llegar a suponer un factor que añada pesimismo e incluso abatimiento al paciente o su familia. Este diagnóstico puede suponer también un prejuicio de cara a la asistencia que se le brindará en los servicios que necesite en el futuro, sean sanitarios, educativos, sociales o judiciales. Además, algunos seguros médicos pueden desentenderse del trastorno, situado en el eje 2 de las clasificaciones actuales, y prestar solo atención al tratamiento de la comorbilidad, en el eje 1, y que frecuentemente está asociada a ansiedad, depresión, abuso de sustancias, trastorno del comportamiento alimentario, trastorno de la conducta, etc. El segundo argumento para el infradiagnóstico es considerar que la personalidad no ha cristalizado aún, por lo que no tendría sentido alguno ese diagnóstico.

Frente a estos argumentos, sin duda importantes, hay otros que animan a mantener la objetividad y diagnosticar de TPL a aquellos adolescentes que cumplan criterios y condiciones. En primer lugar, diagnosticar no siendo fieles a la realidad observable carece de sentido y es éticamente reprochable. En segundo lugar, y en relación al temor a etiquetar, hay que tener también en cuenta que cuando el clínico no diagnostica a estos pacientes funciona como uno más del *entorno invalidante*, haciendo caso omiso a sintomatología y pronóstico o minimizando su gravedad, lo que priva a estos adolescentes de la posibilidad de un tratamiento adecuado en el momento más óptimo de sus vidas. Ya de adultos su biografía puede estar arrasada por los efectos

del trastorno y haber perdido los apoyos necesarios de familiares o amigos, así como los que puede aportar la vida escolar. No diagnosticarles o hacerlo con diagnósticos minimizadores como “trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y conducta”, “trastorno depresivo no especificado”, etc., les puede llevar a tratamientos inadecuados o insuficientes que, cuando no funcionen o lo hagan parcialmente, se conviertan en una nueva experiencia de fracaso. Respecto al argumento de que la personalidad no está cristalizada a esa edad, conviene recordar la frase de Paulina Kernberg: “En cada edad el individuo ha de alcanzar su propia identidad y personalidad, adecuadas a ese momento de su vida” <sup>(6)</sup>. Aunque los criterios en ese tipo de clasificaciones son adultomorfos y susceptibles de mejora, se adaptan, en su mayoría, para franjas de edad más tempranas como la adolescencia.

La experiencia con los trastornos psicóticos sugiere la idea de que el clínico, en general, diagnostica en función de la confianza que pueda tener en que el tratamiento que prescribe va a ser útil y, mientras no perciba esa utilidad, va a ser reactivo al diagnóstico. Es por ello clave dar a conocer que los tratamientos actuales para los trastornos de la personalidad, aun siendo complejos (al menos más complejos que la simple prescripción de un fármaco), son útiles y están científicamente validados.

## **EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO LÍMITE Y LA DESREGULACIÓN EMOCIONAL**

El TPL es bastante frecuente tanto en el mundo occidental como en Oriente. Se calcula que afecta al 1-2% de la población adulta. La prevalencia vida alcanza el 5,9% <sup>(7)</sup>.

La mayor parte refieren que su malestar empezó en la etapa adolescente, fundamentalmente en la adolescencia tardía. Pero el diagnóstico en adolescentes es excepcional fuera de las salas de agudos de los hospitales.

Los estudios realizados a población adolescente (16-18 años) han mostrado una prevalencia del 0,9%. Es razonable pensar que la prevalencia de casos incompletos (subumbral) sea bastante más alta, pero no hay estudios disponibles. Aunque los datos actuales muestran una prevalencia similar para hombres y mujeres <sup>(7)</sup>, el diagnóstico clínico se ha utilizado mucho más para estas que para los hombres, y se han

realizado diversas hipótesis que justifican el motivo. La explicación más extendida se refiere a que los síntomas más relevantes se mostrarían en la mujer con un cortejo afectivo, mientras en los hombres lo harían a través de manifestaciones antisociales. Las mujeres estarían en las salas de urgencias de los hospitales; los varones, enredados en problemas con la ley.

La aparición en la adolescencia de sintomatología *límite*, como la distorsión en la vivencia del esquema corporal, la hipersensibilidad al rechazo, las autoagresiones no suicidas, la búsqueda de relaciones muy posesivas y la vergüenza extrema, no asegura la presencia del trastorno en la edad adulta, pero multiplica el riesgo por 10<sup>(8)</sup>.

## **ENCONTRAR EL TRATAMIENTO ADECUADO. NIVELES DE INTENSIDAD TERAPÉUTICA. TRATAMIENTOS Y IATROGENIA ASOCIADA A LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS**

La experiencia ha ido marcando unos principios generales para el tratamiento de pacientes con TPL. Es importante reconocer que hay un buen número de pacientes con inestabilidad emocional grave que cumplen criterios de forma parcial o completa de TPL y que *se recuperan*, en mayor o menor medida, sin haber realizado ningún tratamiento, pero no disponemos de marcadores biológicos o de otro tipo que nos orienten acerca de la evolución previsible. La Asociación de Psiquiatría Americana (APA) reconoce que el tratamiento de elección para pacientes con inestabilidad emocional grave y aquellos con trastorno límite de la personalidad es la psicoterapia. A la hora de seleccionar un tratamiento u otro habrá que hacer balance de los efectos positivos y negativos (iatrogenia) de cada tratamiento. La iatrogenia se reduce si el tratamiento es adecuado a las necesidades del paciente y no pone en riesgo los logros que el adolescente haya alcanzado o alcanzaría sin él. Cuanto mayor es la rigidez en el encuadre (mayor estructuración), mayor es la contención, aunque eso implique que aumente la iatrogenia, como el ingreso prolongado en una unidad de agudos. A mayor flexibilidad en el encuadre menos iatrogénico será este, pero a su vez también puede haber menor capacidad de contención, como en los tratamientos ambulatorios. En los últimos 20 años se han desarrollado diversas modalidades de tratamiento que han demostrado de forma significativa su eficacia, aunque no todas han desarrollado adaptaciones para población adolescente.

Las más relevantes son:

TERAPIA	ADULTOS	ADOLESCENTES
Dialéctico-conductual (DBT)	Linehan	Miller
Basada en la mentalización (MBT)	Bateman y Fonagy	
Focalizada en la transferencia (TFP)	Otto Kernberg	Paulina Kernberg
Basada en esquemas (SFT)	Jeffrey Young	
Cognitivo-analítica (ACT)	Anthony Ryle	

Todas ellas han sido descritas pormenorizadamente en manuales y se han mostrado eficaces en unas u otras áreas de la clínica de las personas con TPL, pero hay diferencias entre ellas quizá porque fueron desarrolladas con pacientes en distintos estadios de la enfermedad, desde dispositivos sanitarios muy diversos y, cada uno de ellos, con distintos niveles de contención. De mayor a menor: hospitalización completa, parcial, ambulatorio intensivo y ambulatorio. Cada terapia se acerca a un perfil de paciente distinto (impulsivo frente a afectivo). En lo que todas coinciden es en su alto nivel de estructuración y en haber desarrollado una jerarquía de tareas colocando en primer lugar el riesgo de conductas suicidas y autolesivas y, en segundo, el riesgo de abandono, que es, en todas, bastante alto: en torno a un 30-40%. En cualquier caso, también hay un importante nivel de solapamiento entre ellas. Por ejemplo, no hay gran diferencia entre el observa/describe/participa de la DBT de Linehan y el dibuja/escibe/habla de la terapia a través de la mentalización (MBT) de Bateman y Fonagy. Ambas estrategias buscan caminos que faciliten el proceso de mentalización del paciente respecto a los sucesos y emociones que vive en el aquí/ahora.

El debate, como refiere Fonagy, ya no es qué tratamiento es más eficaz y menos iatrogénico, sino cuál se debe aplicar a un paciente concreto y en uno u otro momento de su vida (*What works for whom*<sup>(9)</sup>, *Qué funciona y para quién*).

A la hora de diseñar el plan de tratamiento de un paciente, tan importante es vislumbrar cuáles son las características clínicas y complicaciones previsibles como las particularidades de la red sanitaria en las que va a ser tratado.

## **ATraPA** **ACCIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA**

### **CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON INESTABILIDAD EMOCIONAL GRAVE Y DE LA RED DE SALUD MENTAL EN LA QUE SON TRATADOS**

En nuestro servicio de psiquiatría del niño y el adolescente, y considerando tanto las características clínicas de los pacientes que nos son referidos como las fortalezas y debilidades del sistema sanitario del que formamos parte, decidimos desarrollar la terapia dialéctico-conductual (TDC) entendiendo que es la más adecuada para nuestros pacientes y para el momento en que nos son referidos. Los pacientes que habitualmente recibimos en nuestro servicio, y que muestran un funcionamiento límite con sintomatología total o parcialmente compatible con TPL, lo son tras haber realizado uno o varios intentos de suicidio y/o estar autolesionándose. Eso significa que el perfil de nuestros pacientes es fundamentalmente impulsivo y con importante dificultad para tolerar el sufrimiento. Los pacientes acuden a la unidad de hospitalización de adolescentes para ingresar, bien de forma programada o bien urgente, derivados desde cualquiera de los dispositivos ambulatorios (CSM, hospital de día, unidad de media estancia) o desde los servicios de urgencias de los hospitales de referencia. Desde la unidad de hospitalización de adolescentes, en aquellos casos en los que el psiquiatra responsable del tratamiento durante dicho ingreso considere que el adolescente puede beneficiarse del tratamiento dentro del programa ATrapa y dentro del proceso de desarrollo del plan de alta, siempre en coordinación con el clínico que lo haya derivado, se sugiere la posibilidad de participación en aquel y las condiciones para ello. En menor medida, aunque es creciente su número, son referidos pacientes al programa desde las consultas externas. Estas pueden ser las del propio programa ATrapa, las de otro programa específico en funcionamiento en el servicio, la Unidad de Menores en Riesgo Psíquico (UMERP), dirigido fundamentalmente a coordinar el acceso y facilitar tratamiento a adolescentes tutelados o guardados temporalmente por la Comunidad de Madrid, y las de consultas de los centros de salud mental (CSM) de nuestra zona sanitaria y, en menor medida, desde otros CSM de nuestra comunidad o a través de la libre elección.

Por ello, a partir del año 2009 fuimos realizando una adaptación de la TDC para su uso en nuestro sistema nacional de salud y, dentro de ella, para población adolescente de nuestro contexto social.

La red sanitaria en la que trabajamos está bien estructurada, pero muy saturada en lo que se refiere a la capacidad asistencial. La posibilidad de ofrecer un tratamiento psicoterapéutico de una frecuencia superior a una visita cada dos semanas es excepcional, y se limita a pacientes en crisis. La red sanitaria es bastante heterogénea, pero comparte el desarrollo de cuatro tipos de dispositivos con niveles de contención creciente:

- **NIVEL 1.** Tratamientos ambulatorios que ofrecen, respecto a la intensidad de tratamiento, en torno a una sesión individual cada dos u ocho semanas, o una sesión grupal semanal.
- **NIVEL 2.** Tratamientos en hospital de día que ofrecen tratamiento diario intensivo, de cinco a ocho horas al día, cinco días por semana, e incluyen tanto atención a su salud mental como a su proceso educativo, con 10 horas lectivas por semana —un alumno en nuestro medio tiene 32 horas lectivas por semana— y coordinación con su centro educativo, que tiene como objetivo dar continuidad al proceso educativo del adolescente o, al menos, evitar una desvinculación completa de ese entorno escolar. El tratamiento en estos dispositivos incluye la atención también a las familias de los adolescentes ingresados, y el tiempo de ingreso oscila entre tres meses y dos años. Tras el alta son referidos al centro de salud mental de su zona, con el que el hospital de día se habrá mantenido coordinado a lo largo de todo el tiempo de ingreso.
- **NIVEL 3.** La posibilidad de ingreso hospitalario en una unidad de agudos, que es siempre un recurso disponible desde cualquiera de los dispositivos.
- **NIVEL 4.** Unidad de media estancia, presente recientemente, para pacientes que necesiten ingresos prolongados (de tres meses a un año).

Entre el nivel de intensidad terapéutica 1 (tratamiento ambulatorio) y el 2 (hospital de día) hay una gran distancia. Este último ofrece tratamientos de alta intensidad y contención, pero inevitablemente lleva asociado también un importante nivel de iatrogenia al desvincular al adolescente por un tiempo prolongado de su medio social habitual —barrio e instituto—, por lo que el retorno a ese medio es complejo y con altos niveles de recaída. No hay disponible un tratamiento ambulatorio intensivo (una o dos sesiones semanales más una sesión de grupo) que pueda ofrecer niveles aceptables de contención y terapia sin desvincular al adolescente de su medio habitual. Esto se hace más crítico en pacientes del perfil clínico de la inestabilidad emocional, que

están necesitados de los apuntes para el desarrollo de su identidad que les ofrece su entorno y que muestran tendencia a evitar el conflicto que les puede suponer el retorno a un medio social en el que previamente se han visto funcionar con dificultad. La desvinculación temporal con el entorno social habitual (familia, grupo de iguales) puede suponer un alivio inicial de las tensiones existentes pero, como hemos indicado, a la vuelta puede haber dificultades en la revinculación que cursan con altos niveles de recaída.

Nuestro reto inicial fue cubrir esa ausencia diseñando un tratamiento ambulatorio intensivo, tal y como recomienda Gunderson <sup>(10)</sup>.

En nuestro caso, utilizando la terapia dialéctico-conductual o TDC (capítulo 2): una sesión de psicoterapia individual semanal mas una sesión de psicoterapia grupal a la que asisten varios adolescentes, cada uno con uno de sus padres, siempre el mismo a lo largo del tratamiento y apoyados, preferiblemente, en los profesionales de la red de salud mental que mantienen la condición de gestor del caso. De forma excepcional, ellos también se han hecho cargo también de la psicoterapia individual. Además de la TDC, el paciente puede necesitar otros tipos de asistencia complementaria, como entrevistas con psiquiatra para valoración y seguimiento de tratamiento psicofarmacológico, entrevistas con la familia (ya sea para valoración, seguimiento o tratamiento) u otros recursos, como nutricionista, otras especialidades médicas, servicios sociales, etc., hacia los que se le orientará si lo requiere.

## **HOSPITAL DE DÍA FRENTE A TRATAMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO (TAI)**

La experiencia previa de algunos de los terapeutas del programa ATraPA en hospitales de día para adolescentes nos llevó a intentar establecer indicaciones claras entre aquellos pacientes que derivaríamos a hospital de día y aquellos en los que hacemos la indicación de tratamiento ambulatorio intensivo.

Nuestra idea es que la medida más significativa para decidir el tipo de tratamiento o de dispositivo necesario no es el número de ítems que cumple el adolescente para el diagnóstico DSM5 o CIE10, y tampoco la comorbilidad presente, sino lo estructurada o desestructurada que estuviera la vida del adolescente en ese momento. A mayor desestructuración, dispositivo más continente y viceversa. La clave para que el tratamiento se indique es que el encuadre pueda ser mantenido a lo largo del tiempo. Dado que los encuadres naturales en los que se da la vida del adolescente son la familia y el colegio,

nos resultó muy natural que, si el adolescente mantenía vínculos con la familia y con la escuela, aunque fuera de forma muy ambivalente, el tratamiento ambulatorio intensivo fuera posible y más conveniente que el realizado en hospital de día. Si hay una ruptura importante con familia y/o escuela, es necesario un encuadre que sustituya esos déficits. En esos casos, el tratamiento con altos niveles de contención y terapéuticos se hace necesario. Es entonces cuando derivamos a hospital de día y, en su caso, centros de media estancia o, servicios sociales de por medio, centros residenciales terapéuticos.

La iatrogenia asociada a tratamiento en hospital de día y centros de media estancia y residenciales sigue los mismos parámetros. Junto a la tranquilidad de saber que el adolescente está *bien guardado* ponemos en riesgo su vínculo con el proceso educativo y con su entorno habitual (grupo familiar y grupo de iguales), lo que le puede hacer retroceder sobre el nivel de autonomía ya adquirido. Habrá que pensar en cada caso si la utilización de un recurso tan escaso y caro como el hospital de día se nos impone como una verdadera indicación o si se hace por la falta de recursos intermedios.

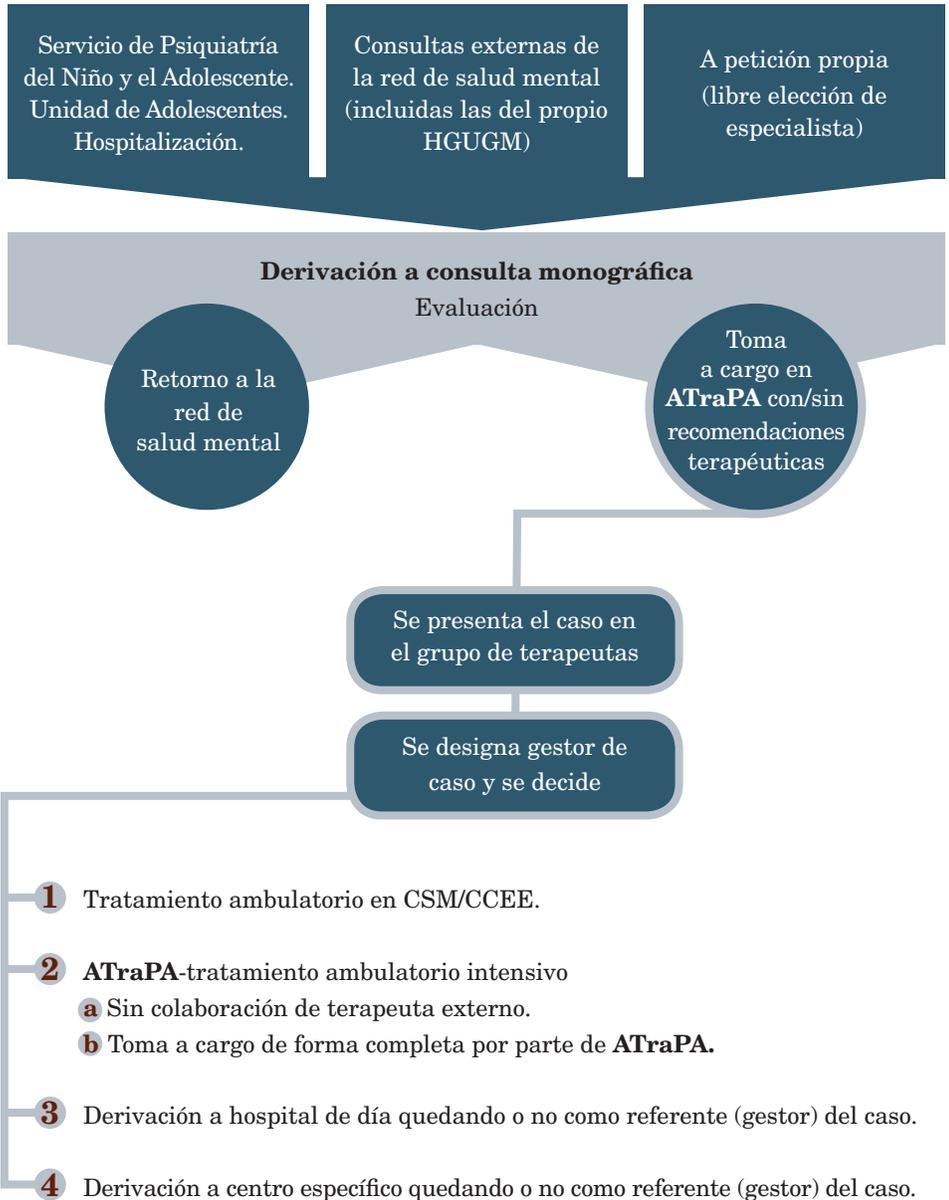
Es característico de la TDC que, para buscar las respuestas a los conflictos, se sitúen en una balanza, siguiendo un modelo dialéctico, los pros y contras de cada una de las alternativas, en la expectativa de que ello nos ayude a encontrar nuestra propia posición en cada caso. La ventaja del tratamiento en hospital de día, como se ha dicho, es poder aportar un entorno estructurado, estable en el tiempo, previsible en los contenidos y validante, donde el adolescente pueda entender y afrontar sus dificultades. Tiene los inconvenientes referidos de la mayor iatrogenia. La ventaja del tratamiento ambulatorio intensivo es la menor ruptura con el entorno habitual del paciente con familia, amigos y tarea cotidiana con el estudio (es menos iatrogénico), pero tiene el inconveniente de menor capacidad de contención y cambio.

Para ambas modalidades de tratamiento resulta determinante la decisión de adolescente y familia de colaboración. Sin ella, ninguno de los tratamientos puede tener lugar.

En ATraPA, resolver este dilema para cada caso es parte de la tarea del grupo de terapeutas (capítulo 7).

Es parte del diseño del tratamiento que el adolescente y su familia puedan reconocer en todos los casos a un director del mismo (el gestor del caso) que asegure su continuidad en caso de abandono de la psicoterapia y dar cobertura, en coordinación, a nuevas necesidades que puedan surgir.

## RUTAS DEL PACIENTE QUE ACUDE A CONSULTAS DE ATraPA



.....

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sanjuán, J., *Evolución cerebral y psicopatología* (1ª ed.), San Sebastián, Triacastela, 2000.
2. Miller A. L., Rathus, J. H. & Linehan, M. M., *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*, Guilford Press, 2006.
3. Damasio A. R., *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*, Putnam Publishing, 1994.
4. Association AP, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.), Washington DC, 2013.
5. World Health Organization, *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, 1992.
6. Kernberg P., Weiner A. S. y Bardenstein K. K., *Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes*, Manual Moderno, 2005.
7. Grant B. F., Chou S. P., Goldstein R. B., Huang B., Stinson F. S., Saha T. D. et al., *Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, J Clin Psychiatry, 2008; 69 (4): 533-45.
8. Gunderson J. G., *Clinical practice. Borderline personality disorder*, New England Journal of Medicine, 2011; 364 (21): 2037-42.
9. Fonagy P., Cottrell D., Phillips J., Bevington D., Glaser D., Allison E., *A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents*, New York, Guilford Press, 2005.
10. Gunderson J. G., *Trastorno límite de la personalidad*, Aula Médica, 2009.

.....



# *Fundamentos y estrategias en la terapia dialéctico-conductual y su aplicación en el programa ATraPA*

*Laura Roldán, María Mayoral, María Reche*

.....

La terapia dialéctico-conductual (TDC) surge como un tratamiento desarrollado específicamente para las personas con trastorno de la personalidad límite (TPL) ante el fracaso de las terapias centradas solo en el cambio o en la aceptación. De hecho, fue el primer tratamiento psicoterapéutico que demostró efectividad en este trastorno en ensayos clínicos controlados <sup>(1, 2)</sup>. La TDC efectiva consiste, básicamente, en una combinación de psicoterapia individual y formación en habilidades psicosociales.

## **CONCEPTO DE TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL (TDC)**

La TDC es un tratamiento cognitivo-conductual de tercera generación centrado en el aprendizaje de habilidades psicosociales. Su enfoque teórico está basado en tres pilares: las ciencias de la conducta, la filosofía dialéctica y la práctica zen.

El primer elemento, las ciencias de la conducta, se centra en la necesidad de cambio.

El segundo, la filosofía dialéctica, tiene dos significados dentro de la terapia: por un lado explica una característica fundamental de la realidad y, por otro, hace referencia a una relación y un diálogo persuasivos, orientados a la consecución de un cambio en el sujeto. Según la perspectiva dialéctica, la realidad tiene tres características fundamentales:

1. El análisis de las partes de un sistema no tiene valor si no se relacionan con el todo. Es importante dirigir la atención tanto a los contextos más inmediatos de la realidad como a los más amplios o globales, así como a su interrelación. También es importante, a la hora del aprendizaje de las habilidades, tener en cuenta la interrelación de los déficits de las habilidades.
2. Cualquier proposición contiene en sí misma elementos opuestos. Así, la terapia promueve la búsqueda de una síntesis entre las distintas polaridades que suscita cualquier acontecimiento para la/s persona/s involucrada/s en él. Desde ese punto de vista, tanto el pensamiento o la conducta como las emociones dicotómicas, tan características del TPL, se pueden considerar fracasos de síntesis, fracasos dialécticos. El individuo está atrapado en polaridades y es incapaz de conseguir la síntesis. Desde la dialéctica se pretende facilitar un cambio a través de la persuasión, mediante estrategias específicas y haciendo uso de los opuestos inherentes de la relación terapéutica más que del uso del pensamiento lógico formal.
3. La transición continua o proceso. Tanto el individuo como el ambiente están en una transición continua. El objetivo de la terapia no es mantener siempre un ambiente estable y consistente, sino ayudar al paciente (se le denomina cliente en TDC, atendiendo a la búsqueda de una posición activa dentro del tratamiento) a estar cómodo con el cambio.

El tercer elemento, la práctica zen y su derivado aplicado a TDC, el *mindfulness*. La práctica de *mindfulness* hace referencia a estrategias para el autoconocimiento, la autoconciencia y la aceptación, basándose en técnicas de atención plena derivadas de la meditación budista.

## TEORÍA BIOSOCIAL Y TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE

La teoría biosocial diseñada por Marsha Linehan <sup>(3)</sup> es uno de los modelos etiológicos más consolidados para el TPL. Esta teoría explica el TPL como un trastorno cuyo componente principal es la desregulación de las emociones. Dicha desregulación de las emociones es el resultado de cierta vulnerabilidad biológica, un ambiente invalidante y una interacción recíproca de estos dos factores durante el desarrollo.

Así, en relación a la aparición del TPL, la interacción entre las características del niño y su entorno, aumentaría el riesgo para la desregulación emocional.

La teoría de Linehan explica la relación entre el riesgo de desarrollo de psicopatología, el aumento de la desregulación emocional y su reflejo en 5 áreas: cognitiva, social, comportamental, emocional y de identidad, que son visibles en la personalidad tipo límite. Se trata del fruto de una historia de aprendizaje y de una progresiva historia de respuesta emocional desorganizada. Cuando este tipo de conductas se dan de forma repetida, la desregulación emocional se convierte, a lo largo de los años, en rasgo, y es entonces cuando factores como la desesperanza, la tristeza y el aislamiento se consolidan. Estas conductas o características, que suelen surgir en el contexto de una situación de desregulación emocional extrema, comienzan a ser más frecuentes y reforzadas por su carácter funcional (aprenden a utilizarlas como conductas autorregulatorias o conductas de evitación). La vulnerabilidad temprana interacciona con la historia de aprendizaje, y da forma y mantiene la desregulación en aspectos emocionales, comportamentales, interpersonales y cognitivos, consolidando así la personalidad límite.

## **ETIOLOGÍA DE LA DESREGULACIÓN EMOCIONAL**

La desregulación está producida por la vulnerabilidad emocional y por el uso de estrategias de modulación de las emociones inadecuadas y poco adaptadas.

La vulnerabilidad emocional se define por tres características:

- 1.** Muy alta sensibilidad ante los estímulos emocionales.
- 2.** Una respuesta muy intensa a los dichos estímulos.
- 3.** Un retorno lento a la calma emocional.

La modulación de la emoción es la habilidad de:

- 1.** Inhibir a conducta inapropiada relacionada con la emoción.
- 2.** Organizarse uno mismo para una acción al servicio de un objeto externo.
- 3.** Calmar uno mismo la actividad fisiológica inducida por una fuerte emoción.
- 4.** Lograr contenerse en presencia de esa emoción fuerte.

La desregulación de las emociones en individuos con trastornos de

personalidad límite es, por lo tanto, la combinación de un sistema de respuesta emocional hipersensitivo con incapacidad de modular las fuertes emociones resultantes y las acciones asociadas a ellas.

## EL ROL DEL AMBIENTE INVALIDANTE EN LA DESREGULACIÓN DE LAS EMOCIONES

La mayoría de las personas con vulnerabilidad temperamental hacia la intensidad emocional no desarrollan TPL, lo cual sugiere la importancia de factores ambientales particulares en el desarrollo de este trastorno.

Denominamos *entorno invalidante* a aquel que niega las experiencias privadas o responde erráticamente ante ellas (particularmente aquellas que no se acompañan de evidencias objetivables). Las experiencias emocionales e interpretaciones de los eventos no son tomadas como válidas: son trivializadas, castigadas, etc. Se promueve el control y/o la restricción en la expresión de emociones negativas. En ese contexto, la persona no aprende a etiquetar o regular sus emociones, de manera que no es capaz de considerar sus respuestas emocionales como una interpretación fiable o válida de lo que ocurre en su entorno. Se genera así desconfianza de sus estados internos y se produce una búsqueda en su entorno acerca de claves sobre cómo actuar, sentir y pensar. Se produce una marcada tendencia a la externalización del criterio de fiabilidad, creándose una identidad inestable. Así, la persona aprende a oscilar entre la inhibición emocional y la labilidad emocional extrema. Este escenario exacerba la vulnerabilidad emocional y la consecuente desregulación emocional en individuos con rasgos límites. A su vez, sus respuestas conductuales retroalimentan el carácter invalidante de su entorno.

## ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO EN LA TDC

Según la teoría dialéctica, las estrategias de tratamiento se centran en el equilibrio entre la aceptación y el cambio, la flexibilidad y la estabilidad, el apoyo y el reto.

Linehan clasifica las estrategias en cinco grupos:

1. Las estrategias dialécticas, en las que se trata de favorecer la síntesis entre posiciones extremas.

2. Las estrategias de validación a nivel emocional, cognitivo y comportamental.
3. El tercer grupo estaría formado por todas las estrategias cuyo objetivo es la resolución de problemas: enseñando, orientando y llegando a acuerdos.
4. En cuarto lugar, las estrategias estilísticas, centradas en la comunicación recíproca, las autorrevelaciones, la autenticidad y el empleo del sentido del humor.
5. Las estrategias de manejo del caso.

Las 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.

Las dialécticas típicas de los pacientes con TPL cuando afrontan el tratamiento en los grupos de habilidades son: *buena disposición frente a obstinación*, en la que se contraponen las respuestas destinadas a resolver un problema del grupo frente a las respuestas destinadas a las propias necesidades del paciente. La respuesta idónea buscará equilibrar las necesidades del individuo frente a las necesidades del grupo, y las necesidades del momento frente a las necesidades a largo plazo. *Buen tipo frente a mal tipo*, concepto cercano al de escisión en el que el sujeto tiende a depositar aspectos buenos en un miembro del grupo y los malos en otro; por ejemplo, respecto a los dos terapeutas que conducen el grupo de habilidades o el terapeuta individual respecto al de grupo. La habilidad, en este caso, de los terapeutas, consistirá en que el considerado *buen tipo* por el sujeto pueda mantener al adolescente en el tratamiento mientras este resuelve sus problemas con el *mal tipo*. Los terapeutas deberán tener en cuenta la relación terapéutica en su globalidad y no caer en la tentación de pensar que solo uno de ellos está en la posición correcta. Otras dialécticas típicas son la que contraponen la formación en habilidades frente la atención al proceso de los adolescentes entre sí, o las que contraponen seguir las reglas de la TDC frente a reforzar la asertividad de un adolescente atendiendo sus solicitudes particulares. Otras estrategias dialécticas están siempre disponibles en el curso del tratamiento, como contraponer su mente emocional frente a su mente racional.

La validación es una de las principales estrategias de tratamiento. Se pueden distinguir distintas intensidades en la validación. Así, de menor a mayor intensidad, serían:

1. La escucha activa.
2. Reflejar descriptivamente los sentimientos del otro (sin juzgar).
3. La devolución de lo que hemos entendido acerca de lo que dice.
4. Validación de sus comportamientos 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.
5. Ver a la persona tal como es, transmitir confianza en su capacidad de cambio y fomentar sus fortalezas.

Los principales aspectos que deben validarse son los sentimientos y emociones, la legitimidad de querer algo, creencias, opiniones o pensamiento sobre cualquier aspecto, valores verdaderos sobre algo, lo difícil que resulta una tarea, el empeño que pone una persona para intentar lograr un objetivo, cosas que realiza una persona que le resultan efectivas y cosas que una persona hace por otra.

## **FASES DEL TRATAMIENTO Y SUS OBJETIVOS**

Se establece un marco constituido por una etapa de pretratamiento como preámbulo a la etapa de tratamiento propiamente dicha.

En la etapa de pretratamiento (o preparación para el trabajo conjunto) se lleva a cabo la evaluación, información, compromiso y el acuerdo de objetivos. En esta etapa, la TDC se debe presentar como una terapia de apoyo que requiere una fuerte colaboración entre el cliente y el terapeuta, describirla como una terapia cognitivo-conductual (de tercera generación) con especial énfasis en analizar y resolver situaciones problemáticas a través del aprendizaje de habilidades; todo ello, con el objeto de conseguir el compromiso y orientación al tratamiento a través de las estrategias de validación. Por tanto, el principal objetivo sería que tanto el paciente como el terapeuta aceptaran trabajar juntos y explicitaran sus expectativas sobre la terapia. En esta relación terapéutica, las tareas del profesional son ayudar al adolescente a identificar sus objetivos a largo plazo, orientarle en el tratamiento y obtener el compromiso del adolescente con el mismo. Para alcanzar los objetivos de esta etapa de pretratamiento se desarrollan los siguientes aspectos:

1. Empezar estableciendo una alianza terapéutica.
2. Ordenar los problemas específicos en áreas de desregulación.
3. Definir los problemas del adolescente como objetivos conductuales primarios de manera jerárquica.

4. Explicitar los objetivos a largo plazo y ligarlos con los objetivos primordiales de la jerarquía.
5. Introducir la teoría biosocial.
6. Introducir el formato de tratamiento y las características del mismo, explicitando la duración y periodicidad de las sesiones individuales y grupales.
7. Introducir las fichas de la TDC (*ficha diaria, capítulo 3, anexo 1; y ficha de habilidades, capítulo 4, anexo 1*).
8. Revisar los acuerdos del tratamiento entre el adolescente, el terapeuta y la familia.
9. Obtener el compromiso al tratamiento con los adolescentes.
10. Usar estrategias de compromiso con los familiares para fortalecer dicho compromiso.

La **etapa de tratamiento** está constituida por cuatro fases, a las cuales se accede de forma progresiva conforme el adolescente vaya adquiriendo mayores capacidades.

La **primera fase** está diseñada para ayudar al cliente a disminuir su reactividad y alcanzar un mejor control sobre su conducta. El análisis funcional de las conductas a lo largo de esta fase se hace siempre de acuerdo a una jerarquía:

1. Abordar los comportamientos que pongan en riesgo la vida del paciente: intentos de suicidio, autolesiones, ideación suicida, expectativas respecto del suicidio, etc.
2. Abordar los comportamientos que pongan en riesgo la continuidad de la terapia, por la tendencia al abandono prematuro del tratamiento por parte del paciente con TPL.
3. Abordar los comportamientos que pongan en riesgo la calidad de vida del paciente. En este epígrafe se incluyen todas aquellas conductas que no ponen directamente en riesgo la vida pero sí impiden o dificultan construir una que merezca la pena vivir, como son las relaciones personales disfuncionales, conductas escolares disfuncionales, conductas impulsivas, estallidos de ira, conductas de riesgo, conductas antisociales.
4. Potenciar los comportamientos más funcionales de los que disponga el paciente y a la vez, mejorar su nivel de competencia mediante el aprendizaje de nuevas habilidades aprendidas en los grupos de terapia. Esta fase está centrada en conseguir un patrón de vida funcional y estable, haciendo los cambios oportunos en conductas que se establecen como objetivos compartidos de cambio.

Además, esta es la fase en la que se capacita a clientes y familiares a través del trabajo colaborativo entre terapeuta y cliente, se lleva a cabo la monitorización de las conductas objetivo a través de la ficha diaria y se realiza el análisis funcional de las conductas-objetivo.

La **segunda fase** tiene como principal objetivo reducir la reactividad postraumática. Concretamente se considera que, ya en esta fase, el adolescente está capacitado para abordar situaciones de trauma que haya podido sufrir. Separar fase 1 y fase 2 evitando enfrentar al adolescente a situaciones de trauma antes de que estuviera preparado ha sido una característica diferencial de la TDC clásica; sin embargo, en los últimos años, la propia Linehan ha puesto de manifiesto que en pacientes seleccionados y con cuidadosa monitorización podrían ambas fases solaparse, al menos de forma parcial, en el tiempo.

La **tercera fase** del tratamiento se centra en aspectos centrales de la identidad: promover la resolución de disociaciones y, con ello, la sensación de sentirse entero y completo, promocionando desde esa vivencia el acceso al amor, la libertad y el juego.

La **cuarta fase** tiene como objetivo incrementar el respeto a uno mismo y alcanzar objetivos individuales.

## TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL EN EL PROGRAMA ATraPA

El método en la TDC en el tratamiento ambulatorio intensivo del programa ATraPA se centra, fundamentalmente, en el pretratamiento y en la **primera fase** de la etapa de tratamiento, y se desarrolla (en función de la evolución del paciente) a lo largo de 1 ó 2 años. La duración del mismo para esa primera fase en nuestro programa es similar al tiempo recomendado por otros clínicos (Linehan, Miller).

Los componentes para el desarrollo de dicha fase son:

1. La terapia individual (capítulo 3), cuyos objetivos son reducir progresivamente las situaciones de crisis y de acuerdo a la jerarquía expuesta más arriba, desde lo más grave, conductas suicidas/parasuicidas y conductas que interfieran con el tratamiento hasta aquellas conductas que interfieran con la calidad de vida. También se promueve la generalización de las habilidades.

2. El grupo de habilidades (capítulo 4), cuyo objetivo es el aprendizaje y entrenamiento en las mismas. Dichas habilidades se separan en cinco módulos, a la manera que realiza Miller. En ATraPA hemos modificado el nombre de algunos módulos para hacerlos más cercanos a nuestra cultura: *módulo de habilidades para tomar conciencia de uno mismo; habilidades de relaciones sociales; pensamiento, emociones y conducta; módulo de tolerancia al malestar* y, por último, *módulo para encontrar la línea media*.
3. La terapia a distancia (capítulo 5). Mientras la TDC utiliza un servicio telefónico permanente con el objetivo (entre otros, de actuar de entrenador a distancia para la puesta en marcha de las habilidades), nosotros hemos puesto en marcha un servicio de atención a distancia a través de correo electrónico.
4. El grupo de terapeutas (capítulo 7) funciona como un grupo TDC al servicio de las necesidades de los terapeutas participantes en el programa.
5. El grupo de habilidades para padres (*Familias al límite*, del que hablamos en el capítulo 6) nos ofrece la posibilidad de trabajar directamente con el entorno más significativo del adolescente.

## **¿POR QUÉ TDC CON ADOLESCENTES EN EL PROGRAMA ATraPA?**

Consideramos que la TDC es un abordaje idóneo para tratar la inestabilidad emocional grave y el TPL en adolescentes porque ofrece al clínico una forma estructurada de enfocar el difícil tratamiento del adolescente suicida, lo que le capacitará y aliviará por la inquietud que generan este tipo de pacientes. También por su enfoque jerárquico de los problemas clínicos, lo que estructura o pone en vías de estructuración el caos en el que el adolescente inestable suele vivir. El tratamiento pone en la conducta suicida el principal foco de tratamiento y deja para etapas posteriores del mismo el afrontamiento de las causas subyacentes y los traumas. La idea es que el adolescente pueda afrontar esas situaciones dolorosas y traumáticas con mayor fortaleza y mejor manejo de sus emociones. La TDC utiliza tratamientos con distintos enfoques —individual/grupal/familiar— de forma flexible y simultánea, lo que resulta imprescindible para el tratamiento del adolescente con múltiples problemas. Esa flexibilidad le permite añadir otros tratamientos cuando la comorbilidad (consumo de drogas, trastornos de la conducta alimentaria, depresión, etc.) bloquea la evolución del pacien-

te. Otro aspecto importante y que comparte con otros tratamientos de adolescentes es la introducción de forma directa y coherente del riesgo de abandono del tratamiento. La TDC, en fin, afronta de forma estructurada aspectos que son problemáticos en la adolescencia inestable: la identidad, la estabilidad emocional, las relaciones interpersonales y la tolerancia al malestar.

.....

.....

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.** Linehan M. M., Armstrong H. E., Suarez A., Allmon D., Heard H. L., *Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients*, Arch Gen Psychiatry, 1991; 48 (12): 1060-4.
- 2.** Linehan M. M., Heard H. L., Armstrong H.E., *Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients*, Arch Gen Psychiatry, 1993; 50 (12): 971-4.
- 3.** Linehan M. M., *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*, Guilford Press, 1993.

.....



## *Psicoterapia individual dialéctico-conductual (TDC) y su aplicación en el programa ATrapa*

*Ana Espliego*

.....

La fase 1 de la terapia dialéctico-conductual, dedicada a disminuir la impulsividad y tomar control sobre la conducta, se apoya en tres espacios terapéuticos diferentes pero complementarios: terapia individual (que es el eje principal del tratamiento y sobre la que asientan las demás), grupos de habilidades y terapia a distancia (a través del teléfono u otro procedimiento acordado). Junto a este triple acercamiento pueden ser necesarios otros abordajes de forma simultánea o no, como la asistencia a un centro para el tratamiento de la dependencia de drogas, el asesoramiento por un nutricionista cuando hay un trastorno de la conducta alimentaria comórbido, la asistencia especializada para víctimas de abuso sexual, el internamiento en una unidad de agudos o la prescripción de psicofármacos por un psiquiatra. Además de esto, la familia ocupará un lugar en el tratamiento del adolescente emocionalmente inestable. De hecho, la inclusión de la familia en el tratamiento es la aportación más relevante de la adaptación de la TDC de adultos para su uso con adolescentes (capítulo 6).

Terapia individual (formato TDC) y grupos de formación en habilidades se complementan de forma muy directa, pero los grupos siempre están al servicio de la terapia individual.

El objetivo principal de la terapia individual es promover una relación segura y de confianza. Aunque este principio podría servir para cualquier tipo de terapia individual cuando el tratamiento se aplica a adolescentes emocionalmente inestables, este objetivo (alcanzar un ape-

go suficientemente estable para que el tratamiento pueda darse) es un reto al que hay que dedicar toda la atención y que inevitablemente pasará por importantes altibajos.

Es importante tener siempre presente que todas las herramientas de la terapia, así como la ficha que han de cumplimentar los clientes diariamente, nunca deben impedir la naturalidad y sinceridad del encuentro.

El terapeuta individual es, en condiciones normales, el terapeuta principal, y es responsable de:

- 1.** Aumentar la motivación del paciente.
- 2.** Inhibir comportamientos desadaptativos.
- 3.** Incrementar comportamientos adecuados y promover el uso de las habilidades.
- 4.** Decidir en relación a la mediación, entrevistas con los padres o el uso de habilidades.

Las primeras sesiones se dedican a hacer el historial clínico, conocerse y generar un acercamiento sincero. Después dedicarán un tiempo a tratar los parámetros fundamentales (encuadre) y reglas de confidencialidad.

En aquellos casos en los que el compromiso de tratamiento sea por un tiempo limitado, como ocurre con los residentes de psiquiatría o psicología, la fecha de finalización del mismo con ese profesional debe ser fijado de antemano de forma explícita para dar la oportunidad al paciente de modular su capacidad de apego a la realidad. No hacerlo así podría generar graves problemas derivados del sentimiento de abandono al finalizar el tratamiento con poco tiempo de aviso.

Una vez que adolescente y terapeuta han marcado los objetivos del tratamiento, esto es, las conductas más disfuncionales a las que se va a prestar mayor atención, dichas conductas pasarán a formar parte de la ficha diaria a la que el paciente debe comprometerse a cumplimentar diariamente.

Asimismo realizarán entre ambos un plan de crisis, teniendo en cuenta aquellas crisis a las que el adolescente se ha enfrentado en el pasado y la forma de afrontarlas que tuvo, que en ocasiones serán válidas de forma total o parcial. Ese plan de crisis debe ser realista y factible. En condiciones ideales debe incluir sugerencias para ayudarse a sí mismo con habilidades de las que ya disponga el adolescente; y si no le funcionan, cómo y a quién pedir ayuda. Después, y en una entrevista

que incluya a padres junto al adolescente, debe ser compartido con estos, ya que en algún punto del plan estará reflejado un acercamiento a los padres o tutores legales si su ayuda es necesaria. Lo más conveniente es contar con una tarjeta de crisis en la que figure de forma explícita los pasos a dar, contactos importantes y habilidades a usar.

Así, de forma global, el terapeuta individual es responsable de incrementar la motivación al tratamiento del paciente, establecer un plan de crisis con él, ayudarlo a aminorar las conductas desadaptativas e incrementar las estrategias apropiadas y generalizar el uso de las habilidades fuera del entorno terapéutico.

También se le validan sus emociones; se estudian con él las distintas secuencias acontecimientos-emociones-pensamientos-conductas, de tal forma que se le pueda ayudar a entender su forma de funcionamiento. Esta tarea se realiza animándole a observarse y acompañándole en su tarea de autorreconocimiento. Poniendo nombre a sus emociones, invitándole a que tome conciencia del impacto de las mismas en su cuerpo. Sin juzgar, pero atentos a su tendencia a reprocharse su propio funcionamiento, quizá por identificación con un entorno que no pudo o no supo validarle sus emociones.

En palabras de Linehan, tanto el paciente como su entorno lo hacen lo mejor que saben, pero pueden llegar a hacerlo mejor. En esta tarea se utilizan estrategias propias de la terapia y se anima al paciente a que las utilice también. Estrategias dialécticas, señalando paradojas, usando metáforas, poniéndose en posiciones extremas y aprendiendo de los reveses. Validando las emociones, ilusiones, valores y retos que se proponga. Atendiendo más a lo que mantiene las conductas disfuncionales que a los motivos intrapsíquicos que las generaron. Fomentando los puntos fuertes del paciente. Evitando tratarle como a alguien débil. Acudiendo al análisis funcional de sus experiencias y a la resolución de problemas como fórmula para buscar alternativas de cambio. Y todo ello con un estilo propio y auténtico. Fomentando una comunicación sincera.

Ya en etapas más avanzadas del tratamiento y cuando la relación es firme, se pueden realizar, de forma ocasional, autorrevelaciones de experiencias propias. También señalamientos utilizando el humor y la ironía, que pueden ayudar a aligerar la tensión de las sesiones y, con ello, la experiencia de contención.

## ESTRUCTURA Y OBJETIVOS DE LA TERAPIA INDIVIDUAL

La TDC es una terapia con muy alto nivel de estructuración. Así como el tratamiento tiene sus fases, las sesiones individuales y grupales también cuentan con una agenda de trabajo estructurada para la sesión. Además, como se dijo en el capítulo anterior, todo el tratamiento está marcado, de principio a fin, por un abordaje jerárquico de las conductas:

- 1.** Atención a comportamientos que pongan en riesgo la vida.
- 2.** Atención a los comportamientos que pongan en riesgo la terapia.
- 3.** Atención a los comportamientos que pongan en riesgo la calidad de vida.
- 4.** Potenciar los comportamientos más funcionales con el uso de habilidades.

Esta jerarquía, explícita durante todo el tratamiento, ayuda al paciente a poner en valor conductas que tienden a ser normalizadas, minimizadas o, incluso, disociadas, como las autoagresiones, las dudas acerca de continuar con el tratamiento o los momentos positivos a lo largo de la semana y que deben ser valorados en su justa medida.

El paciente, a lo largo del tratamiento, irá integrando esa forma jerárquica de valoración de su situación: primero, lo urgente y después, lo importante. La familia también irá integrando esta jerarquía, lo que facilitará la comunicación. Cualquier avance de estructuración interna es un avance en el camino de alcanzar una identidad más estable.

Como en todos los tratamientos altamente estructurados que utilizan herramientas como la ficha diaria o similares, el terapeuta se enfrenta a un dilema entre dos tipos de sesión de psicoterapia, ambas aparentemente opuestas: la primera, favorecer una conversación de forma fluida intentando que así emerja el foco de las preocupaciones que el adolescente tenga en ese momento frente a la segunda, un encuadre que intenta posponer, hasta cierto punto, lo inmediato en el estado mental del paciente poniendo la atención inicialmente en la tarea, común, de revisar la ficha diaria. Al principio del tratamiento casi ningún paciente con alta inestabilidad emocional se muestra muy partidario a posponer sus urgencias, y mostrar una resistencia activa para rellenar la ficha diaria es muy habitual.

Rellenar la ficha supone ir en contra de un estilo de vida que hasta esa fecha les ha permitido una vida sin conciencia de sus actos, dando escape a

sus impulsos, lo que es una forma eficaz de aliviar su malestar. Motivarles para rellenar la ficha, explicarles el sentido que tiene, hacerla con ellos si es necesario (fundamentalmente al principio del tratamiento), intentar entender la fuerza y sentido de sus resistencias y validarles su esfuerzo cuando lo cumplimentan es muy importante.

El dilema entre los dos estilos de tratamiento se puede mitigar de varias formas: por ejemplo, incluyendo el estado mental del paciente del día de consulta en la misma ficha, rellenándolo con él, transmitirle que el objetivo de la ficha es acompañarle y estar presente a lo largo de toda la semana y no solo la hora de consulta o animarle a vivir con conciencia frente a la alternativa que supone vivir en la impulsividad.

Con todo, y como se dijo más arriba, las herramientas no deben bloquear la sinceridad del encuentro, y cuando se sugieren habilidades para el manejo de las distintas situaciones que el paciente trae a la sesión hay que tener cuidado de que el paciente no lo reciba como una postura invalidante de todas sus conductas (“yo soy un desastre y este lo hace todo bien”), sino como una búsqueda entre ambos de alternativas. El rechazo mantenido a rellenar la ficha diaria debe ser considerado un problema que pone en riesgo la terapia (nivel 2).

La sesión individual de TDC en formato original <sup>(1)</sup> tiene una duración, previamente acordada, de entre 60 y 120 minutos y, a modo de esquema, en ese tiempo se pueden establecer tres partes claramente diferenciadas:

- **1ª PARTE (primer tercio):**

**Acogida y revisión de ficha.** Manejo de los problemas (atendiendo a la jerarquía) que hayan surgido en la realización de la ficha diaria. Sugerir, si así se considera, incluir el estado actual del paciente en la ficha diaria. Establecer objetivos prioritarios para la sesión.

- **2ª PARTE (segundo tercio aproximadamente):**

**Resolución de problemas** (inspirado en los problemas que se aportan en la ficha diaria).

**Fase 1:** Identificación, definición y aceptación del problema.

**Fase 2:** Buscar (entre ambos) soluciones alternativas.

**Fase 3:** Motivar para el uso de esas alternativas.

- **3ª PARTE (hasta el final de la sesión):**

**Despedida.** Establecer acuerdos para las tareas a desarrollar a lo largo

de la semana hasta el nuevo encuentro. Resumir la sesión incluyendo dar ánimos y reasegurar al paciente.

Anticipar el estado de ánimo del paciente en la despedida y trabajar acerca de ello, tanto si es un problema que dificulte el desarrollo del tratamiento (nivel 2 de la jerarquía) como si las emociones que genera la despedida empeoran la calidad de vida de forma importante (nivel 3). Animarle a incluirlo en la ficha diaria para el día siguiente y buscar, con él, habilidades que pudieran mejorar la situación como intentar *ritualizar* la despedida, poner al alcance de su mirada un reloj o sugerir que utilice la terapia a distancia al llegar a su domicilio para informar de su estado.

Validar sus emociones desde la comprensión de que las despedidas de personas significativas pueden hacer revivir experiencias previas reales o imaginadas de abandono.

La duración de la doble sesión (120 minutos) se deja para aquellos pacientes a los que les cuesta especialmente retornar a un estado de calma mínimo o para aquellos casos en los que se esté abordando memoria disociada (fundamentalmente en pacientes con antecedentes de abuso).

## ADAPTACIÓN DE LA TDC A LA SANIDAD PÚBLICA. EL PROGRAMA ATraPA

El Programa ATraPA ha sido desarrollado para ser utilizado, fundamentalmente, en instituciones públicas. Eso supone asumir las fortalezas y limitaciones de la red pública de salud mental respecto al encuadre original diseñado por Marsha Linehan. La fortaleza fundamental proviene de su universalidad y accesibilidad. Ofrece la posibilidad de contar con una red de profesionales de formación acreditada (no necesariamente TDC) en los centros de salud mental (CSM) situados en el mismo barrio en el que vive el paciente, y un servicio de urgencias que incluya psiquiatras disponibles de forma permanente las 24 horas del día. La limitación más importante de la red para el programa es asumir la dificultad para coordinarse con los profesionales que derivan casos y las limitaciones de estos para poder asumir compromisos estructurados con pacientes concretos.

La derivación de pacientes a nuestro programa proviene de varias fuentes: unidad de hospitalización, CSM y consultas externas del propio hospital.

Cuando se considera que un paciente se puede beneficiar de la inclusión en el programa, nos ponemos en contacto con el psiquiatra o

psicólogo responsable del caso en el CSM y le informamos de nuestras impresiones acerca del paciente. Se le ofrece la posibilidad de una toma a cargo compartida. Al profesional derivante se le va a solicitar que se haga cargo, al menos, de estos cuatro niveles:

- Gestor del caso (incluye la toma a cargo, prescripción de fármacos si lo cree conveniente, continuidad de cuidados).
- Atención de las urgencias que pudieran surgir.
- Asegurar la continuidad de cuidados en caso de abandono del tratamiento en el programa.
- Coordinación con ATraPA (utilizando para ello el procedimiento y ritmo más adecuado al caso y las posibilidades).

Por nuestra parte, durante los primeros años de funcionamiento del programa, hemos ofrecido los tres pilares de la TDC —terapia individual, grupos de habilidades padres/hijos, terapia a distancia— a los pacientes que hemos ido tomando a cargo.

En la actualidad, y respecto a la terapia individual, supervisamos a residentes de psiquiatría o psicología los casos que toman en terapia individual y nosotros tomamos a cargo un nuevo paciente cuando tenemos algún alta o abandono de tratamiento. En los demás casos, nos hacemos cargo de los grupos de habilidades y la terapia a distancia y pedimos al terapeuta que deriva que se haga cargo, junto a los cuatro niveles expuestos más arriba, de realizar la terapia individual, invitándole a participar activamente en nuestro grupo de terapeutas. También ponemos a su disposición todo nuestro material: fichas, presentaciones, guías, etc.

Esto nos ha llevado, como indicamos con más detalle más adelante, a la convivencia de diversos tratamientos y distintos niveles de coordinación con los terapeutas de los CSM. Nuestra impresión es que, aun con esas limitaciones la asistencia, si no ideal, es de calidad, y ofrece el encuadre mínimo para ayudar a los adolescentes con alta inestabilidad emocional y desregulación emocional.

También, en el proceso de adaptación de la terapia dialéctico-conductual a las posibilidades de atención actuales del servicio público de salud, hemos modificado parámetros de los distintos encuadres y que se mencionan a continuación.

La medida de tiempo que usamos en el programa ATraPA es la del curso escolar. Nuestros grupos siguen el calendario escolar y son ofre-

cidos como *extraescolar de estabilidad emocional*, tal y como se les dice a pacientes y familias. Los grupos comparten con las extraescolares el calendario académico, incluyendo sus festivos.

Las terapias individuales, al menos cuando se realizan en nuestras consultas, siguen en el calendario a los grupos y también se rigen por el calendario escolar (de septiembre a junio). El compromiso adquirido con los pacientes es de un curso ampliable a un curso más: dos cursos (dos años) en total. Pacientes y familias saben desde el inicio las fechas de inicio y finalización, así como alternativas de tratamiento en caso de que abandonen el programa. En los casos en los que animamos a paciente y familia a realizar un segundo curso se lo ofrecemos, al menos, un mes antes de que acabe el primer año.

Nuestro objetivo de tratamiento es alcanzar un control conductual suficiente. Se trata de conseguir un patrón de vida funcional, encontrando alternativas a las conductas disfuncionales y capacitar a pacientes y familias, a través del trabajo colaborativo a realizar análisis funcionales de su conducta utilizando la ficha diaria u otras herramientas y buscar a través de la *solución de problemas* la posibilidad de manejar las conductas que se hayan establecido como un objetivo compartido de cambio, así como el entrenamiento en las nuevas habilidades.

La psicoterapia individual corre paralela a los grupos de habilidades. En nuestro programa los grupos de habilidades padres/hijos parecen tener más peso que en el diseño de Linehan y los podemos considerar el eje sobre el que pivota el tratamiento (capítulo 4), aunque la dirección y gestión del caso provenga del terapeuta individual o el psiquiatra del CSM.

Procuramos que la terapia individual, en los casos en que se realiza por nosotros, sea el mismo día de la semana en la que se realiza el grupo para evitar demasiadas ausencias en su centro educativo.

La duración de las sesiones individuales de TDC en ATrapa es de 45 minutos. En los casos en los que el paciente esté muy desregulado, cuando está finalizando la sesión utilizamos alternativas, como dar una nueva sesión, más breve, al día siguiente o en dos días. En situaciones de crisis pensamos que es mejor ofrecer dos sesiones de 30 minutos, dos días de la semana, que una única sesión de 60 minutos. En otros casos

usamos los servicios de urgencias, la ayuda del familiar o el uso cuidadoso de psicofármacos.

Aunque más breve que en el diseño de Linehan, las partes de cada sesión de terapia individual son similares a las señaladas en este mismo capítulo y las jerarquías tampoco se modifican:

- 1.** Acogida y revisión de ficha estableciendo los objetivos prioritarios para la sesión.
- 2.** Resolución de problemas, inspirado en los problemas que se aportan en la ficha diaria.
- 3.** Despedida remarcando los acuerdos para las tareas a desarrollar a lo largo de la semana, hasta el nuevo encuentro.

A lo largo de los cinco años de funcionamiento de ATraPA en los que venimos realizando TDC, nosotros también hemos podido comprobar la necesidad de combinar la enseñanza de los grupos de habilidades con la psicoterapia individual.

Como indicamos más arriba, la realidad clínica nos ha obligado a aceptar diferentes encuadres psicoterapéuticos junto a los grupos de habilidades y terapia a distancia que nosotros ofrecemos en todos los casos: desde tratamiento estándar en CSM hasta el formato TDC semanal. En nuestra experiencia, la situación ideal es esta última, que combina formación de habilidades con una psicoterapia individual también en formato TDC, lo que facilita mucho más el asentamiento de las habilidades a través del uso de la ficha diaria. A mayor distancia de encuadres entre terapia individual y grupos TDC, mayor es la necesidad de coordinación. En cualquier caso, con pacientes con alta inestabilidad, y siempre que haya coterapia, se deben establecer unos mínimos respecto a la coordinación. El encuadre básico para trabajar ha sido el resultante de combinar la formación grupal de habilidades (realizada en nuestro hospital) con una psicoterapia individual de una frecuencia al menos quincenal y con la capacidad de ofrecer sesiones extras en momentos de crisis. Es fundamental que el terapeuta individual, sea o no el gestor del caso, conozca las estrategias y encuadres propios de la TDC, así como las fichas que se usan de forma cotidiana. De esta forma, el paciente puede integrar lo aprendido en los grupos de habilidades e intentar aplicarlo en la vida diaria, incluyendo los momentos de crisis.

La terapia de grupo en TDC es un espacio, fundamentalmente, de aprendizaje y entrenamiento, mientras que la terapia individual es de

aplicación y generalización de lo aprendido a la vida cotidiana. Cuando el terapeuta individual conoce las habilidades puede sugerir su uso en las diferentes situaciones problemáticas del paciente. Cuanto más familiarizado esté el clínico con las distintas habilidades, más ágilmente podrá sugerirlas para su uso al paciente a lo largo de una sesión.

## **ESTRUCTURA DE LAS SESIONES DE LA TERAPIA INDIVIDUAL EN ATRAPA**

Una vez es derivado el paciente al programa ATraPA, la primera sesión es de toma de contacto y sirve para iniciar un proceso de vinculación basado en la confianza y compromiso mutuos a partir de una actitud de escucha atenta por parte del terapeuta. En esta sesión recogemos los datos relativos al motivo de consulta y la anamnesis.

Después el caso se presenta en el grupo de terapeutas, donde se tomarán las decisiones acerca del plan de tratamiento más adecuado para el adolescente.

En los casos en que el paciente es subsidiario de beneficiarse de la intervención dentro del programa (tratamiento ambulatorio intensivo), se planifica la incorporación al grupo de habilidades y, cuando es posible, se le asigna un terapeuta individual.

En los casos en los que no nos es posible ofrecer la terapia individual, esta debe ser realizada en el CSM o aportarla el paciente a través de algún recurso como el seguro escolar.

Después se informa al clínico derivante del CSM de los acuerdos realizados y de su papel a lo largo del tratamiento como gestor del caso y, en ocasiones, terapeuta individual.

Se establecen también los cauces de coordinación y se pone a su disposición, si es terapeuta individual, la posibilidad de participar en el grupo de profesionales del programa. En los casos en los que no nos es posible ofrecer la opción individual coordinamos, antes de ofrecer la asistencia al programa, con el terapeuta derivante.

Dedicamos una segunda sesión a devolver a paciente y familia nuestras sugerencias y, en su caso, a encuadrar la terapia, incluyendo en una

primera parte la información sobre los fundamentos de la TDC (teoría biosocial, dialéctica aceptación-cambio, evidencia científica) y el planteamiento de la terapia individual y grupal.

Normalmente se inician juntas ambas intervenciones dentro del equipo ATraPA, y los formadores de habilidades realizan también una sesión preliminar previa a la incorporación a los grupos.

En la segunda mitad de esta segunda sesión individual se abordan las expectativas del paciente sobre la terapia y se realiza una intervención motivacional, centrada en los objetivos propios del paciente y aquello que requiere para conseguirlos, intentos previos y sus resultados, etc. Sin objetivo no hay terapia; debemos mantener el foco en los objetivos y revisarlos periódicamente.

Es importante transmitir el valor diferencial de la terapia TDC para mejorar la calidad de vida de los pacientes en aquellos aspectos donde ellos mismos sienten la necesidad de mejora y su descontrol con los impulsos.

Se finaliza la sesión con el compromiso mutuo y firme incluyendo condiciones/reglas del tratamiento.

Consideramos importante incluir aquí el encuadre global de la psicoterapia individual de la manera más estructurada y anticipada posible. Es el momento de aclarar las cuestiones relacionadas con el horario, lugar, duración y estructura de las sesiones, periodicidad, fechas de inicio y fin de la intervención, etc.

En estas dos primeras sesiones se incluye también a la familia como parte implicada en el plan de tratamiento: sus expectativas, objetivos y forma de alcanzarlos.

A partir de la tercera, cada sesión se estructura como se indicó más arriba en este mismo capítulo: ficha, resolución de problemas y despedida, y siempre en torno a la jerarquía predeterminada en función de la gravedad de las conductas presentes y de los objetivos consensuados.

Tan importante son los temas que se tratan como la manera de abordarlos. El esquema que se repite es el siguiente, primero lo urgente —alcanzar control en la impulsividad— y después lo importante —abordaje de las situaciones traumáticas—.

A modo de orientación, es importante señalar que se incluyen en el primer nivel jerárquico tanto conductas suicidas actuales como ideación y tentativas suicidas; también las autolesiones, independientemente de su finalidad última (conductas parasuicidas, por ejemplo).

El segundo nivel de jerarquía, que pone la mirada en el riesgo de abandono, incluye también todas aquellas conductas que interfieren con la terapia, como retrasos, ausencias, pasividad, negativismo, disociaciones, incumplimiento de tareas y fichas, etc. En el mismo nivel 2, pero aplicado al terapeuta, deben ser ubicadas aquellas conductas del profesional que pueden poner en riesgo la continuidad del tratamiento, como ser demasiado flexible o demasiado rígido, focalizar en exceso en la aceptación o en el cambio, haber perdido la capacidad de resonancia emocional por efecto del *burnout*, poner en riesgo de *abandono* emocional al paciente o mostrar escasa adherencia a principios TDC. También se incluyen aquí las resistencias por parte de la familia al tratamiento.

En el nivel tercero (las conductas que interfieren con la calidad de vida) se incluyen conductas impulsivas, como consumo de tóxicos, pero siempre y cuando no pongan en riesgo la vida, ya que en ese caso sería de nivel jerárquico 1. Nos referimos a conflictos interpersonales, problemas escolares, problemas de salud física, etc..

Por último, pueden atenderse todos los demás intereses del paciente incluyendo cualquier material que desee compartir, como conflictos crónicos, traumas previos, etc.

Nuestra impresión, al menos durante el primer año de tratamiento del paciente, es que funciona mejor centrar la terapia en torno a las conductas presentes en el aquí y el ahora dentro de la jerarquía de prioridades antes de intervenir sobre traumas previos, conflictos internos o interpersonales crónicos.

Cuando el paciente esté más regulado emocionalmente, lo que puede llevar más de un año, será el momento de abordar los traumas previos. Además, esta estrategia puede ser motivadora para el paciente, que verá una ganancia si reduce los actos autolesivos y podrá así abordar con su terapeuta los conflictos importantes de su vida.

La herramienta central de trabajo en las sesiones es la ficha diaria (Anexo 1. Ficha diaria, al final de este capítulo).

En cada sesión, tras saludarse cordialmente, el terapeuta pregunta y solicita la ficha al paciente. Ambos la revisan analizando las emociones identificadas por este a lo largo de la semana, con sus correlatos conductuales y situacionales.

A lo largo del tratamiento se irá tratando de sustituir progresivamente las conductas desadaptativas por otras aprendidas en el grupo de habilidades.

Compartir la ficha al comienzo de la sesión forma parte del encuadre y ayuda a organizar la propia sesión. También es parte del encuadre seguir la jerarquía de gravedad indicada con anterioridad. De otra manera los pacientes pueden evitar ahondar en los aspectos críticos que les generan mayor malestar y, sin desearlo, se podrían reforzar indirectamente las conductas desadaptativas. Por ejemplo, si se identifica una conducta autolesiva en la ficha se comienza por el análisis funcional intentando entender lo que ocurrió desde todos los puntos de vista: los factores que han podido contribuir a aumentar la vulnerabilidad del paciente para que esa conducta se haya dado, las emociones primarias y secundarias asociadas, los pensamientos y sentimientos asociados a ellas, las situaciones que lo precipitan y aquellas que las pueden perpetuar en el tiempo. A continuación, paciente y terapeuta buscan soluciones o respuestas alternativas mediante la aplicación de alguna de las habilidades y dentro del plan de crisis preestablecido. No deben faltar comprensión para el paciente por la dificultad de la tarea ni firmeza para mantener el esfuerzo.

## **ESTRATEGIAS DE LA TERAPIA INDIVIDUAL**

La relación terapéutica es una parte esencial del tratamiento en TDC. Es responsable en buena medida de mantener al paciente en la terapia así como su compromiso con esta y con su propia vida. El profesional debe combinar una actitud realista, atenta, cálida, empática, flexible y, cuando corresponda, incluso irreverente.

Se trata de conducir un análisis funcional colaborativo de las conductas de manera sistemática y estructurada, siguiendo la jerarquía de problemas establecida por la propia TDC.

La dialéctica es una forma de acercarse a los acontecimientos. Permite aproximarse a los dilemas de la vida desde una posición abierta,

no rígida ni sentenciosa. A la dialéctica se llega contraponiendo opuestos, sean conductas, emociones o pensamientos, por medio de dilemas.

El dilema más característico de la TDC es moverse entre estos dos polos: qué debo intentar cambiar y qué debo aceptar (asumir), ambos desde la realidad del momento presente. Esa posibilidad de poner en una balanza aceptación y cambio es la modificación fundamental respecto a las terapias cognitivo-conductuales puras. La noción de aceptación es compleja. No se refiere a resignarse: se trata de abrazar esa nueva realidad. A la aceptación radical se llega desde la integración de la filosofía dialéctica con prácticas de influencia oriental tipo zen, como la práctica de *mindfulness* (capítulo 8).

Las estrategias de validación son importantes en el proceso de la aceptación. La validación de pensamientos, sentimientos y acciones del paciente por parte del terapeuta requiere que este adopte una actitud no sentenciosa e indague y valore la parte de verdad y de sabiduría que existe en las inferencias del paciente, sin trivializarlas. El terapeuta comunica al paciente que sus respuestas tienen sentido dentro de su contexto presente y le reconoce lo validable. Como ya se ha dicho, se parte de la base, y es importante explicitarlo en la terapia, de que el paciente lo hace lo mejor que puede, de que desea mejorar y que tiene la capacidad de cambiar y progresar.

El terapeuta, por tanto, es consultor del paciente y permanece de parte de este: le sirve de guía para que alcance sus objetivos. También hay que recordar que, aunque el paciente puede no haber causado todos sus problemas, los tiene que resolver de todos modos.

## VIÑETAS CLÍNICAS SUGIRIENDO LA UTILIZACIÓN DE ESTRATEGIAS DIALÉCTICAS, VALIDACIÓN Y CAMBIO

### • EJEMPLO N° 1

#### **Análisis funcional: emociones primarias y secundarias**

Análisis funcional con una adolescente de 16 años que refiere en terapia individual un enfrentamiento violento en su domicilio:

- Si dejo de tener episodios de rabia y hago lo que tú dices sería como dar la razón a mis padres, que siempre están diciendo que yo tengo la culpa de todo lo malo que ocurre en casa.
- Ya veo que sientes mucha rabia y que, de momento, solo la sabes

- expresar montando líos que luego te perjudican. ¿Y sabes de dónde te viene tanta rabia?
- Siempre la he sentido. Cuando viene mi padre a casa y empieza a chillar a todos y mi madre se calla. No lo soporto...
- ¿El silencio de una o los gritos del otro?
- Ninguno.
- ¿Qué llevas peor?
- Lo de mi madre.
- ¿Qué debería hacer?
- Enfrentarse, no dejarle entrar hasta que no se le haya pasado la borrachera.
- ¿Pasa muchas veces?
- Sí.
- ¿Siempre has sentido esa rabia?
- Sí.
- ¿Y cuando eras más pequeña?
- También... Bueno, tenía miedo de que pegara a mamá o a mí.
- ¿Es posible que tu rabia de ahora tape el miedo de entonces?
- No lo había pensado. Es posible.
- Tú crees que tu madre también tiene miedo.
- Nunca lo ha reconocido, pero creo que sí...
- ¿Tu madre se ha resignado a pasar miedo?
- Sí. Es lo que no soporto de ella.
- Cuando tú la lías en casa, ¿los demás pasan miedo?
- Mmm, no sé...
- Es posible que quieras expresar algo...
- ¿La rabia?
- Por lo que has contado ahora, la rabia parece que es una emoción secundaria. La emoción primaria es el miedo. Quizá quieres expresar el miedo que se siente en casa. Hacer sentir miedo a los demás. Miedo a que les hagas daño o que te hagas daño a ti misma. Al sacar solo la rabia es posible que tu mensaje no llegue, que no se entienda.
- No lo había visto así.
- Solo nos quedan 10 minutos para acabar la sesión. ¿Te parece si el próximo día traes a la sesión una carta con lo que te gustaría decirle a tu madre? Puedes utilizar DECIR PAN [acrónimo de una de las habilidades de relaciones sociales para pedir algo o decir sí o no]; vamos a repasarlo en la ficha de habilidades (...)
- No creo que sirva para nada.
- Por lo menos a ti te puede ayudar para aclarar tus emociones...
- Sí. Eso sí.

• **EJEMPLO N° 2**

**Validación, análisis de la reactividad del entorno y búsqueda de comunicación adecuada**

Una paciente que evita expresar el malestar en su entorno por temor a dañar o decepcionar a los demás. Se lamenta de que nadie la entiende y de que “no quiero preocupar, pero acabo preocupando más”.

Se le valida su necesidad de sentirse comprendida y apoyada. Se reconoce la dificultad que plantea expresarse en un medio que se alarma en exceso ante sus manifestaciones. Se trabajan estrategias adecuadas de comunicación con ambas partes utilizando estrategias del módulo de relaciones sociales.

• **EJEMPLO N° 3**

**Validación y análisis funcional de emociones**

Otra paciente llega muy deprimida a la sesión porque, tras discutir con el novio, se siente desesperanzada en cuanto a su evolución con la terapia. Refiere que sigue sin ser capaz de pedir ayuda, infravalorándose, exigiéndose y juzgándose en exceso, sin poder intimar en las relaciones y dependiendo de ellas para estar bien.

Se le señala la asociación que hace entre discusión con novio y el fracaso del tratamiento. Se ironiza sobre ello a la vez que se le valida su dolor. Se le reconoce el avance que supone identificar y expresar estas dificultades, así como las emociones que la acompañan. Se revisan los objetivos del tratamiento y se sugiere que puede estar sintiendo temor a ser abandonada también en el tratamiento. Se le ofrece analizar en qué consistió la discusión con su novio, sus emociones y respuestas.

• **EJEMPLO N° 4**

**Recordar para tomar fuerzas**

Una madre cuenta con dolor que oculta la enfermedad de su hija por vergüenza y culpa. Se siente una mala madre.

Se le valida que logre expresar sus temores y se la invita a que recuerde sus sueños acerca de su hija. Con ello parece recuperar otros aspectos de su papel como madre. A partir de ahí disminuye su necesidad de control y se permite buscar apoyos.

• **EJEMPLO N° 5**

**Acerca de la confidencialidad**

Una paciente decide comprar cannabis y guardarse una cuchilla en la habitación “por si me hiciera falta”.

Se le analizan y validan las emociones y sentimientos que le han llevado a hacerlo. No se valida la conducta. Se le señala la paradoja entre desear salir de las autoagresiones y el temor a no contar con ese recurso. Surgen sus temores a no contar con sus *amortiguadores*. Se valida el temor con ironía, pero también se revisan objetivos, compromisos y plan de petición de ayuda, y se realiza un diagrama de pros y contras de autolesionarse. Se buscan alternativas *amortiguadoras*. Al final de la sesión se plantea la incompatibilidad de cuchilla y terapia, y se le solicita que lo comunique a los padres —que aguardan en la sala de espera— y que retire la cuchilla de la habitación por ser un obstáculo para su tratamiento y un riesgo vital. Se le sugieren cinco estrategias del módulo de tolerancia al malestar como alternativas, para que elija al menos tres. Se le señala que cada día ponga en funcionamiento al menos una y que informe por correo electrónico al terapeuta el resultado de la práctica.

• **EJEMPLO N° 6**

**Vacío, validación y análisis**

Días antes de una interrupción por vacaciones, una paciente trae en su ficha que se ha autolesionado tras un periodo de cierta estabilidad y refiere: “Me sentía supervacía por dentro, deprimida y como si me hubiera perdido a mí misma, buscándome... Prefería incluso mi yo anterior, el emocional; sentir dolor, pero sentir algo. Por eso me autolesioné”.

Se valida su emoción y lo desagradable que debe ser sentir ese vacío. Se legitima su necesidad de sentir y de cierto *caos* interno. Puede reconocerse incluso la funcionalidad inmediata de la autolesión. Se realiza análisis funcional aportando entre otros el temor a la interrupción del tratamiento en vacaciones como posible acontecimiento precipitante de la vivencia de vacío. Se promociona el uso de las habilidades para lograr un beneficio mayor a medio/largo plazo en base a los objetivos establecidos. Se trata de evitar respuestas invalidantes, bien por minimizar las emociones del paciente o bien por culparle de sentirlas para así aminorar la tensión acumulada y el riesgo de nuevas autolesiones, a la par que actitudes en extremo controladoras y racionalizadoras en los pacientes.

## **INCORPORACIÓN DE LAS HABILIDADES EN LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL**

Según el problema que predomine se recurre preferentemente a unas habilidades sobre las otras.

Cuando en el paciente prevalece la confusión sobre sí mismo, sus emociones o su propia identidad, las prácticas de *mindfulness* serán la herramienta más apropiada. Gracias a la incorporación de habilidades de autoobservación (módulo de habilidades 1, *habilidades para tomar conciencia de uno mismo*) y de forma lenta pero progresiva, se irán integrando pensamientos, emociones y conductas, con lo que disminuye la disociación y se aminora la difusión de identidad.

A lo largo de las sesiones se percibirá un paciente más genuino y con mayor cohesión interna. Eso facilita el análisis y superación de los conflictos dentro y fuera de las sesiones a través de estrategias de resolución de problemas y habilidades de relaciones sociales.

Si predomina la impulsividad —suicidabilidad, conductas de riesgo, etc.— se hará énfasis en habilidades del módulo 4, *tolerancia al malestar*. Cuando la inestabilidad emocional sea lo más relevante, las habilidades de regulación emocional, que en ATraPA denominamos *emociones, pensamientos y conductas*, serán las más apropiadas.

En los módulos de tolerancia al malestar y regulación emocional (*emociones, pensamientos y conductas*) se intenta acercar al paciente a reconocer el sufrimiento y poder aceptarlo como parte de la vida. También se buscan alternativas de afrontamiento para gestionarlo de manera más adaptativa.

En el caso de los conflictos interpersonales habrá que entrenar y practicar mayoritariamente los contenidos del módulo 2, *habilidades de efectividad interpersonal*, que en ATraPA denominamos *módulo de relaciones sociales*.

Para los dilemas con la familia y el pensamiento polarizado, será útil trabajar con el módulo creado por Alec Miller específicamente para adolescentes y llamado *módulo en busca de la línea media*. Buscamos con ello una mayor capacidad empática y una menor rigidez cognitiva, sustituyendo el pensamiento dicotómico por el dialéctico, logrando *hacer lo que funciona* en muchas ocasiones y emitiendo menos juicios valorativos sobre las situaciones y las personas o sobre sí mismos y su forma de sentir, pensar o actuar.

En conjunto la terapia individual intenta lograr mayor cohesión interna, menor reactividad e impulsividad en los pacientes a favor de una mejor capacidad de respuesta. Lógicamente, en cada paciente el tera-

peuta orientará la intervención en función de las necesidades de este, que pueden variar de una sesión a otra. Es útil en ese sentido que el terapeuta sugiera determinadas tareas específicas al paciente que puedan reforzar sus puntos débiles, promover cambio, facilitar aceptación, etc.

## **LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL**

Como se señala en el capítulo 6, la familia del adolescente tiene un importante papel en el tratamiento. La familia representa el soporte fundamental del adolescente. Por todo ello, no se concibe realizar TDC sobre adolescentes sin incluir a la familia desde el primer momento en el entrenamiento de habilidades y el diseño del plan de crisis. El paciente tiene que incorporar progresivamente habilidades de autogestión pero, cuando sea posible, deberá ser capaz además de influir en su medio ambiente para que este facilite o al menos no bloquee la evolución.

Sobre la base de vulnerabilidad del adolescente y el entorno invalidante en la génesis de la desregulación emocional del TPL, habrá que promover una respuesta adecuada de la familia ante las emociones del paciente, evitando fundamentalmente tanto la indiferencia como la reactividad extrema. Es frecuente un estilo en la interacción basado en una excesiva censura emocional que promueve el individualismo y el hipercontrol.

Cada caso individual podrá precisar de diferentes intervenciones familiares en el contexto de la terapia individual, según como la familia particular influya o interfiera en la progresión terapéutica.

En nuestra experiencia, ayuda estructurar la intervención con la familia desde el primer momento antes de que la angustia derivada de los acontecimientos, la necesidad de control, etc., invadan la psicoterapia individual del adolescente. Esto no significa que el terapeuta individual se convierta en el consultor de terceras personas, pero sí que atienda a las necesidades que parten de la familia. En este caso se acuerda la forma de intervención familiar con el paciente de una forma estructurada dentro del proceso terapéutico. Si existe una situación de riesgo vital, la familia será informada, esté el paciente conforme o no. Lo mismo aplica en el resto de intervenciones de la TDC como excepción a la regla de confidencialidad.

Será importante cuando se le da entrada a la familia en la terapia individual no perder de vista que la función principal es ayudar al desarrollo personal del paciente.

• **EJEMPLO N° 7**

**Entorno invalidante y análisis funcional de las conductas**

Una paciente con historia de autolesiones frecuentes logró disminuir considerablemente la frecuencia e intensidad de las mismas. Tras varias semanas de intensa sobrecarga emocional, y tras múltiples estrategias utilizadas a lo largo del tiempo, se autolesionó una vez más y, por primera vez, se lo confesó a la madre. La respuesta de esta última fue: “Que no vuelva a ocurrir”. Además, la castigó, negándose a un cambio de instituto que previamente habían acordado, y la amenazó con dejar ambas la terapia en caso de que no le cuente las cosas o vuelva a autolesionarse. A continuación, ambas hacen como si nada hubiera pasado y la madre le pide a la hija que no lo cuente en la sesión.

• **EJEMPLO N° 8**

**Entorno invalidante y funcionamiento familiar**

Paciente que ha progresado en sus objetivos y se encuentra aceptablemente ajustada en los planos social y académico. La madre manifiesta no ver ningún cambio porque la paciente no confía ni se abre a ella. El padre decidió mantenerse al margen de la paciente para que esta se comunique más con la madre. La paciente empieza a rechazar al padre, al que pone en el lugar de *malo*. El padre entiende y se identifica con la introversión de su hija “para no hacernos sufrir o porque no vamos a ofrecerle un apoyo con muchas cosas”. Pese a todo, reconoce claros avances.

Se trabaja con los progenitores en torno a la aceptación de sí mismos y de su hija con sus diferencias y dificultades, complementándose. De esta manera, la madre respeta los silencios de la hija sin basar en ello la relación de confianza ni la progresión de la terapia, con lo que se siente menos frustrada y culpable. El padre se hace más presente y favorece encuentros con la hija que aminoran la dicotomía.

## **DIFICULTADES EN LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL**

A lo largo de la psicoterapia individual, y siempre dentro del enfoque dialéctico, el terapeuta debe permanecer atento a las diferentes resistencias del paciente para progresar en los objetivos.

## ACERCA DE LA FICHA DIARIA

Son muy frecuentes las resistencias y dificultades a la hora de cumplimentar la ficha diaria, lo que obstaculiza la generalización de habilidades. Estas dificultades interfieren con la terapia y deben encuadrarse, como se dijo anteriormente, en este epígrafe. Los pacientes suelen justificar la no cumplimentación por vaguería, falta de tiempo, olvido, falta de necesidad, etc. Rara vez esgrimen otros motivos más complejos. Sin embargo, como en el proceso en general, cabe destacar aquí el conflicto interno que experimenta el paciente ante varios dilemas: la necesidad de aceptarse frente a la necesidad de cambio; el deseo de aumentar su capacidad para obtener lo que necesita frente a la percepción de perder apoyos si logra una mayor competencia personal; el dilema entre mejorar aprendiendo nuevas habilidades frente al temor de que eso confirme a su entorno que todo el problema era él y no otros. Todas estas polaridades deben ser trabajadas en la terapia para vencer esas posibles resistencias.

En las primeras fases del tratamiento, la propia introspección que favorece la ficha produce intenso malestar y temor, por lo que también esas emociones tendrán que incluirse en la ficha y trabajadas en la terapia individual.

Para ello, ayuda recordar al paciente que la ficha diaria es una herramienta a su servicio y que tiene una función facilitadora para que alcance sus propios objetivos, centrados en alcanzar mayor bienestar interno y una vida que merezca la pena vivir.

Es habitual que el paciente haya identificado emociones en sí mismo a lo largo de la semana y que haya intentado utilizar alguna de las habilidades, pero también es frecuente que haya hecho uso de ellas pero no se haya dado cuenta de que lo ha hecho o que no lo manifieste, porque siente que lo ha hecho mal o que las habilidades no han funcionado. En otras ocasiones puede no entender lo suficientemente bien la ficha, las habilidades explicadas o cómo aplicarlas.

En las primeras sesiones suele ser necesario modelar, validar los intentos y dificultades, ajustar expectativas y utilizar estrategias de resolución de problemas.

Hemos visto que muchos de los pacientes no creen necesario cumplimentar la ficha tras una semana de calma, con menor intensidad emocio-

nal, precisamente cuando pueden haber utilizado más habilidades que no logran identificar. A otros les ha servido adaptar la ficha dándole su toque personal para sintonizar más con ella, lograr mayor confidencialidad en lo que registran a través del uso de sus propias siglas, etc. Esto es deseable y validable también.

La tendencia de los pacientes con inestabilidad emocional a juzgarse, la culpa, la vergüenza, el miedo a fracasar o a las críticas pueden ser algunas razones por las que no se cumplimente la ficha.

En cualquier caso, si no traen la ficha o si no la rellenan, habrá que desentrañar dichas resistencias. Se trata de un problema que se debe atender para ser resuelto; nunca ha de ser minimizado. Se debe explicar por parte del terapeuta, de manera no sentenciosa, la dificultad para ayudarle que supone no utilizar la ficha a la hora de alcanzar los objetivos y, dado que la ficha se le solicita al paciente al inicio de cada sesión individual, si no la trae, ha de rellenarla en la propia sesión para poder continuar con el esquema de trabajo. Si el paciente ya está en etapas avanzadas del tratamiento, esta ayuda en la cumplimentación será con la menor supervisión posible por el terapeuta.

En el caso de que se recurra a la mentira al rellenar la ficha, nosotros explicitamos la pérdida de confianza y trabajamos por restaurarla. Por el contrario, cuando el paciente incorpore la ficha de manera adecuada a las sesiones, es importante reforzar el esfuerzo reconociendo, por ejemplo, la facilitación que supone dentro del plan de la sesión, lo que permitirá abordar temas de especial interés para el paciente.

### • EJEMPLO N° 9

#### Uso inadecuado de la ficha

Una paciente que solo recurre a la ficha cuando está en crisis y desestima su utilidad de manera preventiva.

A lo largo de la sesión se da cuenta de que “las crisis nunca las veo venir”, lo que la genera desconcierto, malestar y anula su capacidad de respuesta. Desde este punto de vista, acepta la utilidad de la ficha. Al explorar sus resistencias, destaca el temor al fracaso y a que los padres esperen de ella que nunca entre en caos en caso de utilizar los recursos terapéuticos. Todo ello la bloquea a la hora de pedir ayuda e incorporar habilidades. Se valida su temor, lo manifiesta a sus padres y se ajustan las expectativas. Adquiere un compromiso realista para incorporar la ficha durante la semana siguiente.

## ACERCA DE LOS PROBLEMAS DE IDENTIDAD

Otro aspecto relevante tiene que ver con la interferencia que la difusión de identidad puede ejercer sobre la relación terapéutica. La falta de consistencia en el sentido del yo promovida por la propia inestabilidad emocional y por la falta de predictibilidad del paciente y de su entorno hacen que con frecuencia el paciente escrutine al interlocutor para obtener las claves acerca de cuál es la manera *correcta* de presentarse ante este. Así, se pueden adoptar diferentes pseudoidentidades que pueden resultar engañosas a la hora de valorar el progreso psicoterapéutico. El paciente puede aparecer ante el terapeuta en tono complaciente, cumplidor, minimizador, etc., por lo que evitará mostrarse emocionalmente de manera genuina y estará reproduciendo, en cierta medida, dinámicas aprendidas dentro del sistema familiar. Conviene recordar entonces que todo lo que no se trae a la consulta (secretos, pensamientos no contados, sentimientos no expresados, un miembro de la familia...) queda fuera de la terapia y, por lo tanto, no es susceptible de modificación.

El proceso terapéutico va a ser cambiante a lo largo del tiempo, así que el terapeuta debe estar atento tanto a la influencia recíproca entre él y su paciente como al cambio que se va produciendo en ambos y en su relación, fenómenos superponibles a los conceptos psicoanalíticos de *transferencia* y *contratransferencia*.

## OTRAS DIFICULTADES

En ocasiones, las dificultades para la generalización de habilidades a través de la terapia individual en TDC tienen que ver con la dispersión y pérdida de concentración por parte de paciente y/o terapeuta ante los estados de crisis emocional intensa repetidas, especialmente ante conductas autolesivas y amenazas suicidas. Estas situaciones son prioritarias en la jerarquía del tratamiento y obligan a posponer el resto de intervenciones.

Nosotros analizamos estas situaciones críticas de manera exhaustiva dentro del grupo de terapeutas (capítulo 7) para desentrañar los factores que actúan como precipitantes y, sobre todo, mantenedores de las crisis, y reorientar la intervención individual (y en su caso, también la grupal). Analizamos lo que nos podemos estar dejando fuera y que nos impide comprender y avanzar. También nos preguntamos por *la cuestión opuesta*, buscando polaridades y dilemas para abordar la situación desde todas las perspectivas posibles.

En aquellos pacientes en los que identificamos mucha intensidad emocional durante las sesiones individuales puede ayudar iniciar con algún ejercicio breve de *mindfulness* para centrar la atención y mantener la concentración en el plan de trabajo.

Finalizar con algún ejercicio de relajación, respiración o visualización también puede *destensar* el cierre de la sesión.

Cuando predomina la impulsividad, descontrol conductual, intensidad y labilidad emocional..., habrá que valorar procedimientos de apoyo como pueda ser el uso de psicofármacos, terapia a distancia, etc., para un mejor manejo sintomático.

En el extremo opuesto nos encontramos con pacientes especialmente sumisos, complacientes o pasivos con la terapia, que no se implican genuinamente en la misma o lo hacen de manera muy superficial. Nuevamente, desentrañar los motivos, analizando la contratransferencia y mediante técnicas como la clarificación y confrontación con el paciente, pueden facilitar que este se movilice. Es importante mantener la confianza y la concentración por parte del profesional en torno a la terapia mientras se resuelve esta dificultad. Esta actitud entre terapeuta y paciente puede ser también reflejo de dinámicas aprendidas intrafamiliarmente, por lo que hay que revisar tanto los miedos del paciente como las respuestas del terapeuta para no sobrerreaccionar ante cuestiones menores ni desatender problemas más serios.

Dentro del grupo de terapeutas se ayuda al clínico para que no se obstine en actitudes pesimistas ante un paciente negativista, en actitudes de pasividad reactivas frente al cliente pasivo o en actitudes hostiles con el discolo.

Cuando se aprecia riesgo de suicidio inminente, hay que abordarlo con el paciente y de forma directa e inmediata. En esos casos habrá que buscar adecuadamente el equilibrio dentro del dilema entre derecho a la intimidad y necesidad de seguridad. La repetición de los intentos no debe llevarnos a minimizar los riesgos y, aun en esa situación, se ha de buscar la colaboración. Llegado el caso, debe valorarse la puesta en marcha del plan de crisis y las figuras e instituciones de apoyo, incluyendo la posibilidad de ingreso en una unidad de hospitalización. Sea como fuere, la familia debe estar informada de los riesgos y podrá obtener pautas de conductas para minimizar estos.

En casos excepcionales con falta de implicación del paciente, en la terapia cabe proponer unas *vacaciones* del tratamiento para coger impulso y retomarlo después. Si persiste la misma actitud, se dan otras circunstancias que imposibiliten que el paciente se beneficie del tratamiento en el formato aplicado o hacen necesario alguna otra intervención distinta —por ejemplo una mayor intensidad terapéutica en un hospital de día— se mostrarán los motivos y se darán las recomendaciones correspondientes para luego proceder a la derivación.

Dentro de las reglas del tratamiento dialéctico conductual se incluye la necesidad de asistir a las distintas terapias para que el tratamiento tenga lugar y sea efectivo. En caso de faltar a cuatro sesiones consecutivas e injustificadas el paciente, es expulsado del tratamiento (individual y grupal) y pasa a control habitual en su centro de salud mental. Esta norma en ATraPA la aplicamos, aunque de manera individualizada y atendiendo a las circunstancias, y puede variar desde una expulsión temporal —hasta que finalice el módulo de habilidades en el que se encuentre el paciente o la vuelta en la que se encontraba— hasta la expulsión definitiva e irreversible. Estas decisiones se toman dentro del grupo de terapeutas.

El final de la terapia también entraña dificultad. Es habitual que los pacientes hayan mantenido durante el tratamiento TDC una frecuencia e intensidad terapéutica bastante mayor a la de un seguimiento habitual en nuestro sistema público, lo que puede dificultar el retorno con su clínico habitual a su centro de referencia. Todo ello puede dificultar por ambas partes la separación.

Es necesario trabajar desde el comienzo la finalización del tratamiento. El paciente sabe en todo momento la fecha exacta en que este proceso concluirá y, en la medida de lo posible, las condiciones.

Durante toda la terapia se mantiene al derivante como clínico de referencia y gestor del caso, y se reservan a este las decisiones relevantes en torno al plan de tratamiento: atención en las urgencias, derivaciones y otras atenciones. El paciente ha de tener claro desde el principio quién es su clínico de referencia en su centro de salud mental. Pese a ello, en ocasiones, pueden cambiar las necesidades del paciente a lo largo de la terapia y del tipo de seguimiento al finalizar el tratamiento; incluso puede darse el caso en que haya que intensificar la terapia a través de un recurso residencial o de hospitalización parcial, por ejemplo.

También puede coincidir que el paciente cumpla la mayoría de edad durante su periodo en ATraPA, por lo que la derivación al CSM será al equipo de adultos de este dispositivo. Estas situaciones nos han resultado especialmente difíciles de gestionar, pues puede existir una discrepancia entre la supervisión, control e implicación familiar que suponen los recursos de los programas de adultos respecto de los programas de infanto-juvenil y del programa ATraPA, con sus ventajas e inconvenientes en todos los casos. Nos ha pasado que los pacientes no logran *enganchar* con hospitales de día o CSM de adultos, por el motivo que sea. En algún caso se ha solventado esta dificultad a través de una mayor coordinación y adaptación mutuas (ATraPA con los recursos de salud mental de adultos) y hemos logrado ajustarnos mejor a las necesidades del paciente para hacer un alta progresiva por nuestra parte y una recepción en programas con importante intensidad terapéutica, como los programas de seguimiento adaptados para este tipo de pacientes.

En nuestro equipo de trabajo ATraPA hemos detectado cierta tendencia a la sobreprotección de estos pacientes desde su gravedad y desde la angustia que pacientes y familia nos transmiten. Nuevamente el grupo de terapeutas ha facilitado identificar estas situaciones para recordar una de las premisas del enfoque TDC: no tratar como débiles a los pacientes ni a nosotros mismos.

## FICHA DIARIA

En ella evalúa y conecta sus emociones, con los pensamientos y las conductas. Eso dará al paciente y al profesional una herramienta esencial para comunicarse entre ellos y será una puerta de entrada para poder entender cómo funciona su mente y proseguir en la TDC.

*(Ficha en página 75)*

.....



**REGISTRO  
TERAPIA DIALÉCTICA  
CONDUCTUAL**

INICIALES \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia lo rellenas?  Diariamente  2-3 veces  1 vez

Semana del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

DÍA Y FECHA	AUTOLESIÓN		IDEAS SUICIDAS		DROGAS		TRISTEZA		RABIA	MIEDO	FALSA EUFORIA	ALEGRÍA
	P	A	HAB.	P	A	HAB.	P	A				
Lunes												0-5
_____												0-5
Martes												0-5
_____												0-5
Miércoles												0-5
_____												0-5
Jueves												0-5
_____												0-5
Viernes												0-5
_____												0-5
Sábado												0-5
_____												0-5
Domingo												0-5
_____												0-5

**P** = Pensamientos (¿cómo son de fuertes? Valora de 0 a 5).

**A** = Acción (¿lo hice?) SI/NO. Escribe cuántas veces.

**HAB** = Aquello que haces para resolver una situación problemática o de riesgo (0-7)\*

**0** = No pensé en hacer nada

**1** = Lo pensé pero no quería

**2** = No las usé aunque quería

**3** = Lo intenté pero no fui capaz de usarlas

**4** = Lo intenté, lo hice y funcionó

**5** = Lo intenté lo hice, pero no me sirvieron

**6** = Lo hice sin proponérmelo y no sirvieron

**7** = Lo hice sin proponérmelo y sirvieron

Cosas importantes para ti esta semana (acontecimientos):

.....

## BIBLIOGRAFÍA

1. Linehan M. M., *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*, Guilford Press 1993.

.....

## *El grupo de habilidades. Ejemplos de presentaciones, ficha diaria y tarea para casa*

*María Mayoral*

.....

El grupo de habilidades es una de las principales aportaciones de la terapia dialéctico-conductual (TDC) <sup>(1)</sup>.

La consideración del trastorno de la personalidad límite como una entidad modificable mediante el aprendizaje de conductas aumenta las posibilidades terapéuticas y posibilita una visión más optimista de su evolución y sus consecuencias.

Tanto Marsha Linehan <sup>(1)</sup>, en su propuesta para adultos, como Alec Miller <sup>(2)</sup>, en su propuesta para adolescentes, consideran que el formato más adecuado para el aprendizaje de habilidades es el formato grupal.

Los grupos se realizan en coterapia y constan en su desarrollo de dos partes bien diferenciadas: la transmisión teórica de las habilidades por parte de los terapeutas y la revisión de una ficha (*ficha de habilidades, Anexo 1*) que pretende acompañar a los participantes durante toda la semana para recordar el uso de habilidades y fomentar el pensamiento reflexivo y la autoconciencia. Así, el grupo se considera el lugar donde las habilidades se aprenden y la terapia individual el espacio donde se promueve su generalización a la vida diaria. Precisamente para facilitar el aprendizaje, es deseable que en los grupos no exista una elevada intensidad emocional. Por este motivo los terapeutas se centran en la tarea, tratando solo de forma indirecta los procesos y dinámicas grupales propias de este formato de intervención. Además, se pide explícitamente a los participantes que los contenidos íntimos y/o con mucha carga emocional los trabajen en el espacio individual.

En población adolescente, las habilidades se agrupan en cinco módulos (*Anexo 2*) que tratan de dar respuesta a las distintas dificultades propias de la inestabilidad emocional. Tabla 1:

PROBLEMAS	HABILIDADES (LINEHAN, MILLER)	HABILIDADES (ATraPA)
Confusión sobre uno mismo: confusión acerca de las emociones, del <i>sí mismo</i> , disociación.	<b>Habilidades de conciencia</b>	<b>Habilidades para tener conciencia de uno mismo</b>
Impulsividad: <i>acting outs</i> , autolesiones, agresiones, etc.	<b>Tolerancia al malestar</b>	<b>Tolerancia al malestar</b>
Inestabilidad emocional: rápidos e intensos cambios de humor con poco control o estado emocional continuo negativo.	<b>Regulación emocional</b>	<b>Pensamiento, emociones, conducta</b>
Problemas interpersonales: patrón de dificultad para mantener relaciones estables, conseguir lo que uno quiere o para mantener autorrespeto; esfuerzos frenéticos para evitar el abandono.	<b>Efectividad interpersonal</b>	<b>Relaciones sociales</b>
Dilemas adolescente-familia: Aceptación frente a cambio; posiciones polarizadas (adolescente frente a familia). Pensamientos, sentimientos y conductas muy polarizadas y cambiantes del adolescente.	<b>Línea media</b>	<b>Buscando la línea media</b>

## DESCRIPCIÓN DE LOS GRUPOS EN ATraPA. ENCUADRE DE LOS GRUPOS

Los grupos están integrados por un número de entre 10 y 12 personas (adolescente y progenitor) más 2 terapeutas y varios observadores.

En nuestro programa, los grupos son multifamiliares e incluyen a un adolescente y a su progenitor (aquel identificado por el adolescente como primera figura de apoyo) para que los padres también tengan la oportunidad de aprender y favorecer el mantenimiento y generalización de las distintas habilidades, mejorando el ambiente en casa y el tipo de relación. Sin embargo, según está descrito en la literatura, existen diversas posibilidades a la hora de incluir a los familiares del adolescente en el grupo. Así, algunos equipos realizan un grupo de padres y otro de chicos, por separado. Otros, simplemente, enseñan las habilidades a los adolescentes.

La duración del programa es 30 sesiones desarrolladas a lo largo de un año escolar (haciendo el paralelismo con una *actividad extraescolar de estabilidad emocional*, por lo que se sigue el calendario escolar), con una frecuencia semanal. Este primer año es ampliable a un segundo curso completo, en función de la evolución del caso y las necesidades del paciente.

La distribución del espacio en el interior de la sala tiene una disposición en forma de teatro, herradura o semicírculo, que favorece el debate y la puesta en común en el grupo al mismo tiempo que permite una reflexión independiente en el asiento. Esta distribución facilita un ambiente más cálido, mantiene una distancia física corta entre unos y otros y establece un contacto visual más directo. Es una distribución polivalente y adecuada para compartir experiencias, hacer *role-plays* y realizar exposiciones.

El horario de los grupos es de 13:00 a 15:00 h, con el propósito de interrumpir lo menos posible la actividad escolar ordinaria.

Los módulos impartidos se reparten de la siguiente forma:

- Sesión **preliminar**, 1 sesión.
- Habilidades básicas **para conciencia de uno mismo**: 4 sesiones.
- Habilidades básicas **de relaciones sociales**: 10 sesiones.
- Habilidades básicas **de pensamiento, emociones y conducta**: 5 sesiones.
- Habilidades básicas **para tolerar el malestar**: 5 sesiones.
- Habilidades **para encontrar la línea media**: 4 sesiones.

En la sesión preliminar, se marca el encuadre del tratamiento, de la cual las reglas (*ver tabla en página 80*) son parte.

# REGLAS DEL GRUPO

- 1. VENIR.** Si se abandona el tratamiento, se está fuera del mismo. Se considera abandono cuatro faltas de asistencia no justificadas.
- 2. UN TRATAMIENTO, VARIAS TERAPIAS.** La terapia de grupo es un complemento del tratamiento, y no es suficiente para ayudar al paciente. Todos deben contar con una terapia individual donde se manejan las crisis.
- 3. LIMPIO.** No drogas. No alcohol.
  - Un terapeuta puede exigir un análisis de drogas. Negarse se considera un 'resultado +' y tendrá consecuencias similares.
  - Intoxicado no se puede entrar a ninguna actividad y será considerado como una falta.
  - El alcohol y las drogas tienen un efecto individual que acarrea consecuencias distintas. Si las drogas son un problema, se puede exigir un tratamiento paralelo para intentar dejarlo.
- 4. RESPETANDO LO ÍNTIMO.** Fuera de la sesión no se debe hablar de los intentos de suicidio o autoagresiones que se hayan realizado en el pasado. La terapia individual es el lugar adecuado cuando se tiene la necesidad de hablar de sexo, drogas, autolesiones y violencia.
- 5. ATREVERSE A PEDIR AYUDA (S.O.S.).** Hay que aprender a pedir ayuda: busca ayuda dentro de ti tus propios recursos.
  - 1.** Pide ayuda a tu figura de apoyo.
  - 2.** Pide ayuda a otra persona cercana.
  - 3.** Pide ayuda a tu terapeuta individual.
  - 4.** Pide ayuda en urgencias del centro de salud mental.
  - 5.** Pide ayuda en urgencias del hospital del barrio.
  - 6.** Pide ayuda por correo electrónico utilizando la terapia a distancia.
- 6. SABER GUARDAR SECRETOS.** Lo que se habla en el grupo, incluidos los nombres, es confidencial, excepto cuando está en riesgo la salud o la vida.
- 7. SER PUNTUAL Y RESPETUOSO CON LOS OTROS EN EL GRUPO.**
  - Se debe avisar por teléfono o correo electrónico si se va a llegar tarde a una sesión o si no se puede asistir.
  - El grupo es un espacio de convivencia donde hay que respetar a los demás y hacerse respetar.
- 8. RELACIONARSE FUERA DEL GRUPO SÍ, PERO CON NORMAS.**
  - La relación no es privada y todo se podrá hablar en los distintos lugares de terapia.
  - Si se incita al consumo de sustancias, sexo o autodestrucción, el equipo de tratamiento se reunirá para valorar las medidas a tomar, lo que puede llegar a decidir la expulsión inmediata.
  - Mantener contacto en redes sociales tipo Facebook®, Tuenti® o WhatsApp® solo se permite si se usa con una finalidad recreativa y abierta a todos, no como red al margen del tratamiento.

## LA ESTRUCTURA DEL GRUPO

En cuanto a la estructura del grupo, cada día la actividad arranca tras compartir un breve ejercicio grupal de conciencia plena (*mindfulness*). A continuación, de acuerdo al trabajo realizado con la ficha de habilidades, se repasan con cada uno de los miembros del grupo los momentos y las habilidades más significativas que se hayan utilizado durante la semana.

Tras una pausa y descanso de 10 minutos, se aprenden nuevas habilidades durante los 50 minutos restantes mediante las fichas específicas de cada módulo, y se plantean deberes para la semana siguiente.

Se utilizan las presentaciones y materiales de ATraPA para el desarrollo de debates, *role-playing*, testimonios...

## APORTACIONES DE ATraPA

En lo que se refiere al grupo de habilidades, la principal aportación de ATraPA es la adaptación a población adolescente de todos los materiales utilizados en la terapia, simplificando el lenguaje y adaptando el contenido y la iconografía a la edad y cultura del grupo y del país. Una de las primeras adaptaciones realizadas fue el cambio de nombre a los módulos, tal y como puede observarse en la *Tabla 1*.

Los materiales adaptados incluyen la ficha de habilidades y los acrónimos de las habilidades. Estos se han utilizado en la TDC como una forma de recordar las posibles estrategias de actuación en momentos de crisis para facilitar su uso y generalización. Los distintos acrónimos elaborados tienen sentido en sí mismos para ser recordados e incorporados al léxico común, tanto para la terapia individual como en los grupos o en familia. Así, en un momento de crisis, es más sencillo recordar la palabra CAPACES que todas las habilidades para sobrevivir a la crisis que el acrónimo contiene: Comparaciones, Ayudar a los demás, Pensar en otra cosa, Actividades distractoras, Cortar con la situación negativa, Emoción opuesta, Sensaciones intensas.

En nuestra experiencia, la utilización de acrónimos, además de potenciar al recuerdo y uso de habilidades, ayuda a crear una cultura grupal propia y facilita la relación con los adolescentes.

Otra de las aportaciones de ATraPA, en la línea de acercar las habilidades a los participantes, es la utilización de las nuevas tecnologías. Así, todos los materiales están disponibles en la página web del servicio, de acceso público, y en los grupos se recuerda con mucha frecuencia su disponibilidad tanto para las personas que acuden al mismo como para otros familiares que pudieran estar interesados en el aprendizaje de habilidades. Se sugiere que el progenitor que quede excluido de los grupos de habilidades (padre o madre) pueda seguir el curso con el material disponible en la web y la ayuda de sus familiares asistentes.

Asimismo, durante la realización de los ejercicios iniciales de *mindfulness*, se invita a los participantes a usar el teléfono móvil para compartir su música con el grupo. Esta se utiliza para centrarse en el momento presente llevando la atención a un estímulo externo (la música), ya que para algunas personas, sobre todo en las fases iniciales, es complicado centrarse en la respiración (estímulo interno), pues contactan con emociones demasiado intensas, difíciles de tolerar y que están acostumbrados a evitar. En otras fases de la terapia, y en función de la evolución de cada persona, se va haciendo el tránsito del estímulo externo al interno para favorecer la conciencia y aceptación de los distintos estados emocionales.

Por último, la distribución en forma de herradura descrita en el anterior apartado, es una adaptación *técnica* que modifica la distribución en forma de *clase* propuesta en los manuales. En opinión de los autores, esta distribución es más acorde con nuestra cultura.

## DIFICULTADES EN LOS GRUPOS

A lo largo de los años de recorrido del programa ATraPA, la realización del grupo de habilidades ha planteado, entre otras, las siguientes dificultades:

- **RESISTENCIAS RESPECTO A LA FICHA DE HABILIDADES**  
Suele ser uno de los primeros conflictos a los que han de enfrentarse los conductores del grupo. Las resistencias se presentan tanto para hacer la ficha como para usarla a lo largo de la semana o compartirla con los demás. Siguiendo el enfoque dialéctico, se trata de validar a los participantes en la dificultad de incorporar un cambio en la vida diaria, máxime cuando este cambio invita a parar y observar las emo-

ciones (justo lo contrario de lo que suelen hacer) en un intento de evitar el malestar. Pero de forma complementaria, además de comprender estas dificultades, los terapeutas del grupo hacen hincapié en la necesidad de utilizar la ficha como instrumento imprescindible de la terapia y, en caso de que las dificultades persistan, se trabaja en el mismo grupo para descubrir qué habilidades podrían utilizarse para eliminarlas. Dentro de unos márgenes flexibles y dando a los participantes un tiempo para entenderla e incorporarla en su vida, no se permite acudir al grupo sin haber rellenado o intentado rellenar la ficha de forma continuada.

### • **GRUPOS ‘COMO SI’**

Uno de los riesgos, aparentemente opuesto al anterior, es el de rellenar la ficha de forma supuestamente perfecta pero con unos contenidos superficiales y muy alejados de las difíciles vivencias que nuestros pacientes suelen experimentar en el momento vital en el que acuden al grupo. De forma respetuosa pero contundente, los terapeutas han de señalar estas discrepancias entre lo que los participantes cuentan en el grupo y lo que se deduce de su participación en él (grave inestabilidad emocional, ideas o conductas suicidas, dificultades interpersonales...). En ocasiones, a pacientes con muchas dificultades para conectar con su estado emocional, mental o sus necesidades personales, se les recomienda que seleccionen solo una habilidad y que se centren en aplicarla e informar en el grupo. Esto facilita la identificación de situaciones problemáticas y minimiza la tendencia a la dispersión o superficialidad propia de personas con un elevado grado de confusión.

### • **EL MANEJO DE LO ÍNTIMO**

Puesto que se trata de un grupo de aprendizaje de habilidades y no de otro tipo (psicodinámico, interpersonal, etc.), los participantes tienen la consigna de transmitir la información en relación a la ficha de la forma más neutra posible, indicando siempre que lo relativo a su intimidad deben abordarlo en la terapia individual. Esta directriz cobra sentido si se asume que un alto nivel de expresividad emocional dificulta el aprendizaje (que es, en último término, el objetivo del grupo). Aunque los miembros del grupo suelen agradecer esta diferenciación de los espacios terapéuticos, en algunas ocasiones resulta complicado para ellos adecuar el relato de lo acontecido en su semana, y surgen preguntas como: “¿Hasta dónde puedo contar?”, “¿cuento las habilidades que utilicé o cuento lo que

me sucedió?”, “si cuento esto, ¿alguien en el grupo, se sentirá molesto?”, “¿esto pertenece a la terapia individual o grupal?”. Por lo general, estas dificultades suelen desaparecer mediante la práctica y con ayuda del modelado de los terapeutas y de otros participantes más veteranos, lo que sirve también para que los participantes aprendan a identificar las situaciones verdaderamente relevantes de su semana y las describan de forma constructiva, enfocados al uso de habilidades de afrontamiento más que a la queja o el estancamiento en las dificultades.

### • LA INCLUSIÓN DE LOS PADRES

Aun cuando consideramos que la inclusión de un familiar en el grupo de habilidades presenta más ventajas que inconvenientes (mejora la adherencia al tratamiento, facilita la generalización de habilidades en el entorno del adolescente, permite explorar distintos modos de relación, etc.), existen otros aspectos que merecen ser considerados y adecuadamente manejados. Uno de ellos es el excesivo protagonismo de los adultos en detrimento de la participación de sus hijos. No es extraño encontrar que, en las primeras fases del grupo, sean los padres los que presenten más necesidad de compartir experiencias y más motivación por realizar el tratamiento. Aun cuando esto es natural, los terapeutas deben propiciar la participación de los chicos proponiendo actividades dinámicas (música en el móvil, role-playings, etc.) e invitándoles directa o indirectamente a expresar su opinión o compartir sus experiencias.

Otras de las situaciones conflictivas derivadas de la presencia de familiares en el grupo es la utilización del espacio grupal como un lugar protegido donde poder confrontar a los hijos aspectos que son difíciles de expresar en casa. Esta situación puede resultar tremendamente incómoda para el adolescente que, viendo su intimidad expuesta, suele reaccionar con agresividad o ira. Cuando esta dinámica se detecta, se valida la necesidad de abordar ciertos temas, pero se hace hincapié en el respeto a la intimidad de los participantes y se apela a la utilización de habilidades en el aquí y el ahora para resolver esa situación problemática. En otras ocasiones se pide explícitamente que el grupo no se utilice como un lugar donde continuar con discusiones o broncas que no han quedado cerradas previamente, ya que estas situaciones se viven con incomodidad por el resto de participantes e impiden el aprendizaje de habilidades, objetivo último del grupo.

Otra dificultad en relación con la presencia de los padres aparece cuando son ellos mismos los que no se vinculan al grupo. Nuestra experiencia es que, si esto ocurre, es muy difícil mantener la presencia del hijo en el tratamiento, ya sea porque directamente no les traen o porque, de forma consciente o inconsciente, el hijo trata de cuidar a su progenitor haciendo lo que se espera de él; es decir, abandonando el grupo, aunque él mismo sí pueda estar vinculado.

Por último, para aquellos chicos que están en una etapa más tardía de la adolescencia (17, 18 años), acudir al grupo con sus padres puede ser vivido como una forma de dependencia o regresión, y se sienten obligados a reducir un nivel de autonomía que ya habían adquirido. Hablar abiertamente de esta situación con el adolescente, validar su dificultad y buscar alternativas intermedias suele bastar para conseguir un compromiso por su parte y posibilitar la inclusión de su familiar de forma cómoda para todos.

• **GRUPOS... PERO DE WHATSAPP®**

Otra de las dificultades, propia de los tiempos que vivimos y acentuada por el grupo de edad con el que trabajamos, es la irrupción en la terapia de las nuevas tecnologías. A pesar de que en ATraPA, conscientes de la importancia de estas entre los adolescentes, se fomenta su uso (material colgado en la web, utilización de los teléfonos móviles para compartir música durante los ejercicios de conciencia plena, etc.), también se establecen unas claras normas en torno a la utilización del WhatsApp® u otras redes sociales entre los miembros del grupo. Tal y como ocurre con las relaciones entre los participantes (ver Reglas del grupo, página 80), no se prohíbe que se comuniquen entre ellos a través de mensajes de móvil, pero sí se les pide que cualquier cosa que se trate en privado pueda ser también tratada en el grupo, de manera que la comunicación a través del WhatsApp está sujeta a las mismas reglas que cualquier otro tipo de relación que se establece dentro de la terapia grupal: permitida, pero pública. En cuanto a la creación de grupos de WhatsApp® que incluyan a parte de los miembros del grupo excluyendo a otros (habitualmente los adolescentes, dejando fuera a padres y terapeutas) se les pide explícitamente que se abstengan de crearlos pues, en nuestra experiencia, la existencia de grupos virtuales paralelos vacía el grupo real de contenido, lo que dificulta la adecuada progresión del mismo y propicia los conflictos interpersonales entre los participantes. Un ejemplo de

manejo de estas situaciones es el ocurrido en uno de los grupos realizados en ATraPA, en el que los terapeutas supieron de la existencia de un grupo de WhatsApp®. Aprovechando el descanso en el intermedio de una terapia de grupo, los terapeutas se reunieron con los adolescentes —solo mujeres en esa edición—, pidiendo a sus padres que se quedaran fuera. De forma calmada pero firme se les recordó la norma en relación a la comunicación fuera del grupo, al tiempo que se validaba su deseo de entablar relaciones más estrechas con sus compañeras. Todas refirieron sentirse muy comprendidas e identificadas entre ellas y se resistían a eliminar el grupo, pues lo consideraban de ayuda. En la búsqueda de una vía intermedia entre su demanda y la norma de que las relaciones entre miembros del grupo fueran públicas, se les pidió que si el grupo seguía abierto, trajeran el contenido de los mensajes impreso. Aceptaron esta norma y, tras una semana, lo disolvieron. Un mes después, tres de ellos volvieron a organizar un grupo similar y nuestra respuesta fue la misma: eliminar el grupo de WhatsApp® se convirtió en condición para mantenerse dentro del tratamiento.

#### • **GESTIÓN DEL TIEMPO**

Otra dificultad frecuente en el manejo grupal es la gestión del tiempo, siendo el problema principal que la revisión de la ficha de habilidades dura más de lo previsto, en detrimento de la exposición teórico-práctica de las nuevas habilidades. El adecuado uso de los descansos, como un espacio necesario pero bien limitado en el tiempo, suele ser complicado, principalmente en aquellas sesiones en las que la revisión de la ficha ha llevado a situaciones de alta expresividad emocional.

#### • **ALGUNAS SITUACIONES ESPECIALES**

A lo largo de la vida de un grupo, pueden producirse situaciones que necesitan ser tratadas de forma especial, tales como la hospitalización de alguno de los miembros, el enfrentamiento entre varios participantes o con los terapeutas, el abandono o la expulsión del tratamiento de alguno de sus miembros e incluso la muerte por suicidio. Aunque cada uno de estos sucesos merece un abordaje particular, en líneas generales se trata de que los terapeutas modelen y promuevan la expresión abierta y sincera de las emociones suscitadas en cada uno de los participantes por el hecho en cuestión. En las situaciones de menos conflicto se utilizarán los primeros

minutos del grupo para retomar aspectos que pudieron no quedar cerrados en la sesión previa. Una situación que ejemplifica lo anterior fue la vivida en una de las primeras ediciones de ATraPA, en las que una de las adolescentes, justo antes de finalizar el grupo, declaró sentirse muy ofendida porque uno de los participantes se estaba riendo de ella. No especificó de qué persona se trataba, pero se mostró muy dolida y angustiada, lo que provocó una fuerte reacción emocional en sus compañeros y en los propios terapeutas. Al inicio del grupo siguiente, se la invitó a que hablara abiertamente de su experiencia, y los terapeutas relataron que para ellos mismos había sido una situación difícil. Esta autorrevelación favoreció la expresividad del resto de los participantes, que se permitieron hablar abiertamente de su angustia ante la posibilidad de ser cada uno de ellos el posible causante de la ofensa. Finalmente, la adolescente pudo expresar por quién se había sentido ofendida, de una forma correcta y modulada. A su vez, la persona señalada lo escuchó, explicó sus argumentos y se disculpó ante ella. Una vez hecho esto, el grupo transcurrió con normalidad.

En situaciones de mayor carga emocional (como un suicidio) puede ser necesario realizar uno o varios grupos extraordinarios para abordar el suceso de forma paralela al grupo de habilidades, que debe proseguir su marcha siempre y cuando los participantes lo puedan tolerar.

## **FORTALEZA DEL GRUPO**

Tal y como proponen Yalom y Vinogradov <sup>(3)</sup>, la presencia del grupo en sí mismo contiene muchos elementos terapéuticos que maximizan el poder *curativo* de las intervenciones. En nuestra experiencia, más allá de los contenidos y habilidades aprendidas en el grupo, la potencia de la intervención reside en las intensas identificaciones que se ponen en juego, en la cultura de ayuda mutua que se genera, en el sentimiento de pertenencia, complicidad y comprensión que experimentan tanto adolescentes como padres y en la posibilidad de compartir vivencias que son difíciles de explicar en un contexto diferente al del grupo de terapia. La presencia del aprendizaje vicario y la posibilidad de escuchar algunos señalamientos de boca de iguales más que de terapeutas, se suman a los elementos que fortalecen la intervención, lo que hace del grupo un espacio privilegiado para el cambio y la exploración de nuevas formas de relacionarse con iguales y familiares.

## *Anexo 1:*

### **FICHA DE HABILIDADES** (PARA SU USO EN LOS GRUPOS DE HABILIDADES)



**ATraPA**  
REGISTRO TERAPIA  
DIALÉCTICA  
CONDUCTUAL

INICIALES \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia lo rellenas?

Diariamente  2-3 veces  1 vez

Semana del \_\_\_\_\_

al \_\_\_\_\_

**MARCA LAS HABILIDADES QUE HAS UTILIZADO CADA DÍA**

Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo

**HABILIDADES BÁSICAS PARA TOMAR CONCIENCIA DE UNO MISMO**

QUÉ	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mente SABIA							
<b>OBSERVAR</b> (darte cuenta de lo que pasa)							
<b>DESCRIBIR</b> (poner palabras...)							
<b>PARTICIPAR</b> de la experiencia							
CÓMO							
<b>NO JUZGAR</b> (ni juzgarte si juzgas)							
Hacer <b>UNA COSA</b> en cada momento							
Hacer lo que <b>FUNCIONA</b>							

**HABILIDADES DE RELACIONES SOCIALES**

<b>EQUILIBRA</b> obligaciones con deseos							
Di <b>"NO"</b> a peticiones indeseadas							
<b>EFICIENCIA EN RELACIONES:</b> Describe, Expresa, Comunica, Refuerza, Mantén la Posición, Aparenta seguridad, Negocia ( <b>DECIR PAN</b> )							
<b>MANTENER LAS RELACIONES:</b> Valida, interesaté, se simpático y agradable ( <b>VISA</b> )							
<b>AUTORRESPECTO:</b> Sinceridad, <b>PRINCIPIOS</b> , no disculparse, ser <b>JUSTO (SIN PRINCIPIOS NO HAY JUSTICIA)</b>							
<b>REPARA</b> relaciones							

**HABILIDADES DE PENSAMIENTO, EMOCIÓN Y CONDUCTA**

<b>CÉNTRATE EN LA EMOCIÓN</b>							
Reducir vulnerabilidad: <b>CUÍdate</b> si estás enfermo; Drogas no; Ejercicio habitual; Nutrición sana; SuEño; ser <b>POSITIVO: ¡CUIDENSE Y SEAN POSITIVOS!</b>							
Identifica lo que te pasa: <b>Mírate</b> , Observa la emoción, Describe, Experimenta (no huyas), Recuerda (no eres lo que sientes), Acepta tus emociones ( <b>MODERA</b> )							
Tener experiencias <b>POSITIVAS</b> al día							
Objetivos <b>POSITIVOS</b> a <b>LARGO PLAZO</b>							
Actuar <b>OPUESTAMENTE</b> a la emoción							

**HABILIDADES DE TOLERANCIA AL MALESTAR**

<b>MEJORAR</b>							
<b>ACTIVIDADES PARA SOBREVIVIR:</b> DISTRAERSE Comparar, Ayudar, Pensar en otra cosa, Actividades distractoras, Cortar la situación negativa, Emoción opuesta, Sensaciones intensas ( <b>CAPACES</b> )							
<b>RELAJAR LOS 5 SENTIDOS</b>							
<b>MEJORAR EL MOMENTO:</b> Imaginación, Significado buscar, Oración, Relajación, <b>PRESe</b> nte, <b>Á</b> nimos, <b>VACACIONES (I-SORPRESA-VACACIONES)</b>							
<b>PROS Y CONTRAS</b>							

<b>ACEPTA</b>							
<b>ACEPTACIÓN</b> de la situación tal y como es ahora							

## Anexo 2:

### RESUMEN DE ACRÓNIMOS Y HABILIDADES

#### 1<sup>ER</sup> MÓDULO

#### HABILIDADES BÁSICAS

#### PARA TOMAR CONCIENCIA DE UNO MISMO

- **DISTINTOS TIPOS DE MENTE** (ficha en página 99)

Con la mente racional, las decisiones que se toman son lógicas y frías, sin atender a emociones y sentimientos.

Con la mente emocional, las decisiones se toman en caliente porque las emociones toman el control. La mente emocional se alimenta del cansancio y la falta de sueño, las drogas, el alcohol, el hambre o los excesos, el estrés, la enfermedad, etc.

La MENTE SABIA sintetizará intuitivamente la esencia entre estas dos mentes funcionales: la mente racional y la mente emocional.

Cuando funcionamos con MENTE SABIA tendremos un sentimiento profundo de coherencia.

- **HABILIDADES PARA ADQUIRIR MENTE SABIA**

1. **OBSERVAR.** Prestando atención únicamente a la experiencia que tiene lugar en ese instante. Contemplando en silencio cómo los pensamientos y sentimientos van y vienen, como si estuvieras mirando al cielo viendo las nubes pasar. No se trata de rechazar los pensamientos o sentimientos, sino dejarlos que pasen aunque sean dolorosos, como la cinta transportadora de las maletas en el aeropuerto.

2. **DESCRIBIR.** Es una acción posterior a observar. Se pone nombre y etiqueta todo lo que se observa, eligiendo palabras para las experiencias: “Me siento triste” o “mi corazón está latiendo”. Sin interpretaciones.

3. **PARTICIPAR.** Meterse de lleno en la actividad o la emoción que se siente sin preocuparse por el futuro ni darle vueltas a lo de ayer. Centrándose en el momento presente. Al vivir la experiencia, uno se olvida de sí mismo.

- **HABILIDADES SOBRE CÓMO HACER PARA ADQUIRIR MENTE SABIA**

1. **NO JUZGAR NI JUZGARSE.** Renunciando a enfoques evaluativos (bueno o malo) o calificativos (terrible o genial). Ateniéndose a los hechos y distanciándose de las propias opiniones, ajustándose a *quién*,

*qué, cuándo y dónde.* Aceptando cada momento y cada hecho como el campo de hierba que recibe tanto la lluvia como el sol o las hojas del otoño. Reconociendo lo que ayuda y es sano frente a lo que es dañino y perjudicial, pero sin juzgarlo. Diferenciando la descripción de la consecuencias de la conducta y los acontecimientos. Y si nos sorprendiéramos juzgando, no juzgar el propio hecho de juzgar.

2. Hacer y pensar en **UNA COSA** cada vez y en cada momento. Concentrando la atención. Haciendo cada cosa con toda nuestra atención. Y cuando nos demos cuenta de que nos hemos distraído, atenderemos de nuevo, exclusivamente, lo que estamos haciendo. Una y otra vez, y otra, y otra. Si nos damos cuenta de que estamos pensando o haciendo dos cosas a la vez reaccionaremos amablemente, y sin juzgarnos por ello pero intentaremos llevar la acción o el pensamiento a una sola cosa. Si nos vuelve a pasar, nuevamente y de forma amable, sin criticarnos, repetiremos la acción, intentando estar en solo una cosa en cada momento. Así, cuantas veces sea necesario.
3. Hacer lo que **FUNCIONA**, siendo eficaz y efectivo. Haciendo lo que requiere cada situación. Siguiendo las normas del juego. Actuando con habilidad. Adaptándose a cada situación. Sin empeñarse en que la situación debería ser así o de aquella manera. Manteniendo nuestros objetivos sin olvidar qué es lo que necesitamos para conseguirlos. Renunciando a la venganza y a la rabia o a la rigidez en el uso de principios, cuando solo sirve para herirnos.

## 2º MÓDULO

### HABILIDADES BASICAS PARA LAS RELACIONES SOCIALES

#### • **DIFERENCIAR LAS RELACIONES SOCIALES**

*(ficha en páginas 100-101)*

#### • **OBJETIVOS DE RELACIONES SOCIALES** *(ficha en páginas. 102-103)*

Acrónimo **CO-R-RE** (para sentirse bien en una relación): **C**onseguir tus **O**bjetivos, mantener la **R**elación, mantenerte el **R**Especto a ti mismo.

#### 1. **C**onseguir alcanzar nuestros **O**bjetivos:

- **Saber comunicar.** Dar a conocer nuestros derechos para que se nos respete.
- **Saber pedir.** Pedir cosas a los demás de tal manera que nos las concedan.
- **Saber rechazar.** Rechazar peticiones no deseadas o poco razonables.
- **Saber negociar.** Resolver conflictos interpersonales.
- **Lo anterior + saberse imponer.** Conseguir que nuestra opinión cuente.

#### 2. Efectividad de la **R**elación. Construir o mantener una buena relación

- Actuar para agradar a la otra persona y seamos dignos de su respeto.
  - Poner en una balanza la obtención de nuestros objetivos inmediatamente y el bien de la relación a largo plazo.
3. Efectividad en cuanto al **REspeto** personal. Mantener o mejorar las buenas sensaciones con respecto a uno mismo.
- Respetar los valores y creencias propios, coherencia de actividad y moral.
  - Actuar de manera que nos sintamos competentes y eficientes.

• **OTRAS HABILIDADES BÁSICAS EN RELACIONES SOCIALES**

- **EQUILIBRAR** obligaciones con deseos.
- Decir “**NO**” a peticiones indeseadas.

• **EFICIENCIA EN LAS RELACIONES** (ficha en páginas. 104, 105 y 106)

Acrónimo **DECIR PAN** (para pedir algo, decir “sí”, decir “no”):

1. **Describe** la situación con objetividad y brevedad.
2. **Expresa**, claramente, tus sentimientos en relación a la situación. Es necesario asumir que nuestros sentimientos no son evidentes para todo el mundo.
3. **Comunica**, pide lo que quieras y/o di “NO” con firmeza, sin esperar a que la gente sepa qué queremos que haga si no se lo decimos.
4. **Refuerza** y muestra a las personas los efectos positivos al obtener lo que deseas o necesitas.
5. **Mantén la Posición**, teniendo firmeza al mantenernos centrados en nuestros objetivos, sin distraerse con otro tema.  
Estrategias para mantener la posición:
  - Batir el récord. Pidiendo, diciendo que “no” o expresando nuestras opiniones una y otra vez.
  - Ignorar. Si otra persona nos ataca, amenaza o intenta cambiar de tema, ignoraremos la amenaza y mantendremos nuestro punto de vista.
6. **Aparenta y muestra seguridad en ti mismo**, usando un tono de voz que exprese confianza apoyado por el apropiado contacto visual.
7. **Negocia**: estemos dispuestos a **DAR PARA RECIBIR**. Ofrecer y pedir soluciones alternativas al problema. Reducir nuestro nivel de demanda.

• **OTRA HABILIDAD DE RELACIONES SOCIALES**

- **Volver las tornas**: ante un problema para el que te dicen que tus soluciones no sirven, devuelve o vuelca el problema sobre el interlocutor. Pídele soluciones alternativas.

• **HABILIDADES PARA MANTENER LAS RELACIONES** (ficha en páginas 107-108)

Acrónimo **VISA**:

1. **Valida, reconoce** los sentimientos de la otra persona, sus deseos, dificultades y opiniones acerca de la situación. Tampoco juzgues a los demás.
2. **Interésate, escucha** y muestra interés por la otra persona. Escucha su punto de vista, su opinión y las razones por las que nos niega un favor o nos pide algo. Sin interrumpir ni discutir.
3. **Simpático y amable**, usa el humor. Sonríe. Tranquiliza a la otra persona. Conquístala, cálmala.
4. **Agradable**, afable, utiliza un enfoque o tono cortés y sosegado.

• **HABILIDADES PARA ALCANZAR TU AUTORRESPECTO**

Acrónimo **SIN PRINCIPIOS NO HAY JUSTICIA**:

1. **SIN**ceridad, **no mentir**, no aparentar estar desesperados si no es verdad.
2. **PRINCIPIOS**: mantener los valores que defendemos.
3. **NO disculparse por sistema**. No hay que pedir disculpas por estar vivo, por tener opinión propia, por no coincidir con los demás.
4. **SER JUSTO** con respecto a uno mismo y a los demás.

• **OTRAS HABILIDADES DE RELACIONES SOCIALES** (fichas en páginas 109-111 y 111-112)

- REPARA RELACIONES.

## 3<sup>ER</sup> MÓDULO

### HABILIDADES PARA REGULAR EMOCIONES, PENSAMIENTOS Y CONDUCTA

• **CENTRANDOSE EN LA EMOCIÓN. RADIOGRAFÍA DE UNA EMOCIÓN** (ficha en página 113)

• **EJEMPLOS DE EMOCIONES** (fichas en páginas 114 y 115)

• **HABILIDADES PARA REDUCIR TU VULNERABILIDAD**

Acrónimo: **¡CUÍDENSE Y SEAN POSITIVOS!**

1. **CUÍDATE** si estás enfermo. *Mens sana in corpore sano.*
2. **Drogas no**. Di “no” a los tóxicos.
3. **Ejercicio habitual**. 20 minutos de deporte al día.
4. **Nutrición sana**. Comer equilibradamente no es lo mismo que comer poco.
5. **SuEño**. Duerme las horas necesarias

**6. SER POSITIVO.** No alimentes las emociones negativas: alimenta las positivas y equilibra la mente emocional.

Realiza todos los días una actividad que te haga sentir competente.

• **HABILIDADES PARA IDENTIFICAR LO QUE TE PASA** (*ficha en páginas 116-117*)

Acrónimo: **MODERA** la emoción.

**1. Mírate:** detente y mira.

**2. Observa la emoción,** nota su presencia. Intenta separarte de la emoción. No te dejes atrapar por ella.

**3. Describe,** intenta no bloquear o suprimir la emoción, descríbela.

**4. Experimenta la emoción (no huyas),** con la capacidad del junco para doblarse ante el viento. No la hagas crecer, no la exageres. Puedes contenerla.

**5. Recuerda (no eres lo que sientes),** no hay por qué actuar al dictado de la emoción.

**6. Acepta tus emociones** y tus pensamientos en cada momento.

• **OTRAS HABILIDADES DE PENSAMIENTO, EMOCIONES Y CONDUCTA**

- Tener experiencias POSITIVAS todos los días.

- Objetivos POSITIVOS a LARGO PLAZO.

- Actúa de manera OPUESTA a la emoción.

## 4º MÓDULO

### HABILIDADES PARA TOLERAR EL MALESTAR.

### HABILIDADES PARA SOBREVIVIR A LAS CRISIS

• **HABILIDADES PARA DISTRAERSE** (*ficha en páginas. 118, 119 y 120*)

Acrónimo **CAPACES:**

**1. Comparaciones.** Imaginar a cómo se enfrentan otros a esos mismos problemas y tratar de entender cómo se sienten.

**2. Ayudar a los demás:** dirigir la atención a otros para olvidarte de ti mismo.

**3. Pensar en otra cosa:** recurrir a pensamientos distractores.

**4. Actividades distractoras:** llevar a la acción situaciones que hagan incompatible la respuesta habitual.

**5. Cortar con la situación negativa** bloqueando la mente o dejando de lado y aparcando una situación (se aconseja no abusar de esta técnica).

**6. Emoción opuesta.** Sustituir una emoción por otra menos negativa:

1. Definir la emoción actual.
2. Seleccionar la emoción opuesta.

**7. Sensaciones intensas:** provocarse uno a sí mismo sensaciones intensas como forma de aliviar la tensión puede funcionar, pero siempre debe ser la última opción. En ocasiones es necesario que, si lo haces, estés en compañía de alguien. Debes poner cuidado porque hay riesgo de que te acostumbres y te olvides de aliviar la tensión emocional de otras formas que pueden ser menos rápidas pero más naturales. Un ejemplo rápido de sensación intensa puede ser tomar un hielo entre tus manos y centrar toda tu atención en las sensaciones que experimentas.

• **OTRAS HABILIDADES PARA TOLERAR EL MALESTAR**

RELAJAR LOS 5 SENTIDOS: vista, olfato, oído, tacto y gusto, proporcionándose estímulos positivos.

• **HABILIDADES PARA MEJORAR EL MOMENTO** (ficha en páginas 121 a 125)

Acrónimo **I-SORPresA-VACACIONES:**

1. **Imaginación:** imaginar otras escenas que sean muy relajantes. Imaginar que todo va bien. Inventar un mundo de fantasía sereno y hermoso y dejar que la mente entre en él. Imaginar que las emociones dañinas se extinguen como el agua de una fuente.
2. **Significado, sentido:** buscar y hallar el significado, encontrar o crear algún propósito o valor al dolor. Hacer de la necesidad virtud. Hacer del problema una oportunidad.
3. **Oración:** creyentes y no creyentes pueden encontrar consuelo y paz en la oración o el diálogo interior o imaginario con seres queridos.
4. **Relajación:** recurrir a una forma de relajarse.
5. **PREsente:** centrar la atención en lo que estamos haciendo. Quedarse en el preciso momento en el que estamos, situar la mente en el presente.
6. **Ánimo:** animarse a sí mismo. Repetir una y otra vez: “Puedo superarlo”, “no durará para siempre”, “saldré de esta”, “estoy haciéndolo lo mejor que puedo”.
7. **VACACIONES:** realizar una actividad placentera, aunque sea por unos minutos.

• **MÁS HABILIDADES PARA TOLERAR EL MALESTAR** (ficha en página 126)

- PENSAR EN LOS PROS Y LOS CONTRAS.
- ACEPTACIÓN.

## 5º MÓDULO

### HABILIDADES PARA ENCONTRAR LA LÍNEA MEDIA

(fichas en páginas 127 a 130)

El principio dialéctico fundamental es el que se establece entre cambio y aceptación. Las conductas, pensamientos y emociones dicotómicas y extremas son fracasos dialécticos, al quedarse atrapado en la polaridad sin lograr la síntesis.

**1. ACEPTACIÓN** de la situación tal y como es ahora.

Aprender a encontrar el punto justo entre la necesidad de aceptarse uno a sí mismo y la necesidad de cambiar, desarrollando un

#### **PENSAMIENTO DIALÉCTICO**

Enfrentarse a los dilemas de la vida con un pensamiento dialéctico requiere:

1. Alejarse del pensamiento bipolar.
2. Entrenarse en observar todas las caras o puntos de vista de una situación conflictiva, encontrando el núcleo de verdad en cada uno de ellos.
3. Recordar que nadie tiene la verdad absoluta, permaneciendo abierto a todas las alternativas.
4. Utilizar frases que empiecen por: “Yo creo...” o “yo pienso...”.
5. Aceptar que las diferentes opiniones pueden ser válidas, incluso en los casos que tú no estás de acuerdo con ellas.
6. No asumir de antemano que sabes lo que los demás piensan.
7. No asumir de antemano que los demás saben lo que tú quieres decir.

#### **2. VALIDACIÓN**

**AUTOVALIDARSE** implica percibir los actos, sentimientos y pensamientos propios como adecuados y aceptables para una situación concreta.

**VALIDAR A LOS DEMÁS** implica comunicar a la otra persona que sus sentimientos, pensamientos y actos tienen sentido y son comprensibles para ti (dada la situación) con estos gestos:

1. Escuchar de forma activa, mirando con atención a la persona que nos habla.
2. Estar atento a tus propias reacciones (palabras y gestos), ya que a veces pueden ser invalidantes.
3. Pensar en lo que esa persona estará pensando en ese momento.
4. Comunicar a la otra persona que entiendes realmente cómo se siente.
5. Ser tolerante en función de las circunstancias y la historia del otro.
6. Responder con respeto y consideración.

**3. MANEJO DE LAS CONTINGENCIAS AMBIENTALES** para aumentar la frecuencia de aquellos comportamientos que deseamos y reducir la frecuencia de las conductas que no deseamos (en nosotros mismos o en otros):

1. Reforzándolas, añadiendo CONSECUENCIAS (positivas, negativas) o autorrefuerzos asociados a la conducta en cuestión.
2. Reforzando también la secuencia de pequeños pasos previos que conducen a la conducta deseada.

.....

## *Anexo 3:*

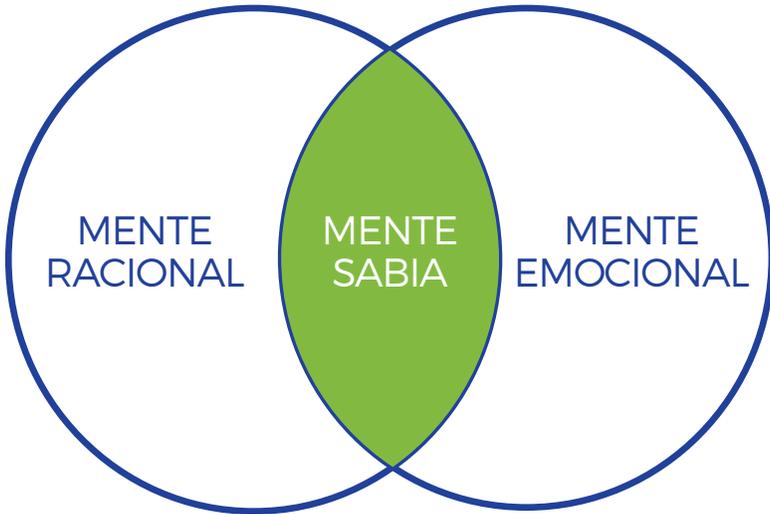
### **FICHAS DE TRABAJO DEL PROGRAMA ATRAPA**

Se muestran aquí varios ejemplos. El resto del material está disponible la página web del Servicio de Psiquiatría del niño y el adolescente del HGUGM: Asistencia/ Programas específicos/ ATRAPA/ Materiales

.....

## HABILIDADES PARA TOMAR CONCIENCIA DE UNO MISMO FICHA N° 1

Conocer tu propia mente.



*"Somos los arquitectos de  
nuestra propia mente."*

Santiago Ramón y Cajal



## HABILIDADES PARA LAS RELACIONES SOCIALES

### FICHA PRELIMINAR (Nº 0)

*Distinguir entre todas las relaciones que tenemos o podemos tener:*



### RELACIONES VITALES

Se refieren a la familia (padres, hermanos, abuelos). La importancia va cambiando a lo largo de la vida. De bebé son fundamentales para sobrevivir. Después tenemos que aprender a distanciarnos, a vivir sin ellos. De cualquier forma te acompañarán toda la vida y tú les acompañarás, te lleves bien o mal con ellos. La relación suele ser asimétrica.

### RELACIONES MUY IMPORTANTES

En un momento de tu vida o a lo largo de toda ella ocupan el lugar principal en tus relaciones sociales. Pueden cambiar a lo largo de la vida, aunque esos cambios generan dolor y dudas. La relación ha de ser simétrica y cada uno mantiene sus objetivos —aunque no coincidan— a lo largo del tiempo de relación. Si la relación es asimétrica se siente el dolor de la dependencia y el temor al abandono. Si es simétrica, cada uno sabe por qué está y desea estar, se siente bienestar.

Por ejemplo:

- Novio/a
- Amigo/a íntimo

Otra persona o grupo que se convierte en muy importante en un momento de tu vida, como:

- Una pandilla
- Un terapeuta
- Un miembro de tu familia



## HABILIDADES PARA LAS RELACIONES SOCIALES

FICHA PRELIMINAR (N° 0)

### COMPAÑEROS

Son relaciones que te acompañan en un momento de tu vida. Compartes con ellos cosas y a veces, aunque no siempre, tienes los mismos intereses, pero al margen de esos intereses la vida de cada uno circula por vías distintas. En un momento de tu vida pueden ocupar un lugar principal en tus relaciones sociales porque pasas mucho tiempo y te gustaría que pasaran al grupo de 'muy importantes'. Solo unos pocos lo harán. A veces puedes sentirte muy confuso entre quiénes son del grupo de relaciones muy importantes y el de compañeros. Si la relación es asimétrica y uno desea más del otro de lo que le quiere dar, se siente baja autoestima (si no te aceptan) o agobio (si te exigen). El grupo de compañeros cambia mucho a lo largo de tu vida. La separación suele dar tristeza, pero no el dolor de las relaciones muy importantes.

Por ejemplo:

- Compañeros de clase
- De trabajo
- De grupo de terapia
- Otros

### CONOCIDOS

Son personas a las que ves con alguna frecuencia y con las que tienes una relación variable, distante; suele ser una relación cómoda para ambos, pero no de amistad.

Por ejemplo:

- Vecinos
- Otros compañeros de instituto
- Otros compañeros de trabajo
- Personas que te encuentras todos los días en el metro, autobús...

### DESCONOCIDOS

Son personas a las que no conocías previamente y con las que te encuentras en un momento de tu vida. Aunque les acabes de conocer, puedes tener la sensación de una relación muy intensa.

*Es importante sumar, no restar*

### ¡ATENCIÓN!

### LAS FIGURAS DE AUTORIDAD

pueden estar dentro de cualquiera de las anteriores. Son aquellas personas que tienen el deber y derecho a poner límites y normas.

Por ejemplo:

- Padres
- Terapeutas
- Profesores
- Policía



©ATraPA

## HABILIDADES PARA LAS RELACIONES SOCIALES FICHA N° 2

Para sentirse bien en una relación...

Acrónimo para acordarse:

# CORRE

CONSEGUIR + OBJETIVO + RELACIÓN + RESPETO



## HABILIDADES PARA LAS RELACIONES SOCIALES

FICHA N.º 2

### Objetivos de la efectividad.

Recuerda el acrónimo **CORRE** para tener siempre en mente los tres niveles.

## EFFECTIVIDAD EN CUANTO A CONSEGUIR OBJETIVOS

Conseguir alcanzar nuestros objetivos

**SABER COMUNICAR.** Dar a conocer nuestros derechos de manera que se nos respete.

**SABER PEDIR.** Pedir cosas a los demás de tal manera que nos las concedan.

**SABER RECHAZAR.** Rechazar peticiones no deseadas o poco razonables.

**SABER NEGOCIAR.** Resolver conflictos interpersonales.

**TODO LO ANTERIOR + SABERSE IMPONER** Hacer que nuestra opinión o punto de vista se tenga en cuenta.

PREGUNTAS:

1. ¿Qué resultados o cambios específicos quiero conseguir en esta relación?
2. ¿Qué tengo que hacer para obtener resultados? ¿Qué funcionará?

## EFFECTIVIDAD DE LA RELACIÓN

Construir o mantener una buena relación

- Actuar de manera que le sigamos gustando a la otra persona y seamos dignos de su respeto.
- Encontrar el equilibrio entre obtener nuestros objetivos inmediatamente y el bien de la relación a largo plazo.

PREGUNTAS:

1. ¿Cómo quiero que se sienta la otra persona conmigo una vez acabada la interacción?
2. ¿Qué tengo que hacer para mantener esta relación?

## EFFECTIVIDAD EN CUANTO AL RESPETO PERSONAL

Mantener o mejorar las buenas sensaciones con respecto a uno mismo

- Respetar los valores y creencias propios, actuar de manera que nuestra actividad encaje con nuestra moral.
- Actuar de manera que nos sintamos competentes y eficientes.

PREGUNTAS:

1. ¿Cómo me quiero sentir respecto a mí mismo después de que acabe la interacción?
2. ¿Qué tengo que hacer para sentirme así? ¿Qué funcionará?



©ATraPA

## HABILIDADES PARA LAS RELACIONES SOCIALES FICHA N° 8

Guía para la efectividad en la consecución de los objetivos:  
intentar obtener lo que se desea.

Acrónimo para acordarse:

# DECIR

DESCRIBIR + EXPRESAR + COMUNICAR + REFORZAR

# PAN

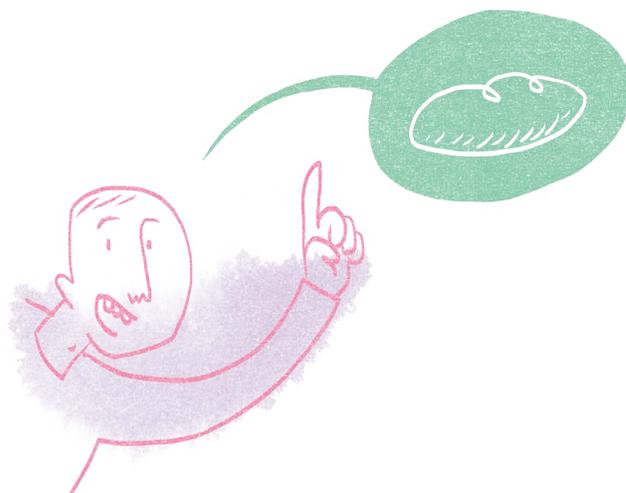
MANTENER  
LA  
POSICIÓN

+

APARENTAR  
SEGURIDAD EN  
UNO MISMO

+

NEGOCIAR



## HABILIDADES PARA LAS RELACIONES SOCIALES

FICHA N.º 8

Recuerda el acrónimo **DECIR PAN** para tener en mente los puntos más importantes cuando quieras decir **SÍ** o **NO** a alguien.

### DESCRIBE

Cuando sea necesario, DESCRIBE brevemente la situación en la que estás. Debes centrarnos en los hechos.

### EXPRESA

EXPRESA claramente tus sentimientos y opiniones acerca de la situación. Asume que tus sentimientos y opiniones no son evidentes para todo el mundo. Explica la lógica de lo que te ocurre. Usa frases como "quiero", "no quiero", en vez de "necesito", "deberías" o "no puedo".

### COMUNICA

COMUNICA lo que quieres. Pide claramente lo que quieres. Por ejemplo, si no quieres hacer algo, di "no" con rotundidad. No esperes que la gente sepa lo que quieres que hagan si no se lo dices con claridad. Asume que los demás no pueden leer tu mente. No esperes que los demás sepan que te cuesta mucho pedir directamente lo que quieres.

### REFUERZA

REFUERZA positivamente a la otra persona o personas con antelación.

Puedes explicar las consecuencias.

Muestra a las personas los efectos positivos de obtener lo que deseas o necesitas. Si es necesario, infórmale de los efectos negativos en caso de que no consigas lo que necesitas. Ayuda a esas personas a sentirse bien con antelación por hacer o aceptar lo que queremos. Recompénsalas después agradeciéndoselo.

### MANTENER LA POSICIÓN

Tienes que mantener tu POSICIÓN y centrarte en tus objetivos: mantener la posición y no distraerte con otro tema.

- a) Batir el récord ante una negativa. Para hacerlo tienes que seguir pidiendo, diciendo que "no" o expresando tus opiniones una y otra vez.
- b) Ignorar. Si otra persona te ataca, amenaza o intenta cambiar de tema, simplemente ignora la amenaza, sus comentarios negativos o sus intentos de distraerte. Es decir, mantén tu punto de vista.



**HABILIDADES PARA LAS RELACIONES SOCIALES**  
FICHA N° 8

## APARENTAR SEGURIDAD EN UNO MISMO

APARENTA Y MUESTRA SEGURIDAD. Usa un tono de voz que exprese confianza. Mira a la otra persona. No la desafíes. Nada de tartamudear, susurrar, mirar al suelo, retirarse, decir que no estamos seguros, etc. Puedes ensayarlo varias veces antes de hacerlo.

## NEGOCIAR

NEGOCIAR es estar dispuesto a dar PARA RECIBIR. Ofrecer y pedir soluciones alternativas al problema. Reduce tu nivel de demanda. Mantén tu posición, pero ofreciendo algo a cambio o solucionando el problema de otra manera.

## “VOLVER LAS TORNAS”

Se trata de volcar el problema sobre el interlocutor. Pide soluciones alternativas: “¿Qué piensas que deberíamos hacer?”, “no soy capaz de decir que sí y parece que tú es lo único que quieres”, “¿qué podemos hacer aquí?”, “¿cómo podemos solucionar este problema?”.

Otras ideas: .....

.....

.....

.....

.....



# HABILIDADES PARA LAS RELACIONES SOCIALES

## FICHA N° 9

Guía para mantener la relación.

Acrónimo para acordarse:

# VISA

**V**ALIDAR + **I**NTERESARSE POR LA GENTE + **S**IMPÁTICO Y **A**MABLE + **A**GRADABLE



**HABILIDADES PARA LAS RELACIONES SOCIALES**  
FICHA N.º 9

Recuerda el acrónimo **VISA** para recordar las habilidades relacionadas con la efectividad de las relaciones:

### VALIDAR

VALIDA o RECONOCE los sentimientos de la otra persona, sus deseos, dificultades y opiniones acerca de la situación. No juzgues a los demás: Puedes utilizar frases como: "Sé que estás muy ocupado, pero...", "puedo ver que esto es muy importante para ti, pero...", "sé que esto te va a descolocar un poco, pero..."

### INTERESARSE POR LA GENTE

ESCUCHA A LOS DEMÁS y muéstrate interesado por la otra persona. Escucha el punto de vista de tu interlocutor, su opinión, las razones por las que te niega un favor o te pide algo. No interrumpas ni discutas. Sé sensible al deseo de la otra persona de hablar del tema en otro momento. Sé paciente.

### SIMPÁTICO Y AMABLE

Usa el humor. SONRÍE. Tranquiliza a la otra persona. Conquistala, cálmala. Sé un poco político.

### AGRADABLE

Utiliza un enfoque cortés y sosegado.

NO ATACAR. No ataques, ni verbal ni físicamente. No des golpes ni aprietes los puños.

NO AMENAZAR. No formules afirmaciones para manipular o amenazas ocultas. No digas: "Me mataré si...". Hay que que tolerar que, a veces, nos nieguen una petición. Permanece en la discusión aunque te duela. Si es necesario, sal educadamente de la situación.

NO JUZGAR. No moralices. No digas frases como: "Si fueras una buena persona, harías...". No uses verbos como "deberías" o "no deberías".

Otras ideas (añade tú tus propias ideas para mantener la relación): .....

.....

.....

.....

.....

.....



## HABILIDADES PARA LAS RELACIONES SOCIALES

### FICHA DE EJERCICIO PRÁCTICO N° 1

#### *Objetivos y prioridades de las relaciones entre personas:*

Usa esta ficha para determinar los objetivos y prioridades en cualquier situación en la que se dé un problema como los que siguen:

1. No se respetan tus derechos y deseos.
2. Quieres que alguien haga, cambie o te dé algo.
3. Quieres o necesitas decir "no" o resistir la presión de hacer algo.
4. Quieres que tu opinión o punto de vista se tenga en cuenta.
5. Tienes un conflicto con otra persona.

Observa y describe situaciones reales que te ocurran, tan pronto como sea posible para no olvidar detalles (escribe en esta ficha los detalles de las mismas). Si necesitas más espacio, escribe en el reverso de la página.

- **HECHO QUE HA PROVOCADO** mi problema: ¿quién hizo qué a quién? ¿Qué condujo a ello? ¿Cuál es el problema para mí?
  
- Mis **DESEOS (CORRE)** en esta situación. **OBJETIVOS:** ¿qué quiero conseguir? ¿Qué cambios deseo que haga esta persona? Intenta expresarlo de forma muy concreta.
  
- **RELACIÓN:** ¿qué deseo que la otra persona sienta hacia mí después de la interacción?
  
- **RESPETO PERSONAL:** ¿cómo me quiero sentir yo después de la conversación?



**HABILIDADES PARA LAS RELACIONES SOCIALES**  
FICHA DE EJERCICIO PRÁCTICO N° 1

- Mis PRIORIDADES en esta situación. Puntúa las prioridades de la siguiente manera: 1 (lo más importante), 2 (lo segundo más importante) o 3 (lo menos importante).

OBJETIVOS .....

.....

RELACIÓN .....

.....

RESPECTO PERSONAL.....

.....

- ¿Existen CONFLICTOS ENTRE MIS PRIORIDADES que me impiden ser eficiente en esta situación?



## HABILIDADES PARA LAS RELACIONES SOCIALES

### FICHA DE EJERCICIO PRÁCTICO Nº 3

*Usa las habilidades de relaciones sociales.*

Rellena esta ficha siempre que practiques las habilidades de relaciones sociales o cuando se te presente una oportunidad para practicar (aunque finalmente no lo practiques). Escribe en el reverso de la página si necesitas más espacio.

- HECHO DESENCADENANTE de mi problema: ¿quién hizo qué a quién?, ¿qué condujo a ello?
  
- OBJETIVO DE LA SITUACIÓN: ¿qué resultados quiero?
  
- TEMA DE RELACION: ¿cómo se sentirá él/ ella después?, ¿quedará dañada la relación?
  
- TEMA DE RESPETO PERSONAL: ¿cómo deseo sentirme conmigo mismo?
  
- ¿Qué DIJE o HICE en esa situación? Describir y comprobar si coincide con algunas de las siguientes posibilidades (DECIR PAN). Obtener lo que quiero:

..... ¿Describí?	..... ¿Mantuve mi posición?
..... ¿Expresé?	..... ¿Batí el récord?
..... ¿Comuniqué?	..... ¿Ignoré los ataques?
..... ¿Reforcé?	..... ¿Aparenté seguridad en mí mismo?

Mantuve la relación:

..... ¿Fui agradable?	..... ¿Juzgué?
..... ¿Amenacé?	..... ¿Me interesé por él o ella?
..... ¿Ataqué?	..... ¿Validé?
.....	..... ¿Fui simpático y amable?



**HABILIDADES PARA LAS RELACIONES SOCIALES**  
FICHA DE EJERCICIO PRÁCTICO N° 3

EVALÚA LA INTENSIDAD DE TU RESPUESTA (0-6).....

MARCA LA QUE TÚ CREAS QUE SERÍA LA INTENSIDAD IDEAL (0-6).....

PENSAR EN QUÉ FACTORES PUEDEN INFLUIR Y HACERME MENOS EFECTIVO (comprobar y describir):

• FALTA DE HABILIDADES:

• PENSAMIENTOS DE PREOCUPACIÓN:

• EMOCIONES QUE INTERFIEREN:

• INDECISIÓN:

• FACTORES DEL ENTORNO:

NOTAS: .....

.....

.....

.....

.....

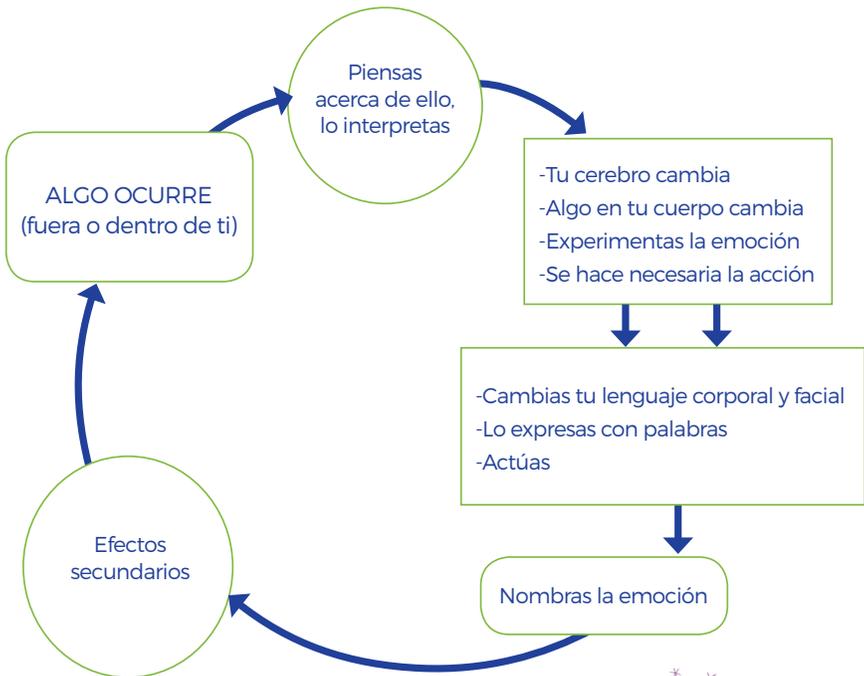
.....



# PENSAMIENTOS, EMOCIONES, CONDUCTA

## FICHA N° 3

Entender las emociones  
(radiografía de una emoción).



## PENSAMIENTOS, EMOCIONES, CONDUCTA

### FICHA N° 6

Miremos las emociones y sentimientos con lupa:

## IRA, RABIA

PALABRAS QUE LO EXPRESAN: ira, cólera, frustración, disgusto, envidia, indignación, irritación, repulsión...

### ¿QUÉ LO DESENCADENA?

#### • EVENTOS

- Perder poder
- Ser insultado
- Sentir dolor físico o emocional
- No obtener lo que se desea

#### • PENSAMIENTOS

- Tener la expectativa de que ocurrirá algo doloroso
- Sentir que nos han tratado injustamente
- Creer que las cosas deberían ser diferentes
- Pensar de manera rígida

### ¿QUÉ SENTIMOS?

- Incoherencia
- Pérdida de control
- Rigidez en el cuerpo
- Tensión, ansiedad, incomodidad

### ¿CÓMO ACTUAMOS?

- Frunciendo el ceño, no sonriendo
- Atacando verbal o físicamente a la persona causante de nuestra ira
- Criticando
- Levantando la voz, gritando
- Golpeando objetos, tirando cosas
- Evitando el contacto con los demás

### EFFECTOS SECUNDARIOS

- Solo se atiende a la situación que nos enfada
- Tenemos pensamientos repetitivos
- Se recuerdan otras situaciones que nos enfadaron en el pasado
- Vergüenza profunda, miedo u otras emociones negativas



©ATraPA



## PENSAMIENTOS, EMOCIONES, CONDUCTA

### FICHA N° 8

Miremos las emociones y sentimientos con lupa:

## MIEDO

PALABRAS QUE LO EXPRESAN: agobio, ansiedad, pánico, nervios, terror, tensión, aprensión, preocupación, susto, necesidad de huir...

### ¿QUÉ LO DESENCADENA?

- EVENTOS
  - Una situación nueva o poco familiar
  - Estar en una situación en la que fuimos heridos en el pasado
  - Estar solo
  - Estar en la oscuridad
- PENSAMIENTOS
  - Creer que alguien nos va a rechazar o criticar
  - Creer que vamos a fracasar
  - Creer que no obtendremos la ayuda que necesitamos
  - Perder la sensación de control o competencia

### ¿QUÉ SENTIMOS?

- Sudor, nervios, inquietud
- Temblores, estremecimientos
- Sensación de frío, de asfixia o nudo en la garganta
- Diarrea, vómitos
- Falta de aire, respirar rápido

### ¿CÓMO ACTUAMOS?

- Hablando con voz temblorosa
- Llorando, gritando, implorando auxilio
- Escondiéndonos o evitando lo que tememos
- Yendo velozmente o muy deprisa a todas partes
- Llorando, pidiendo ayuda

### EFFECTOS SECUNDARIOS

- No concentrarse, estar desorientado
- Perder el control
- Recordar otras situaciones amenazantes
- Ira intensa, vergüenza u otras emociones negativas



## PENSAMIENTOS, EMOCIONES, CONDUCTA

### FICHA N° 14

Deja el sufrimiento pasar, céntrate en el ahora: ¿cómo?

Acrónimo para acordarse:

# MODERA

**M**IRA,  
OBSERVA  
LA  
EMOCIÓN

**D**ESCRIBE,  
**E**XPERIMENTA  
LA EMOCIÓN,  
+ NO HUYAS,  
+ NO LA  
AUMENTES

**R**ECUERDA:  
NO SOMOS  
+ LO QUE +  
SENTIMOS PENSAMIENTOS  
Y EMOCIONES

**A**CEPTA  
TUS  
PENSAMIENTOS  
Y EMOCIONES



**PENSAMIENTOS, EMOCIONES Y CONDUCTA**

FICHA N° 14

Para estar centrado en el ahora recuerda este acrónimo:

**MODERA** la emoción

**MIRA, OBSERVA LA EMOCIÓN**

- Nota su presencia
- Intenta separarte de la emoción
- No te dejes atrapar por ella

**DESCRIBE, EXPERIMENTA LA EMOCIÓN,  
NO HUYAS, NO LA AUMENTES**

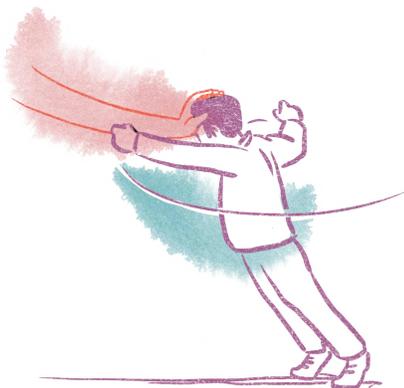
- Describe la emoción
- Como un junco, como una nube: viene y va
- Intenta no bloquear la emoción
- Intenta no suprimir la emoción
- No la hagas crecer
- No la exageres
- Dite a ti mismo: "Puedo contenerlo"

**RECUERDA: NO SOMOS LO QUE SENTIMOS**

- No somos lo que sentimos
- No tenemos por qué actuar siguiendo nuestra emoción

**ACEPTA TUS PENSAMIENTOS Y EMOCIONES**

- No te juzgues
- Practica la tolerancia
- Si no hay otra forma, asume y acepta lo que hay



## HABILIDADES PARA TOLERAR EL MALESTAR FICHA N° 1

Estrategias de tolerancia al malestar y supervivencia a las crisis  
(hacer lo que funciona).

Acrónimo para acordarse:

# CAPACES

COMPARACIONES + AYUDAR A LOS DEMÁS + PENSAMIENTOS DISTRACTORES +

ACTIVIDADES DISTRACTORAS + CORTAR CON LA SITUACIÓN NEGATIVA + EMOCIONES OPUESTAS + SENSACIONES INTENSAS

Piensa sobre esto: cuando estoy sufriendo, ¿me dedico a hacer ver a los demás lo mal que me han hecho sentir (mamá, pareja...) o hacerles ver lo mala que es una situación, o intento hacer algo que funcione para salir de la crisis?

Hago ver a los demás lo mal que me han hecho sentir



Intento hacer lo que funciona para salir de la crisis



## HABILIDADES PARA TOLERAR EL MALESTAR

FICHA N.º 1

Distraerse con estrategias de la mente sabia: **CAPACES.**

Esto no son técnicas para reducir o regular las emociones como las que vimos en el módulo 3 de pensamiento, emociones y conducta: son SOLO (y es mucho) técnicas para sobrevivir a la crisis, aunque a veces también disminuyen el dolor de una emoción.

Distraerse es alejarse de los estímulos emocionales, sin juzgarse, y en algunos casos intentar cambiar la respuesta a la emoción:

### COMPARACIONES

Imaginar y compararse acerca de cómo se enfrentan otros a esos mismos problemas y ver cómo se sienten.

### AYUDAR A LOS DEMÁS

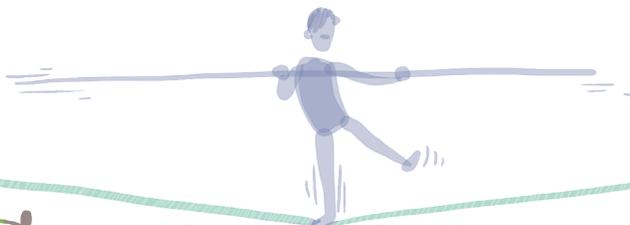
Llevar la atención a otros te da la posibilidad de olvidarte de ti mismo.

### PENSAMIENTOS DISTRACTORES

Llevar a la mente pensamientos, imágenes o sensaciones que nos llenen la memoria a corto plazo con otros contenidos.

### ACTIVIDADES DISTRACTORAS

Llevar a la acción situaciones que hagan incompatible la respuesta habitual o que nos llenen la mente con otros contenidos.



## HABILIDADES PARA TOLERAR EL MALESTAR

FICHA N.º 1

### CORTAR CON LA SITUACIÓN NEGATIVA

Bloqueando la mente o dejando de lado y aparcando una situación (no abusar de esta técnica).

### EMOCIONES OPUESTAS

Sustituir una emoción por otra menos negativa:

- Definir emoción actual
- Seleccionar emoción opuesta

### SENSACIONES INTENSAS

En ocasiones debe ser supervisada: tomar hielo en las manos, etc., es una forma de cambiar unas sensaciones por otras.



## HABILIDADES PARA TOLERAR EL MALESTAR FICHA N° 3

Estrategias de tolerancia al malestar y supervivencia a las crisis.  
Mejorar el momento.

Acrónimo para acordarse:

# I-SORPRESA... VACACIONES

IMAGINACIÓN + HALLAR SIGNIFICADO + ORACIÓN + PRACTICAR LA RELAJACIÓN:  
+ PRESENTE + ÁNIMO + VACACIONES



## HABILIDADES PARA TOLERAR EL MALESTAR

FICHA N° 3

*Mejorar el momento recordando el acrónimo:*

# I-SORPRESA... VACACIONES

## IMAGINACIÓN

Imaginar escenas muy relajantes; por ejemplo, que tenemos una sala en nuestro interior y contemplar cómo está decorada. Entrar en esa sala siempre que nos encontremos amenazados. Pensar que todo va bien, que resolvemos las cosas muy bien. Inventar un mundo de fantasía calmado y hermoso y dejar que la mente entre en él. Imaginar que las emociones dañinas se agotan como el agua de una fuente.

## HALLAR SIGNIFICADO

Encontrar (o crear) algún propósito, sentido, significado o valor a lo que estás sintiendo. Buscar algún aspecto positivo de las emociones dolorosas que sientes y centrarse en él. Repetirlo una y otra vez en la mente. Hacer de la necesidad virtud.

## ORACIÓN

Creyentes y no creyentes pueden encontrar consuelo y paz en la oración o el diálogo interior o imaginario con seres queridos.

## PRACTICAR LA RELAJACIÓN

Intentar la relajación muscular tensando y relajando cada grupo de músculos, empezando por las manos y brazos, siguiendo hacia la parte superior de la cabeza y después por el resto del cuerpo. Escuchar una cinta de relajación, hacer mucho ejercicio, darse un masaje. Respirar profundamente. Darse un baño caliente. Hacer una media sonrisa, cambiar la expresión facial.



## HABILIDADES PARA TOLERAR EL MALESTAR

FICHA N° 3

### PRESENTE

Centrar la atención en lo que estamos haciendo. Quedarse en el preciso momento en el que estamos, situar la mente en el presente. Concentrarse en las sensaciones físicas que acompañan a las tareas no mentales (por ejemplo, caminar, ordenar la habitación, arreglar algo). Darse cuenta de cómo se mueve el cuerpo durante cada tarea.

### ÁNIMO

Animarse a sí mismo. Repetir una y otra vez: "Puedo superarlo", "no durará para siempre", "saldré de esta", "lo estoy haciendo lo mejor que puedo".

### VACACIONES

Realizar una actividad placentera. Darse un baño de espuma. Meterse en la cama y pedir que nos traigan el desayuno (y ofrecerse para hacer lo propio en otro momento). Prepararnos una merienda que nos apetezca. Comprar una revista y chucherías y pasarnos la tarde leyéndola. Llevarse una manta al parque y tumbarse un rato. Desconectar el teléfono durante todo un día para no tener que responder. Darse un respiro de una hora tras haber realizado un duro trabajo.



## HABILIDADES PARA TOLERAR EL MALESTAR

FICHA N.º 3

*Estrategias de supervivencia a las crisis.  
Mejorar el momento.*

Pensar en los PROS y CONTRAS

Hacer una lista de los pros y contras de tolerar el malestar.

Tolerar el malestar: PROS		Tolerar el malestar: CONTRAS

Hacer otra lista de los pros y contras de NO tolerar el malestar (de autolesionarse para no sentirlo, abusar del alcohol o de las drogas o dar salida a un impulso).

NO tolerar el malestar: PROS		NO tolerar el malestar: CONTRAS

Centrarse en los objetivos a largo plazo, 'ver' la luz al final del túnel (recordar las ocasiones en las que el dolor ha finalizado). 'No hay mal que cien años dure'.



©ATRA PA



HABILIDADES PARA TOLERAR EL MALESTAR

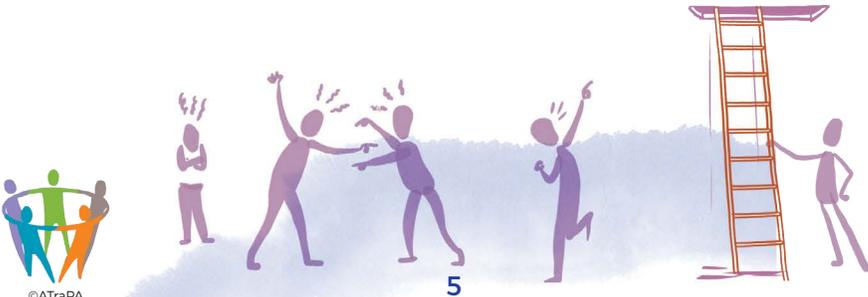
FICHA N° 3



Pensar en las consecuencias positivas de tolerar el malestar. Imaginar lo bien que nos sentiremos cuando consigamos nuestros objetivos. Darse cuenta de que para alcanzarlos no hemos de actuar impulsivamente.



Pensar en todas las consecuencias negativas de no tolerar el malestar actual. Recordar lo que ha sucedido en el pasado cuando actuábamos impulsivamente para escapar del momento.



## HABILIDADES PARA TOLERAR EL MALESTAR

### FICHA N° 7

*Aceptar las cosas que nos pasan.*

#### ACEPTACIÓN RADICAL

- Para sentirnos mejor hay que ACEPTAR lo que nos sucede. Dejemos que pase lo que tenga que pasar. No luchemos contra la realidad.
- La ACEPTACIÓN es la única manera de salir del infierno.
- El dolor crea sufrimiento cuando nos empeñamos en no ACEPTARLO.
- Aguantar los malos tragos es ACEPTACIÓN.
- La ACEPTACIÓN es reconocer lo que somos y quiénes somos.

#### CAMBIAR LA MENTE

- La aceptación requiere que tomemos ELECCIONES. Es como llegar a un cruce y decidir qué camino tomar. Tenemos que orientar la mente hacia el camino de la aceptación y alejarnos del rechazo a la realidad.
- Tenemos que COMPROMETERNOS a aceptar la realidad.
- Este compromiso es el primer paso. Todos los días tendremos que tomar decisiones. Ese es el compromiso.

#### ACTITUD POSITIVA (tener buena ACTITUD ante las situaciones)

- Tenemos que aceptar las situaciones y responder de forma positiva. Es HACER LO QUE SE NECESITA QUE HAGAMOS.
- Tenemos que escuchar a nuestra MENTE SABIA.
- Es PERMITIR que nos demos cuenta de nuestra conexión con el mundo: el suelo que pisamos, la silla en la que nos sentamos, la persona con la que hablamos.

#### SUSTITUIR 'TERQUEDAD' POR 'BUENA DISPOSICIÓN'

- Terquedad es TIRAR PIEDRAS CONTRA NUESTRO PROPIO TEJADO.
- Terquedad es RENUNCIAR.
- Terquedad es hacer lo opuesto a lo que funciona.
- Terquedad es intentar ARREGLAR toda situación.



## BUSCANDO LA LÍNEA MEDIA

### FICHA N° 2

*Pensamiento dialéctico.  
Buscando la línea media: cómo hacerlo.*

### CONSEJOS PARA PENSAR Y ACTUAR DIALÉCTICAMENTE

1. Aléjate del pensamiento bipolar: olvídate de: "Esto sí/ esto no" y cambia por "esto sí y esto también". Evita palabras extremas, del tipo: " Siempre", " nunca", "tú me hiciste...". Sé descriptivo. Por ejemplo, en vez de decir: "Siempre me tratas mal", di: "Algunas veces me tratas bien y otras mal...".
2. Practica mirar todas las caras de una situación conflictiva/ todos los puntos de vista. Encuentra el núcleo de verdad en cada cara.
3. Recuerda: nadie tiene la verdad absoluta. Permanece abierto a todas las alternativas.
4. Usa frases que empiecen por: "Yo creo..." o "yo pienso..." en vez de frases del tipo: "Tú eres...", "tú deberías...", "esa es únicamente la forma en la que tienes que...".
5. Acepta que diferentes opiniones pueden ser válidas, incluso en los casos en que tú no estás de acuerdo con ellas (por ejemplo, "entiendo lo que me dices aunque yo no esté de acuerdo").
6. No asumas que sabes lo que los demás piensan. Pregúntales: "¿Qué querías decir cuando afirmaste...?".
7. No asumas que los demás saben lo que tú quieres decir. Mejor: "Lo que yo estoy intentando decirte es que...".



1

**BUSCANDO LA LÍNEA MEDIA**  
FICHA N° 2

EJERCICIOS:

Marca la afirmación dialéctica:

- a. "Es desesperante. No puedo hacerlo."
- b. "Solo es un disgustillo. Yo no tengo problemas."
- c. "Esto es muy duro para mí. Seguiré intentándolo."

Marca la afirmación dialéctica:

- a. "Sé lo que es correcto."
- b. "La forma en la que estás pensando no me parece correcta."
- c. "Bien, tú puedes verlo de esa manera y yo puedo verlo de esta otra."



## BUSCANDO LA LÍNEA MEDIA

### FICHA N° 4

Adolescencia:  
qué es normal y qué no es normal en la adolescencia.

## BUSCANDO LA LÍNEA MEDIA

### Habitual

- Maduración sexual.
- Aumento de la atención sobre el cuerpo y sobre ti mismo.
- Experimentación sexual.
- Aumento del conflicto con los padres.
- Experimentación con tabaco, drogas y alcohol.
- Conductas de búsqueda y cierto riesgo.
- Cierta desajuste en el paso del colegio al instituto.
- Aumento de discusiones, argumentación, idealismo y crítica social.
- Sentirte abrumado por tener que tomar las decisiones de cada día.

### No habitual: pide ayuda

- Promiscuidad sexual, atracones, restricción con los alimentos, aislamiento social.
- Múltiples cambios de amigos o de pareja. Relaciones sexuales sin cuidado. Embarazo.
- Agresiones verbales o físicas. Fugas de casa.
- Abuso de sustancias, tráfico de drogas. Ir con amigos que consumen drogas duras.
- Accidentes múltiples. Conductas de riesgo, como patinar arrastrado por coches.
- Falta de interés total en estudios o en los compañeros. Absentismo escolar (hacer novillos).
- Rebelarte cuestionando las reglas y convenciones sociales de forma desafiante y provocar así enfrentamientos con familiares o profesores que intentan hablar contigo.
- Quedarte paralizado por el temor al fracaso o la indecisión.



## BUSCANDO LA LÍNEA MEDIA

### FICHA N° 11

### EJERCICIO PRÁCTICO N°3

*El refuerzo positivo.*

Busca oportunidades (esto puede ser en cualquier momento) de darte o dar a alguien un refuerzo positivo.

**1.** Identifica un comportamiento que deseas reforzar y piensa en un estímulo para reforzarlo.

**a.** En ti mismo:

Comportamiento: \_\_\_\_\_

Refuerzo: \_\_\_\_\_

**b.** A otra persona:

Comportamiento: \_\_\_\_\_

Refuerzo: \_\_\_\_\_

**2.** Describe una situación o situaciones en la que usas un refuerzo positivo.

**a.** En ti mismo: \_\_\_\_\_

**b.** A otro: \_\_\_\_\_

**3.** ¿Cómo influye? Haz una valoración.

**a.** En ti mismo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**b.** A otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



.....

## BIBLIOGRAFÍA

1. Linehan M. M., *Skills training manual for treating borderline personality disorder*, Guilford Press, 1993.
2. Miller A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M., *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*, Guilford Press, 2006.
3. Vinogradov S., Yalom I. D., *Concise guide to group psychotherapy*, American Psychiatric Pub, 1989.

.....



## *Terapia a distancia en TDC y en el programa ATraPA*

*Carlos Delgado*

.....

La TDC procura ayudar al paciente con trastorno de la personalidad límite o con grave inestabilidad emocional con tres niveles de terapia que se realizan en momentos y espacios diferentes. Terapia individual (capítulo 3), grupos de habilidades (capítulo 4) y en tercer lugar, la terapia a distancia (clásicamente, terapia a través de llamadas telefónicas). Un teléfono disponible 24 horas al día, los 365 días del año.

Los objetivos de la terapia a distancia son, principalmente:

- Reforzar el aprendizaje de pedir ayuda.
- Potenciar el autocontrol.
- Aliviar el temor a la soledad y la sensación de desamparo.

Una de las quejas más habituales de los pacientes con inestabilidad emocional grave a lo largo del tratamiento proviene de la sensación de malestar (soledad, vacío, etc.) los días u horas en los que no hay consulta. Lo expresan con rabia, confusión, vacío y el sentimiento consiguiente de abandono, tristeza o desamparo. Otras veces no llegan a expresarlo y lo evidencian abandonando al terapeuta (o el tratamiento) con la sensación de que no les sirve o que les ha fallado.

Es característica la incapacidad de estos pacientes para calmarse mínimamente a sí mismos en momentos de malestar, y pueden pasar meses o incluso años de tratamiento antes de que ese problema se solucione de forma definitiva. Desde las terapias introspectivas se sugiere que esa incapacidad traduce la profunda alteración del vínculo (relación madre/hijo) que subyace

en el trastorno. Desde las terapias conductuales se alerta acerca de las estrategias de afrontamiento tan disfuncionales que utilizan estos pacientes. Linehan apuntó, ya en los principios de la TDC en los años 90, que las autolesiones (cortes, golpes, quemaduras, etc.) que muchos de estos pacientes se realizan cuando se sienten mal son muy eficaces para calmar el malestar a corto plazo, pero que llevan asociadas un buen número de complicaciones. En primer lugar, son muy adictivas. Cuando una persona empieza a aliviar su malestar de esa forma es muy difícil que busque otra forma de alivio, y con frecuencia necesitará más cortes, golpes, pellizcos, etc., para obtener los mismos resultados (se desarrolla cierto nivel de tolerancia). Además, las sensaciones que el daño autoinfligido siguen dando a largo plazo (cicatrización, inflamación, etc.) o incluso la simple visión de las marcas o cicatrices supone un recuerdo que evoca el malestar seguido de alivio de la tensión emocional subyacente. En segundo lugar, cuando una persona empieza a autolesionarse, sabe cómo empieza, pero no cómo acabará. El estado de conciencia es peculiar, y en ocasiones puede ser el inicio (y quizá pueda ser detonante) de conducta suicida tras perder el control de forma progresiva.

Las situaciones de crisis no son el único motivo, aunque sí el principal, por el que se desarrolló dentro de la TDC la terapia a distancia como una parte fundamental. Al paciente se le enseña a utilizar su plan de crisis personalizado, elaborado junto a él en las sesiones individuales. Dentro del mismo, si fracasan las sugerencias de autocuidado se le insta a comunicarse en esos momentos de crisis con otras personas significativas, y siempre antes de que haya realizado ningún tipo de autoagresión.

El paciente puede comunicarse con su entorno más cercano (familia, pareja, amigos), pero lo puede hacer también con un terapeuta perteneciente al grupo de profesionales que le atiende. La atención a distancia de los pacientes que lo soliciten va rotando entre todos los componentes del grupo de terapeutas, por lo que no será necesariamente su terapeuta individual o de los grupos de habilidades la persona que le atienda al teléfono.

Los dos objetivos iniciales de la terapia a distancia son reforzar el aprendizaje de pedir ayuda y potenciar el autocontrol, por lo que si el paciente llama tras haberse dañado o en pérdida de control se le remitirá sin más a los servicios de urgencia. La asistencia solo se brinda si se hace antes de incurrir en la conducta problema (intento de suicidio, de autolesión, etc.).

El adolescente tiene explícitamente prohibido contactar con el terapeuta después de haber incurrido en la conducta problema durante las

24 horas posteriores. Esta *regla de las 24 horas* solo se salta si el adolescente necesita ayuda médica. En ese caso, el terapeuta le debe indicar de forma breve y efectiva cómo conseguir esa ayuda.

Es necesaria cierta preparación técnica para dar respuestas a las llamadas, sobre todo aquellas que se realizan en situaciones de crisis. El terapeuta debe utilizar para sí mismo estrategias de resolución de problemas con el objetivo de evaluar el potencial de destructividad y definir los objetivos. Esas mismas estrategias, junto a otras, las pondrá luego a disposición del paciente para valorar las distintas formas de alcanzar el objetivo que se marque.

Las fases que suelen presentarse son:

1. Presentaciones.
2. Motivo de la llamada.
3. Descripción de la situación.
4. Definición del objetivo a alcanzar.
5. Posibles formas de alcanzar ese objetivo.
6. Conclusión.
7. Despedida.

La duración de la llamada no debe ser mayor de 15-20 minutos, y las pautas recomendadas deben quedar expuestas de forma clara.

En caso de que el paciente utilice las llamadas de forma inadecuada (llamadas excesivas, no llamar nunca, amenazas al terapeuta, saltarse límites...), se considerarán como conductas que ponen en riesgo el tratamiento y se abordarán en la siguiente sesión de terapia individual. Los adolescentes deben saber que lo hablado en la llamada se pondrá en conocimiento del resto del equipo en las reuniones del grupo de terapeutas (capítulo 7). Si la vida del adolescente o de otras personas está en riesgo, se pondrá en conocimiento de sus familiares más próximos o de las autoridades legales o sanitarias.

La terapia a distancia (comunicaciones al margen de las sesiones) no solo se usa en momento de crisis. También se anima a su uso en un buen abanico de situaciones; entre otras, las siguientes:

- Comunicación de situaciones positivas.
- Cuando así se haya acordado entre paciente y terapeuta, en la sesión de terapia individual o grupal, con el objetivo de que el paciente comunique algo.
- Resolución de rupturas de encuadre (pacientes que han abandonado la terapia de forma brusca).

- Comunicación o preguntas de tipo administrativo (horarios, consultas específicas, imposibilidad de asistencia a una sesión, solicitud de nueva consulta, etc.).
- Solicitud de información acerca de habilidades.

En el desarrollo del programa ATraPA, la terapia a distancia supuso un reto al que se le ha dado una solución de compromiso que entendemos como temporal a la espera de que la evolución del equipo de tratamiento y del propio sistema sanitario (desarrollo de la especialidad en psiquiatría del niño y del adolescente y, con ellas, la planificación de las guardias hospitalarias de dicha especialidad) nos permita darle un marco definitivo.

Las tareas de nuestro programa se desarrollan como un programa más del Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. El hospital forma parte de la Red Pública de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, y en su ámbito hay varios centros de salud mental. Todos los clínicos directamente implicados en este programa tenemos en la actualidad horario laboral de mañana: de 8:00 a 15:00 horas (más 4 horas una tarde a la semana, si no se hacen guardias).

La solución de compromiso consistió en utilizar una dirección de correo electrónico en vez de teléfono para la terapia a distancia. El correo electrónico es recibido por uno de los terapeutas de grupo (hay dos grupos de pacientes/padres en funcionamiento simultáneamente) y hay compromiso, por nuestra parte, de contestar antes de 72 horas —debido al fin de semana— pero, a lo largo de estos años, el 99% han sido contestados antes de 30 minutos.

Dado que en nuestros grupos de habilidades participan tanto adolescentes como uno de sus padres, estos también tienen acceso a la comunicación a través del correo electrónico; de hecho, lo usan más que sus hijos.

Tanto los pacientes como sus padres saben antes de empezar el tratamiento que pueden recibir asistencia de forma urgente si lo solicitan en sus dispositivos de referencia (CSM) dentro del horario fijado en cada centro, y fuera de ese horario, en caso necesario, pueden acudir a su hospital de referencia. También saben que dicha asistencia se realiza como una consulta de urgencia tradicional, y no bajo una filosofía dialéctico-conductual.

La utilización de la terapia a distancia a través de correo electrónico aplica para las mismas situaciones que las expuestas más arriba para el

uso del teléfono (como comunicar dilemas, crisis, buenas noticias, etc.), y comparte asimismo idénticos objetivos.

A lo largo de estos años hemos percibido peculiaridades en el uso del correo electrónico respecto a lo que comunican otros grupos que les sucede cuando la terapia a distancia es a través de llamadas de teléfono. Por ejemplo:

- Lo utilizan más los padres que los propios adolescentes.
- Los padres lo utilizan para comunicar situaciones de crisis de los hijos que sienten que no pueden compartir con el terapeuta de otra manera (los padres han de expresar a sus hijos su preocupación e informar que lo van a poner en conocimiento del terapeuta por correo electrónico).
- Los padres buscan pautas de actuación concretas.
- Ambos, padres y adolescentes, lo usan con mucha frecuencia para comunicaciones administrativas (futuras ausencias por imprevistos, necesidad de consultas extras, etc.).
- Los adolescentes lo utilizan más como descarga emocional.
- Los adolescentes tienden a formar redes sociales por su cuenta y entre ellos. Cuando se les señala los pros y contras de tales redes y la exigencia de que su contenido sea público si quieren seguir en tratamiento, las dejan de usar o crean una nueva de forma oculta.

## **EJEMPLOS DE COMUNICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO Y CONTESTACIONES**

*(Los nombres y contenido han sido modificados por motivos de privacidad.)*

### **CORREOS ELECTRÓNICOS DE LOS ADOLESCENTES**

#### **• EJEMPLO N° 1**

Paciente pide una cita extra para el día siguiente:

*“Hola, Carlos, soy María, y quería decirte que mañana voy a ir si pudieras atenderme: necesito ayuda, estoy hecha mierda. Y para decirte de pedir cita para ir el jueves y tal, y sobre todo de medicación. No puedo seguir en el estado vegetativo en el que estoy.*

*Espero no molestar, hasta mañana, buenas noches, un beso.”*

Respuesta del terapeuta:

*“No estoy esta semana en el hospital.*

*Pide consulta urgente en centro de salud mental con Marisa o, para el próximo jueves, conmigo.”*

• **EJEMPLO Nº 2**

Adolescente que no está en tratamiento pide información acerca de ATraPA:

*“Soy un adolescente que sufre mucha ansiedad, sensación de vacío, soledad y depresión desde hace mucho tiempo, y necesito que alguien me ayude lo antes posible porque he llegado a tener ideas de suicidio y he leído que cuando eso ocurre hay que buscar ayuda de especialistas lo antes posible, por lo que quería saber cómo podría ingresar en el programa ATraPA. Estuve informándome sobre ello y creo que me vendría bien para sentirme mejor y encontrar la ayuda y el apoyo que necesito y no perder el control, por si me podían informar sobre ello. Si me ayudan lo agradecería mucho.”*

Respuesta del terapeuta:

*“El programa ATraPA funciona en red con salud mental de la Comunidad de Madrid, de la cual es un complemento. Deberías ir al médico de cabecera, y de ahí a salud mental. Tras la evaluación en el centro de tu barrio, la persona que te evalúe decidirá el tratamiento más adecuado: terapia, medicación, hospital de día, ATraPA, etc. Es un camino largo, pero merece la pena. Animo. También puedes ir a la asociación de familiares AMAI-TLP. Un saludo.”*

• **EJEMPLO Nº 3**

Adolescente para dar buenas noticias:

*“¡Hola, Carlos!  
Soy Pepa, solo te mandaba este correo para decirte que he aprobado todo con nota. Estamos todos muy contentos y mis padres están muy orgullosos de mí. Espero veros pronto.  
¡Feliz verano!”*

Respuesta del terapeuta:

*“Nosotros también lo estamos. ¡¡Te has ganado un buen veraneo!! Nos vemos a la vuelta.”*

• **EJEMPLO Nº 4**

Adolescente con importante malestar y que tenía antecedentes de intento de suicidio, tras graves crisis bulímicas:

*“Carlos, me encuentro muy mal y no voy a ir hoy a la individual. Romina.”*

Respuesta del terapeuta (inmediata):

*“¿Qué te pasa? (...)”*

Romina:

*(Descripción de una crisis.)*

Respuesta del terapeuta (inmediata):

*“Yo te espero aquí pero, en cualquier caso, no te quedes sola en casa. Sal a la calle y da un paseo. Si te sigues sintiendo mal, llama a tu madre.”*

*Podéis venir ambas a consulta. Si no la encuentras, ven a la urgencia del hospital. En 30 minutos espero tu e-mail para ver qué has hecho. Un saludo.*

Romina:

*“Voy”.*

## CORREOS ELECTRÓNICOS DE LOS PADRES

### • EJEMPLO Nº 1

La madre comunica al terapeuta el estado de su hija

*“Como no sé si voy a poder contar algo, te resumo brevemente.*

*Ha estado depresiva total con ideas suicidas y de muerte.*

*Se ha vuelto a autolesionar.*

*Las agresiones han sido verbales.*

*Ha tenido dos ‘brotes’ o ‘estados’ de alucinaciones con estas personas que dice que ve.*

*He podido grabar algún vídeo en plena ‘ausencia’ o ‘disociación’.*

*El lunes dijo que quería que la ingresaran.*

*Te comento esto porque ella ha dicho que no va a contar nada.*

*Si luego nos vemos, comentamos.*

*Un saludo.”*

Respuesta del terapeuta:

*“Intenta convencerla de que comparta su situación con el terapeuta individual. Si podéis, acercaos 15 minutos antes del inicio de la terapia de grupo para estudiar alternativas.”*

### • EJEMPLO Nº 2

La madre comunica al terapeuta el estado de otra paciente:

*“Buenos días.*

*Soy la madre de Laura.*

*Laura utiliza mi teléfono para el WhatsApp y ayer, revisando las conversaciones, vi que habían estado hablando las del grupo de ATraPA.*

*Isabel contaba que no está acudiendo al instituto porque tiene miedo; a sus padres les ha dicho que está mala. Según contaba, no le ha pasado nada especial, pero ella se siente mal. Aunque las demás le daban ánimos y hoy ha acudido dos horas (según otro mensaje que había esta mañana), creo que os lo debía comunicar.*

*Os agradecería que ellas no se enteraran de que yo os lo he comunicado.*

*Saludos y hasta el martes.”*

Respuesta del terapeuta:

*“Recuerda a tu hija la norma de que todo lo que se hable en red es pú-*

*blico y no privado, y que debería comunicarlo. Pensaremos sobre ello. Un saludo.”*

El email enviado por la madre de Laura se discutió en el grupo de terapeutas. Se tomó la decisión de utilizar una parte del descanso del grupo de habilidades de ese mismo día y, al quedarnos los terapeutas a solas con los adolescentes se les hizo saber que habíamos tenido noticia del grupo de WhatsApp®, paralelo y al margen del tratamiento. Les recordamos las reglas del grupo y los pros y contras que veíamos acerca de un grupo así, y les hicimos llegar nuestra decisión de que había dos posibilidades: una, hacer público todos los comentarios del chat, haciéndonos llegar semanalmente el texto impreso, para el resto de los componentes del grupo no incluidos en el mismo; dos, que los que quisieran seguir en el grupo paralelo de WhatsApp® tendrían que interrumpir su participación en el programa. Les dimos una semana para posicionarse y, tras ella, nos informaron de que habían decidido cancelar el grupo.

### • EJEMPLO N° 3

La madre comunica al terapeuta el ingreso hospitalario de su hija:

*“Ayer por la tarde ingresaron a Silvia en la unidad de psiquiatría del Marañón. Está en la segunda planta. No sabemos cuánto tiempo estará. Creo que ella quiere seguir en el grupo. Creo que se siente cómoda. Os lo comento porque no sé muy bien si iremos el martes o cómo estará la situación. Yo os iré informando. Un saludo.”*

Respuesta del terapeuta:

*“Bien. Subiré a verla. Un saludo.”*

### • EJEMPLO N°4

Madre expone sus dudas acerca del tratamiento y comunica ausencia de su hija:

*“No podrá asistir mañana al grupo de terapia porque tiene un examen de evaluación al que no puede faltar. Rogamos nos disculpen. Sobre otro tema, me gustaría poder hablar con alguno de ustedes sobre unas dudas que tengo sobre las consecuencias que puedan, temo, devenir de la terapia, como la pérdida de autoridad sobre mi hija o la exposición de mi vida, que creo, muchas veces no vendrá al caso. Me gustaría que me orientasen, a ser posible personalmente, y si no, a través de este correo. Muchas gracias por todo y perdonen las molestias. Saludos.”*

Respuesta del terapeuta:

*“Gracias por avisar.*

*Es interesante lo que planteas acerca de posibles efectos secundarios de la terapia en la relación madre-hija, y nos preocupó bastante al*

principio. La experiencia ha sido la contraria. La relación se fortalece. Por supuesto, hay que evitar el uso del grupo para otra cosa que no sea el aprendizaje de habilidades, y reservar la terapia individual o familiar para las cuestiones más espinosas. Quizá se pierda autoridad, pero se gana en sinceridad y apego en la relación. Un saludo.”

• **EJEMPLO N° 5**

Comunicación con terapeuta individual (ajena al Programa ATraPA, pero en coordinación con ella):

Correo electrónico de la psicóloga:

*“Buenas noches, Carlos. Soy Laura, la psicóloga de Encarna. Pepa me ha solicitado que te enviase un correo explicándote mi valoración acerca del posible ingreso voluntario de Encarna, sobre el que llevo hablando un par de días con ella. Creo que ahora mismo no es necesario, aunque Encarna indica que le hace falta para separarse de todo. Creo que lo quiere más como un descanso, especialmente en su relación de pareja, ya que no sabe cómo plantearle volver a vivir con su madre. Por otro lado llevamos un par de sesiones en las que Encarna se muestra más colaboradora y parece tener intención de realizar algún cambio, por lo que no me gustaría negarle la posibilidad de realizar ese ingreso que lleva varios días pidiendo, pero a ella le he planteado que, ya que quiere vivir independiente, como una adulta, no debe pedirle a su madre las visitas de todas las tardes, lo cual, en principio, ha aceptado, y yo os planteo la posibilidad de que si realiza este ingreso sea posible que, si a los dos días se echa para atrás o comienza con las quejas, que conociéndola es muy posible, se la mande a casa para que entienda que ella es la única responsable de la pérdida de esta oportunidad de trabajar para ella misma y no se pueda hacer la víctima, como la última vez. No sé si vuestros protocolos permiten esta actuación y este es el motivo principal de mi correo, ya que estoy trabajando con ella el tema de responsabilizarla de todas sus decisiones y de este modo le he planteado la posible utilidad de su ingreso.*

*De todos modos, te facilito mi teléfono directo por si consideras necesario que hablemos para aclarar algo sobre cómo estoy trabajando con Encarna. Muchas gracias y un saludo.”*

Respuesta del terapeuta:

*“Estoy de acuerdo.*

*Vamos a intentar validarla en su capacidad para intentar evitar el ingreso. Si puedes, ven a la reunión del grupo de terapeutas del martes próximo. Un saludo.”*





## *El lugar de la familia en la terapia dialéctico-conductual (TDC) y en el programa ATrapa*

*Lucía Torres, Elisa Rodríguez, María Mayoral, Carlos Delgado*

.....

La inclusión de la familia en el tratamiento de los trastornos mentales ha cobrado una creciente relevancia en el caso del tratamiento de pacientes en edad adulta, y es prácticamente incuestionable cuando se tratan niños y adolescentes. El aumento de la eficacia en los tratamientos en los que se incluye a los familiares frente a los que no está ampliamente documentado en la literatura y en relación a diferentes psicopatologías severas <sup>(1-3)</sup>. Dentro del ámbito del trastorno de personalidad límite (TLP) y en el marco de la TDC, se han llevado a cabo diferentes tipos de grupo multifamiliar con diversos formatos o modelos de inclusión a los familiares. Así, en 1999, Hoffman y colaboradores <sup>(4)</sup>, basándose en sus estudios sobre emoción, desarrollaron un modelo de terapia corta dirigida a familiares de adultos con TLP centrado exclusivamente en el aprendizaje y puesta en práctica de habilidades <sup>(5)</sup>. Además, Fruzzetti lideró el desarrollo de un grupo de habilidades para parejas de personas con TLP <sup>(7)</sup>. A partir de esas fechas han surgido múltiples programas de ayuda a familias <sup>(6-8)</sup> tanto desde un enfoque TDC como desde otros modelos teóricos.

### **EL TRABAJO CON LAS FAMILIAS EN TDC**

Según el modelo dialéctico, existen dos principios básicos a tener en cuenta en el trabajo con los familiares de nuestros pacientes:

- Los miembros de la familia lo hacen lo mejor que pueden y desearían hacerlo aún mejor.

- Son los comportamientos los que pueden resultar invalidantes y no el entorno familiar en sí mismo.

Por otra parte, al trabajar con menores, surge la necesidad de considerar a los padres no solo responsables legales sino, desde un punto de vista clínico, consultores competentes de sus hijos, y el terapeuta tendrá que cuidarse de no adoptar un papel de *experto* ante ellos, sino considerar su perspectiva con respeto.

Una vez asumidos estos principios básicos, las tareas fundamentales a realizar con la familia durante la terapia son:

## PSICOEDUCACIÓN

Como punto de inicio de las sesiones, el terapeuta debe hablar a los familiares de la teoría biosocial, la desregulación emocional y los principios de la validación, puesto que estos son los ejes principales sobre los que se sustentará la terapia.

## VALIDACIÓN

En la práctica de TDC, la principal tarea consiste en validar las emociones que uno está percibiendo en la interacción. La emoción es innata y no modificable. Sí son modificables las conductas que se realizan a partir de la emoción, y en eso consiste el tratamiento. Enseñar a los familiares a validar las emociones de su hijo y las suyas propias favorece la evolución y permite una comunicación mucho menos defensiva y/o agresiva.

Parte de la tarea de los terapeutas es, por tanto, señalar a los familiares qué puede ser objeto de validación (creencias, opiniones o pensamiento sobre algo, sentimientos, valores, dificultades, ilusiones), así como la forma de hacerlo: prestando atención, no juzgando, describiendo su opinión pero aceptando lo anterior, etc.

## PRÁCTICA DE HABILIDADES

El espacio familiar dentro de la terapia individual del adolescente puede ser el lugar idóneo para comenzar a practicar e interiorizar las habilidades aprendidas en los módulos, pensando siempre que enseñar a los miembros de

la familia a validarse unos a otros, respetar las emociones de unos y otros, es crucial para mejorar las relaciones entre ellos. Por último, la tarea consistirá en encontrar la *línea media* entre los dilemas de los adolescentes y padres. La línea media no es el punto equidistante entre los deseos de los padres y el deseo del adolescente. Entendemos por línea media un punto de vista nuevo, que surge desde la comprensión y aceptación de las emociones y motivaciones de cada uno y que, cuando se encuentra, engloba los distintos puntos de vista.

## **ANÁLISIS DE CONDUCTA FAMILIAR**

En TDC es una prioridad motivar y ayudar al adolescente a reducir y, con el tiempo, abandonar las conductas autolesivas y de riesgo. Para ello es tremendamente útil realizar un análisis de las reacciones familiares en torno a dichas conductas disruptivas, pues arrojará luz sobre los modelos adaptativos y desadaptativos de la interacción familiar y ayudará a determinar estrategias de cambio.

Es decir, el objetivo en este punto del tratamiento consistiría en identificar en los miembros de la familia conductas que puedan estar reforzando la conducta problema del adolescente.

Durante el primer análisis de conducta familiar, el terapeuta orientará a la familia sobre el objetivo y la forma de proceder. En primer lugar se le pedirá al adolescente que comience contando lo sucedido y se marcarán una serie de reglas básicas: se puede añadir información siempre que no se haga de manera desagradable o quite la palabra a otro; los comentarios descriptivos serán acogidos, pero los señalamientos hostiles no; todos tendrán una oportunidad de dar su punto de vista; si a lo largo de la sesión aparece un punto de vista diferente al propio será tomado como una oportunidad para comprender más que como una provocación. El terapeuta se asegurará de que estas reglas se siguen.

Previo a la sesión familiar, es útil anticipar con el adolescente aquello que es probable que vaya mal y buscar formas de manejar la situación, así como prepararle para que se muestre afectivo durante el encuentro familiar.

Con los padres se intentará formular un plan en función del momento de evolución del trastorno y la gravedad del mismo. En algunos casos, ante conductas autodestructivas leves de sus hijos, pueden retirar la atención, mientras que en otros casos la respuesta es distinta —desde leves conse-

cuencias aversivas a hospitalización—. Asimismo, responderán de forma positiva ante conductas adaptativas. Para ello se les hablará de posibles herramientas útiles, como son el refuerzo negativo y positivo o modelaje.

En cualquier caso, lo más importante es que la respuesta de los padres siga un patrón coherente y no marcado por las reacciones emocionales que provocan sus hijos.

• **VIÑETA CLÍNICA Nº 1**

Al entrar A en la consulta para iniciar la terapia individual semanal dice estar nerviosa, pues su hermana mayor ha realizado una sobreingesta ese mismo día y acaba de ser trasladada en ambulancia a un centro hospitalario. Durante la sesión reconoce estar asustada por lo que supondrá este incidente en el sistema familiar: “Ahora mi madre se unirá más a mi hermana, como pasó cuando yo me tomé las pastillas”.

## TRAZAR UN PLAN DE CRISIS FAMILIAR

En la guía para padres disponible en nuestra web (fácilmente accesible introduciendo en el buscador “programa ATraPA”) hay diversas recomendaciones que también pueden ser utilizadas en los momentos de crisis. En cualquier caso, desarrollar un plan de crisis familiar durante la sesión puede ayudar a prevenir futuros episodios autodestructivos. Se les puede dar a los padres pautas para utilizar en situaciones de crisis, como por ejemplo:

- Focalizarse en tolerar el afecto: el terapeuta debe trabajar con los miembros de la familia y ayudarles a tolerar la emoción intensa generada durante las crisis, para no exacerbar la situación con reacciones de pánico o de críticas.
- Aprender a medir el potencial riesgo de suicidio. Puede que los padres necesiten que el terapeuta les guíe sobre preguntas adecuadas para formular a sus hijos, como si tienen deseos de quitarse la vida, si serían capaces de retenerse o si creen que necesitan escribir al terapeuta.
- Trazar un plan de acción que incluya una serie de pasos a seguir, teniendo siempre la premisa de no empeorar la situación.
- Les puede ser útil intentar analizar la situación actual y no centrarse en las pasadas: identificar los precipitantes de esta última crisis.
- Intentar prestar atención al estado emocional de los adolescentes en lugar de hacerlo al contenido de la situación.

- Aprender a monitorizar de cerca a los hijos en crisis. Favorecer la comunicación y mantener la distancia adecuada.

Validaremos la reacción emocional de los padres ante la crisis, así como su percepción de la dificultad de la situación, al tiempo que reforzaremos cualquier acción que sea o haya sido de ayuda para manejarla.

Utilizaremos frases que indiquen que creemos en su capacidad (la de los padres) para atravesar la crisis y hacer lo que es necesario. Cuando se traza un plan de acción lo primero será dar habilidades a los padres que les permitan valorar en alguna medida el riesgo de suicidio y, en caso de duda, establecer dónde y a quién deben acudir para que haga la valoración. Esto debe incluir cómo preguntar al adolescente por sus intenciones; por ejemplo, utilizando la habilidad para comunicarse DECIR PAN (grupos de habilidades, módulo de relaciones sociales).

## **CUANDO LA VALORACIÓN DE CRISIS DE LOS PADRES NO COINCIDE CON LA VALORACIÓN DE LOS HIJOS**

A veces, puede suceder que la estimación de riesgo de los hijos no coincida con la de los padres.

Una posibilidad puede ser que el adolescente esté en crisis, pero los padres minimicen el riesgo o la importancia de dicha situación.

Ante este caso, el terapeuta trabajará bajo las consignas de que *no hay una verdad absoluta* y de que *ambas partes presentan una parte de la verdad*: se escuchará tanto la perspectiva del adolescente como la de los padres, y se intentará entender por qué cada parte ve la situación de esa manera.

El terapeuta podrá investigar si ha habido algo en el modo de comunicar el dolor por parte del adolescente que ha conducido a los demás miembros de su familia a interpretaciones discrepantes (por ejemplo, no pedir ayuda o hacerlo de forma inconsistente, aparentar de manera frecuente estar desesperado...). En este caso, el terapeuta trabajará con el adolescente las dificultades identificadas (*role-playing*) y posteriormente se fijará una sesión familiar en la que el adolescente, de manera habilidosa, comunique su experiencia.

Otra posibilidad consiste en que los padres ven una crisis donde el adolescente no la ve. Esto se puede entender cuando los padres han atravesado

crisis suicidas en el pasado y ahora están hipervigilantes y temen estar pasando por alto algunas señales que advierten de peligro. En este caso se intentará mejorar la empatía del adolescente hacia sus padres, en términos de ayudarlo a entender de dónde viene la preocupación de estos y cómo solo desde una comunicación abierta y sincera podrán disminuir esa hipervigilancia y el adolescente saldrá beneficiado al obtener más autonomía.

## INCLUSIÓN DE LA FAMILIA EN ATRAPA

En el programa de ATraPA se considera condición necesaria incluir a los familiares en el tratamiento de los adolescentes con grave inestabilidad emocional, por lo que estos participan en las tres modalidades de intervención: grupo de habilidades, terapia individual y atención a distancia mediante el correo electrónico. Asimismo, en las ocasiones en que se considere necesario, se realizarán sesiones familiares adicionales para tratar aspectos conflictivos, como el manejo de crisis o amenazas de suicidio. Por último, existe la posibilidad de tratar a los padres aun cuando el hijo no pueda/quiera participar en la terapia. Esta última modalidad se realiza a través del grupo *Familias al límite*.

Todos los familiares tienen a su disposición una *Guía para familiares (con hijos con alta inestabilidad emocional)* que pueden descargar desde nuestra página web. Esta guía ofrece, a terapeutas y familiares, un marco común de referencia a partir del cual el tratamiento, en cualquier modalidad de encuadre, puede iniciarse.

## FAMILIAS EN EL GRUPO DE HABILIDADES

Dentro del grupo de habilidades (capítulo 4) el adolescente siempre irá acompañado por uno de los dos progenitores, sin que se pueda alternar entre padre y madre una vez se haya decidido quién acompañará al paciente. En nuestra adaptación del modelo de TDC Linehan, pensamos que la presencia de un progenitor acompañando al adolescente facilita la asistencia de este y además, proporciona al paciente una persona en su entorno natural entrenado. Además, nos encontramos en prácticamente todos los casos que no abandonan el tratamiento una importante mejora en el clima familiar y, fundamentalmente, entre el progenitor que asiste cada semana y el adolescente. La continuidad en la terapia permite a los padres aprender a utilizar las mismas herramientas que sus hijos están practicando en los

módulos de habilidades, lo que les da una oportunidad para responder a sus solicitudes de ayuda de una manera previsible y diferente a como están habituados. Además, compartir entre padres e hijos experiencias similares por un periodo prolongado proporciona un apoyo suplementario.

## **FAMILIAS Y TERAPIA INDIVIDUAL**

Dentro de las sesiones individuales se ofrecerá a los familiares un espacio en la primera sesión, pero también de una manera reglada a lo largo del tratamiento.

Aunque Miller <sup>(9)</sup> plantea sesiones individuales de 90 minutos semanales, las cuales se dividen en dos partes (la segunda se reserva para la interacción paciente-familia), nosotros hemos decidido hacer cierta adaptación.

En primer lugar, las sesiones individuales en nuestra adaptación tienen una duración de 45-60 minutos. Los familiares serán invitados a participar los primeros 10-30 minutos de sesión (en lugar de los últimos), lo que nos permite trabajar posteriormente con el paciente material conflictivo que haya surgido durante el encuentro familiar, en ocasiones sumamente delicado. En nuestra experiencia, despedir al paciente sin haberle dado antes un espacio individual para él, aumenta el riesgo de actuación de las tensiones despertadas durante la reunión.

Se pactará durante las sesiones iniciales una frecuencia predeterminada para los encuentros familiares, que generalmente serán mensuales (1 de cada 4 sesiones mantenidas con el adolescente). Una frecuencia superior puede dar pie a que el paciente sienta que su espacio está siendo invadido, y es esencial que el adolescente tenga claro que la terapia está dirigida a él.

Aunque en el grupo de habilidades solo uno de los dos progenitores acompañará al adolescente, no ocurre así en el espacio de terapia individual, en el que ambos serán invitados a acompañarlo.

Continuamente nos referimos a los padres como acompañantes principales de los adolescentes en la terapia TDC; sin embargo, esta labor ha sido desempeñada en ocasiones por otros miembros familiares, si es que en ese momento son figuras de referencia para el adolescente (abuelos, hermanos mayores...).

La decisión de qué familiar acompañará al adolescente en las sesiones grupales será tomada por este y sus familiares; siempre que se encuentren dificultades para ello, la sesión individual servirá de espacio de reflexión dentro del marco dialéctico. Se posibilita de la misma manera el cambio de acompañante en un momento dado, en caso de que sea solicitado, por imposibilidad (fallecimiento, enfermedad, desplazamiento, cambios laborales importantes, etc.) o por conveniencia, cuando se considere que pueda ser más beneficioso para el adolescente.

Si se objetiva que uno de los padres o ambos necesitan apoyo terapéutico, el gestor del caso será el encargado de transmitirles esta recomendación, tras lo cual les derivará a un espacio diferente al que sus hijos tienen en ATraPA.

## CONFIDENCIALIDAD

El terapeuta hablará con el paciente y sus familiares en la primera sesión sobre los límites del pacto de confidencialidad: sospecha de riesgo inminente de suicidio u homicidio y situación de abuso o negligencia hacia el niño.

El terapeuta debería pactar con el paciente cómo va a actuar en cuanto a conductas autolesivas con finalidad ansiolítica, conductas sexuales de riesgo o uso/abuso de drogas. Aunque el terapeuta se compromete a hacer un esfuerzo por mantener un grado de confidencialidad, debe enfatizar que esto no está garantizado, puesto que una escalada de conductas autolesivas que acaban poniéndole en riesgo o la sensación de que la terapia no está ayudando, por los riesgos que supone, tendrá que ser discutido con los padres.

Una vez dicho esto, se explicará que, llegado el caso, se intentará que sea el propio paciente el que comunique la situación de riesgo a sus familiares durante una sesión de terapia conjunta, pero si esto no sucede el terapeuta no dudará en ser él mismo quien dé este paso.

También el terapeuta informa a los padres sobre la ficha diaria y les solicita de manera amable que no pidan información a sus hijos sobre el contenido de las fichas, pues esta ficha está pensada tan solo para el espacio terapéutico.

## **ORIENTACIÓN Y COMPROMISO CON LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA**

El terapeuta hablará en la sesión inicial de los principales problemas de la inestabilidad emocional y de las habilidades correspondientes para trabajar estos problemas. Incluirá a los familiares en el tratamiento y les preguntará cuáles de esas habilidades creen que les pueden servir a ellos también.

Durante las primeras sesiones el terapeuta deberá obtener el compromiso explícito, tanto por parte del adolescente como por parte de los familiares, de cooperar con el tratamiento.

Si los familiares se muestran desesperanzados también con esta terapia, el profesional validará sus sentimientos de desesperanza. Posteriormente hablará de la información que arrojan los últimos estudios que indican que aquellos adolescentes cuyos padres mantienen una actitud positiva sobre el tratamiento, tienen más posibilidades de que este resulte beneficioso. Además el terapeuta, en algún punto, mencionará el valor de la TDC en la efectividad para reducir el riesgo de suicidio en adultos y la información prometedora que hay en cuanto a adolescentes. También se puede incluir aquí nuestra propia experiencia, positiva, cuyos beneficios para aquellos pacientes y familiares que no abandonan el tratamiento favorecen tanto al estado clínico de los adolescentes —menos urgencias, menos ingresos y más breves, menor uso de medicación y mayor sensación de competencia— como a sus allegados.

## **FAMILIAS Y TERAPIA A DISTANCIA**

Los familiares también cuentan con la posibilidad de ponerse en contacto con los terapeutas a través de correo electrónico; existe un compromiso por parte de los profesionales de responder a su correo antes de 72 horas.

## **GRUPO PARA LOS PADRES 'FAMILIAS AL LÍMITE'**

La solicitud de atención por parte de los padres cuyos hijos sufren TLP o cuadros clínicos del mismo espectro de la inestabilidad emocional es cada vez mayor. La teoría biosocial nos muestra que ayudando a los padres

(entorno fundamental validante/invalidante de las emociones del adolescente) a ser más diestros en el manejo de los problemas que conlleva la inestabilidad de sus hijos, estamos en vías para reconducir, al menos parcialmente, algunas de esas situaciones disfuncionales. Incluso en aquellos casos en que el adolescente rechaza recibir cualquier tratamiento, los padres son un elemento clave para ayudar al adolescente a reconducir la situación. Teniendo en cuenta esto, el programa ATrAPA ha organizado otro nivel de encuadre, solo para progenitores, al que llamamos *Familias al límite*. Intentamos prestar ayuda a padres de adolescentes, con inestabilidad emocional grave o TLP, para comprender a sus hijos, sus emociones y también entender sus propias respuestas a las conductas que muestran aquellos. Así, desde esa nueva comprensión, podrán incorporar las habilidades que para ellos están disponibles en la terapia dialéctico-conductual.

Los objetivos principales a trabajar con los familiares en *Familias al límite* son los siguientes:

- Orientar a las familias sobre los tratamientos disponibles y la forma de acceder a ellos.
- Acercarles a la teoría biosocial, desde la perspectiva de verse a sí mismos como una parte de la solución en lugar de una parte del problema.
- Aprender diferentes habilidades y ayudarles a generalizar su uso.
- Entrenamiento en solución de problemas.
- Dar información sobre asociaciones de familiares.
- Ofrecer un espacio para contactar en situaciones de crisis y poder elaborar un plan de crisis familiar.

A estos grupos pueden acudir padres de adolescentes que están en tratamiento en la red de salud mental y sean derivados por sus terapeutas a nuestro programa, también y padres cuyos hijos sufren este tipo de trastorno y no van a tratamiento porque lo hayan rechazado por uno u otro motivo.

El diseño de *Familias al límite* es de 15 sesiones. Inicialmente se mantienen 3 sesiones individuales con los padres y posteriormente 12 sesiones en grupo, junto a otros padres, de 90 minutos de duración y frecuencia quincenal.

En las sesiones grupales el eje de trabajo es la ficha para padres (capítulo 6, anexos 1 y 2, ficha para padres y ficha de habilidades para padres) mientras la solución de problemas, con enfoque dialéctico, es la metodología de trabajo. La sesión grupal finaliza con una parte teórica, avanzando por los diferentes módulos con sus habilidades.

Las sesiones individuales son necesarias antes de la entrada a los grupos y su contenido es el siguiente:

- **PRIMERA SESIÓN: Historia clínica**

Los padres deben traer un informe de derivación en el que se detalle el cuadro clínico y/o diagnóstico de su hijo. Cuando los padres son derivados a estos grupos se les da un cuadernillo de tipo autoaplicado en el que registran los datos clínicos fundamentales. El psiquiatra/psicólogo encargado de recibirles repasa con los padres los datos fundamentales que aportan: ha de constar la sintomatología fundamental del adolescente, una idea general de la dinámica familiar al afrontar dicha sintomatología y los tratamientos recibidos hasta la fecha y los resultados del mismo. También es importante contar con información acerca del núcleo familiar, número, edades, ocupaciones y antecedentes.

- **SEGUNDA SESIÓN: Qué hacer ante conductas del hijo que ponen en riesgo su vida o la de otros**

La angustia que provoca en los padres la suicidabilidad y otras conductas de los hijos con alta inestabilidad familiar hace conveniente que dispongan de un plan de crisis ante posibles emergencias de ese tipo. Ese es el objetivo de la segunda sesión individual: el diseño, por parte de padres y terapeuta, de los pasos a dar ante las situaciones críticas como las que hayan tenido en el pasado u otras que pudieran venir.

- **TERCERA SESIÓN: Acerca del tratamiento del hijo**

Que el hijo pueda recibir tratamiento es la situación potencialmente idónea y que se va a favorecer desde *Familias al límite*. En esta última sesión individual con los padres se aborda con ellos todo lo que rodea al tratamiento de su hijo: se habla acerca de la necesidad o no del mismo y qué pueden esperar de él, cómo se puede favorecer que lo inicie y dónde puede realizarlo. Nos interesamos por el curso del tratamiento en los casos en los ya esté iniciado. Se avanza el riesgo de abandono y qué hacer ante esa posibilidad. Se alerta contra la búsqueda desordenada de ayuda y se valora la opción de tratamiento de la familia así como el cuidado necesario del resto de los allegados.

Por fin, se invita a los grupos de padres (12 sesiones, de 90 minutos, frecuencia quincenal) y se les intenta motivar y dar esperanza, validando su esfuerzo y con una actitud empática hacia sus inquietudes.

Mejorar  
análisis

Aprender  
habilidades

Cambiar  
respuesta

• **NIVEL 1: RIESGO DE SUICIDIO**

Disminuir interacciones en la familia que contribuyen a poner en riesgo la vida.

• **NIVEL 2**

Comportamientos de la familia que interfieren o ponen en riesgo el tratamiento.

• **NIVEL 3**

Reducir interacciones familiares que interfieren con la calidad de vida de la familia.

• **NIVEL 4**

Desarrollo de habilidades de reconocimiento de sus propios estados de ánimo y desregulación emocional. Habilidades de relación con su hijo y reconocimiento de emociones en su hijo. Habilidades para enfrentarse al malestar y desarrollo de una actitud dialéctica para intentar encontrar el sentido de las conductas propias de la pareja y del hijo.

## **LIMITACIONES Y DIFICULTADES DEL TRABAJO CON FAMILIAS DE PACIENTES CON ADOLESCENTES CON INESTABILIDAD EMOCIONAL GRAVE. CUANDO LOS FAMILIARES INTERFIEREN EN LA TERAPIA DEL ADOLESCENTE**

Algunas familias tratan inicialmente de evitar su participación en el tratamiento, quizá porque no se focaliza en la patología del adolescente, sino en las interacciones familiares, dejando de alguna manera al descubierto los conflictos intrafamiliares, dentro de un marco que puede percibirse como confrontativo y autoritario. Se ha comprobado que la participación en el tratamiento es especialmente dificultosa para familias fragmentadas, desestructuradas o que tienen mínima interacción con el paciente con TLP <sup>(1)</sup>, o si sufren patología psiquiátrica ellos mismos <sup>(10)</sup>.

Por este motivo, el espacio familiar reservado en las sesiones individuales de TDC también va dirigido a identificar y reducir las conductas familiares que interfieren con el tratamiento, ya que los padres tienen una gran influencia sobre la capacidad del adolescente para acudir a la terapia (desvalorizar el trabajo realizado, negarse a llevar en coche o a pagar el abono o provocar un conflicto antes de una sesión).

Este fue el caso de la siguiente viñeta clínica.

### **• VIÑETA CLÍNICA Nº 2**

Durante la tercera sesión individual, y mientras repasábamos la ficha semanal, L. comenta que el peor día de la semana fue el del grupo de habilidades de ATraPA. L. refiere que durante el descanso del grupo su madre criticó de forma muy despectiva un par de conversaciones que se habían dado en la terapia. Explica con pena que su madre también devaluó el ejercicio de *mindfulness* de comer con atención plena una gominola: “Esto es una tontería, no sirve para nada”. Sin embargo, L. reconoce que para ella fue todo una experiencia: “Fue el bocado más delicioso que he probado en mi vida”.

Ante el temor de que esta actitud de la madre influya en el riesgo de abandono de L., se le pregunta si está teniendo dificultades en seguir el tratamiento, y reconoce que sí: “Hoy no quería venir a terapia, por eso he llegado tarde”.

Unas horas antes de la siguiente terapia individual nos ponemos en contacto telefónico con L., quien asegura que no va a volver a la terapia grupal y que tampoco pretendía acudir a la individual, aunque finalmente acude. Durante esta sesión reconoce que su madre la hace sentir muy culpable

por ir a los grupos, y posteriormente añade: “A mí lo único que me interesa es que mi madre esté bien”.

Ante el evidente riesgo de abandono, se vuelve a intentar el contacto telefónico unas horas antes de la siguiente terapia individual, y contesta la madre. En un inicio se muestra hermética y hostil, y posteriormente comenta que van a dejar los grupos. Explica que es una decisión de L., pero que a ella también le pesaba la terapia grupal, y que le ha agradecido que tomara la decisión de abandonar.

Cuando se insiste en la importancia de la terapia para L., la madre comenta que ahora es ella la que está mal, que está peor que L., y es lo que le importa. Cuenta que el fin de semana hizo (la madre) una sobreingesta medicamentosa para la que no solicitó asistencia médica, pero sí le produjo somnolencia excesiva, viéndose incapaz de levantarse el lunes para cumplir con sus obligaciones laborales.

L. finalmente abandonó el grupo de habilidades de ATraPA, y por lo tanto salió del programa, a pesar de su entusiasmo inicial.

L. continuó el tratamiento en un recurso de hospital de día, en el que se mantuvo el trabajo con los familiares. Transcurridos unos meses, la madre de L. reconoció que su gesto autolítico fue en respuesta a la mejoría de L.: “Me volví loca, no podía tolerar su mejoría”.

Es muy valioso enseñar a los adolescentes habilidades para manejarse de forma adecuada en la relación con sus padres, pero si no es efectivo, una intervención familiar se torna necesaria para identificar y señalar el modo de comunicación familiar.

Uno de los casos que hemos llevado en el programa de ATraPA resultaba especialmente dramático por la forma en la que los familiares de primer grado invalidaban a la paciente.

### • VIÑETA CLÍNICA N° 3

Durante la primera reunión familiar, el padre se posicionó girado hacia el lado contrario en el que estaba sentada su hija, y hablaba en tercera persona de ella y con un nivel de enfado muy elevado. Aunque se le señaló en varias ocasiones y se le pidió repetidamente que girara la silla, no conseguía hacerlo. Su discurso giraba en torno al enfado que le generaba que “Diana nunca expresa nada”. Cuando finalmente Diana comenzó a hablar, el padre le respondió: “No me digas eso”.

Durante esta entrevista se validó el enfado que le generaba al padre la actitud de Diana, y se rescató el deseo que tenía de que la comunicación entre ellos cambiase, pues de no ser así, nadie estaría en esa

entrevista familiar. Pero al mismo tiempo se validó la tristeza y rabia que le ocasionaba a Diana el ser tratada e invalidada de esta manera, lo que finalmente la llevaba a permanecer en silencio.

Durante la siguiente entrevista familiar, el padre fue capaz de girar finalmente su silla hacia Diana y mantener un diálogo con ella.

El grupo de terapeutas TDC es necesario para ayudar al terapeuta a que mantenga la empatía tanto hacia el paciente como hacia los familiares, y encuentre, él también, la línea media.

## **CÓMO MANEJAR LAS AMENAZAS DE SUICIDIO A LOS PADRES**

Cuando las amenazas entran en juego, no se negociará sobre lo reclamado. Por ejemplo, si el discurso del adolescente es: “Si no me dejáis salir esta noche con mi novio me tomaré todas las pastillas”, los padres deberán centrar la conversación en la amenaza: “Si estás pensando en quitarte la vida tendremos que ir al hospital”, en lugar de debatir sobre la conveniencia o no de que salga.

Es tremendamente importante enseñar a los padres que ceder ante tales amenazas baja el riesgo autolítico a cortísimo plazo, pero lo aumenta a medio y largo plazo.

En ocasiones puntuales el terapeuta se tendrá que quedar a solas con los padres para explicarles esto u otras informaciones, previa autorización del adolescente: “Pienso que para apoyar a tus padres en su intención de ayudarte a ti necesito una sesión adicional y hablar a solas con ellos. ¿Estás de acuerdo?”. Para ello puede aprovechar su participación en la terapia individual. De cualquier modo, salvo que la seguridad del adolescente esté en riesgo, se debería intentar evitar los encuentros a solas con los padres para evitar dañar el vínculo con el paciente, y aun en esos casos es recomendable hacerle partícipe de los motivos de tal encuentro. Cuidar el vínculo es fundamental, aún más en situaciones de crisis.

## **BENEFICIOS DE TRABAJAR CON LAS FAMILIAS**

El incluir a los familiares en la terapia con adolescentes añade complejidad al tratamiento, pero también se convierte en una herramienta

potencialmente beneficiosa y de gran apoyo, tanto para los padres como para los hijos.

El observar la interacción del adolescente con el sistema familiar ayuda al terapeuta a visualizar con mayor claridad las reacciones emocionales del adolescente, así como sus habilidades o el déficit de las mismas. También obtendrá una visión más empática e integral de los modos de comportamiento familiar. Le permitirá identificar y señalar el modo de comunicación familiar y ofrecer contención. Verá de primera mano las conductas familiares que interfieren con el tratamiento y podrá intentar abordarlas. Asimismo, es importante tener en cuenta que la familia puede actuar como medio de contingencia en el contexto del hogar ante conductas disfuncionales de los hijos con desregulación emocional, por lo que el incluir a los familiares en el espacio terapéutico reduce la posibilidad de que se cronifiquen algunas conductas disfuncionales, además de que posibilita abordar los conflictos de manera calmada y tomando nuevas formas de comunicación y expresión de pensamientos y emociones.



# Anexo 1:

## FICHA SEMANAL PADRES



**ATraPA FAMILIAS  
REGISTRO PADRES**

**INICIALES** \_\_\_\_\_ **EQUILIBRIO ENTRE PADRES?**  SÍ  NO  %: \_\_\_\_\_ **Semana del** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_  
**EMOCIÓN BÁSICA PADRES:** \_\_\_\_\_ **EMOCIÓN BÁSICA HIJO:** \_\_\_\_\_

DÍA Y FECHA	¿Hay riesgo de que tu hijo se dañe a sí mismo o abandone el tratamiento? S/No Respuesta / ¿Agresión? / ¿Abandono?	¿Habéis perdido el control de tu hijo o tu pareja, o habéis comunicado con tu pareja) (Comunicarte con tu hijo)	Intentando entender a tu hijo (Decodificando la conducta)		Compromiso Límites y refuerzos	Uso de dialéctica	Uso de validación
			Secuencia (*)	RESUESTA/ HH Intolerancia al maltrato)			
Lunes							
Martes							
Miércoles							
Jueves							
Viernes							
Sábado							
Domingo							

**PROPONTE UN OBJETIVO PRINCIPAL PARA ESTA SEMANA:**

**NIVEL DE VULNERABILIDAD AÑADIDA EN TI**

- USO SUSTANCIAS (Alcohol, cannabis, medicación no prescrita, otras) \_\_\_\_\_
- MALA ALIMENTACIÓN/PURGAS \_\_\_\_\_
- RITMO HORARIOS \_\_\_\_\_
- NO EJERCICIO \_\_\_\_\_
- ENFERMEDAD \_\_\_\_\_

**EMOCIONES PRIMARIAS:** miedo vs seguridad, tristeza vs alegría, rabia vs ternura.  
**EMOCIONES SECUNDARIAS:** calma, culpa, amor, vergüenza.

(\*) SECUENCIA: evento / percepción / pensamiento = emoción= sensaciones / respuesta

## Anexo 2:

### FICHA DE HABILIDADES PARA FAMILIARES



**ATRAPA-FAL**  
REGISTRO PADRES  
TERAPIA DIALÉCTICA  
CONDUCTUAL

INICIALES \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia lo rellenaste?

Diariamente  2-3 veces  1 vez

Semana del \_\_\_\_\_  
al \_\_\_\_\_

#### MARCA LAS HABILIDADES QUE HAS UTILIZADO CADA DÍA

		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<b>HABILIDADES BÁSICAS DE CONCIENCIA</b>								
OBSERVA TU MENTE OBSERVA A TU HIJO	Mente <b>SABIA</b>							
	<b>OBSERVAR</b> (darte cuenta de lo que pasa)							
	<b>DESCRIBIR</b> (poner palabras...)							
	<b>NO JUZGAR</b> (ni juzgarte si juzgas)							
	Haz <b>UNA COSA</b> en cada momento							
	Haz lo que <b>FUNCIONA</b>							
<b>HABILIDADES DE RELACIONES SOCIALES</b>								
CO-R-RE	<b>PENSAMIENTO DIALÉCTICO</b> (distintas perspectivas, distintas verdades)							
	<b>MANTENER LAS RELACIONES: VALIDAR</b>							
	Di <b>"NO"</b> a peticiones indeseadas							
	<b>EQUILIBRA</b> obligaciones con deseos							
	<b>EFICACIA EN LAS RELACIONES:</b> Describe, Expresa, Comunica, Refuerza, Mantén la Posición, Aparenta seguridad, Negocia ( <b>DECIR PAN</b> )							
Piensa un rato, cada día, en el resto de la familia								
<b>HABILIDADES DE PENSAMIENTO, EMOCIÓN Y CONDUCTA</b>								
CENTRATÉ EN TU EMOCIÓN	Reducir vulnerabilidad: <b>CUÍDATE</b> si estás enfermo; Drogas no; Ejercicio habitual; Nutrición sana; SuEño; ser <b>POSITIVO</b> : <b>¡CUÍDENSE Y SEAN POSITIVOS!</b>							
	Identifica lo que te pasa: <b>Mírate</b> , <b>Observa</b> la emoción, <b>Describe</b> , <b>Experimenta</b> (no huyas). <b>Recuerda</b> (no eres lo que sientes). <b>Acepta</b> tus emociones ( <b>MODERA</b> )							
	Busca experiencias <b>POSITIVAS</b> cada día							
	Márcate objetivos <b>POSITIVOS</b> a <b>LARGO PLAZO</b>							
Actuar <b>OPUESTAMENTE</b> a la emoción								
<b>HABILIDADES DE TOLERANCIA AL MALESTAR</b>								
MEJORAR	<b>ACTIVIDADES PARA SOBREVIVIR: DISTRAERSE</b> Comparar, Ayudar, Pensar en otra cosa, Actividades distractoras, Cortar la situación negativa, Emoción opuesta, Sensaciones intensas ( <b>CAPACES</b> )							
	<b>RELAJAR LOS 5 SENTIDOS</b>							
	<b>MEJORAR EL MOMENTO:</b> Imaginación; Significado buscar; Oración; Relajación; <b>PRESENTE</b> , <b>ÁNIMOS</b> , <b>VACACIONES (¡SORPRESA-VACACIONES)</b>							
<b>PROS Y CONTRAS</b>								
ACEPTA	<b>ACEPTACIÓN</b> de la situación tal y como es ahora. Adapta tus objetivos a la realidad y no solo a tus deseos							

.....

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fruzzetti A. E., Santisteban, D. A., & Hoffman, P. D., *Dialectical behavior therapy with families*, In: (Eds.) LADkK, editor; *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*, New York, Guilford Press, 2007, p. 222-44.
2. Besier T., Holling H., Schlack R., West C., Goldbeck L., *Impact of a family-oriented rehabilitation programme on behavioural and emotional problems in healthy siblings of chronically ill children*, Child Care Health Dev., 2010; 36 (5): 686-95.
3. Carr A., *The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child focused problems*, Journal of Family Therapy, 2009; 31 (1): 3-45.
4. Hooley J. M., Hoffman P. D., *Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder*, Am J Psychiatry, 1999; 156 (10): 1557-62.
5. Hoffman P. D., Fruzzetti A. E., Swenson C. R., *Dialectical behavior therapy-family skills training*, Fam Process, 1999; 38 (4): 399-414.
6. Hoffman P. D., Fruzzetti A. E., Buteau E., Neiditch E. R., Penney D., Bruce M. L. et al., *Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder*, Fam Process, 2005; 44 (2): 217-25.
7. Fruzzetti A., *The high-conflict couple: A dialectical behavior therapy guide to finding peace, intimacy, and validation*, New Harbinger Publications, 2006.
8. Kreger R., *The essential family guide to borderline personality disorder: New tools and techniques to stop walking on eggshells*, Center City, MN, Hazelden, 2008.
9. Miller A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M., *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*, Guilford Press, 2006.
10. Zanarini M. C., Gunderson J. G., Marino M. F., Schwartz E. O., Frankenburg F. R., *Childhood experiences of borderline patients*, Compr Psychiatry, 1989; 30 (1): 18-25.

.....



## *Grupo de terapeutas de ATraPA*

*Ana Calvo, Lara Kehrmann, María Mayoral*



Los pacientes con inestabilidad emocional grave, especialmente si tienen conducta suicida, suelen ser casos que entrañan una gran dificultad.

Una de sus características son los problemas interpersonales. Sus relaciones suelen ser inestables y confusas, y ese modo de funcionamiento se reproduce en la relación terapéutica. Estos pacientes tienden a escindir la realidad en un pensamiento dicotómico de bueno y malo. De esta forma, en ocasiones idolatran al terapeuta y otras veces lo devalúan, lo que puede generar confusión y frustración. En algunos casos, además, las ideas de muerte, las autolesiones y los intentos de suicidio pueden estar presentes gran parte del tiempo. Todas estas circunstancias generan en el terapeuta emociones tan intensas como miedo, angustia, rabia o frustración. Conscientes de esta realidad, los principales líderes de enfoques psicoterapéuticos dirigidos a tratar la inestabilidad emocional subrayan la importancia de habilitar un espacio común para trabajar las dificultades que los terapeutas puedan encontrar a lo largo del proceso de tratamiento, donde se pueda potenciar el pensamiento reflexivo en ellos mismos, así como la contención por parte del equipo de trabajo a cada uno de sus miembros.

Específicamente, dentro de la TDC, un requisito del trabajo es que cada terapeuta esté incluido en un grupo de consulta (o grupo de terapeutas).

Las funciones de este grupo son variadas, pero la principal es el manejo del *terapeuta agotadão* o *burnout*, por lo que este aspecto se aborda

desde el principio, ya que se entiende que trabajar en ese estado emocional impide a los profesionales proveerse de un cuidado efectivo.

Según la TDC, los principales indicadores de *burnout* son:

1. Pérdida de la compasión hacia el paciente.
2. Sentirse ineficiente como terapeuta.
3. Sentirse emocionalmente exhausto.

Otras de las funciones del grupo de terapeutas son las siguientes:

1. Ayudar a evaluar problemas de los terapeutas que dificulten o impidan el desarrollo del tratamiento, a diferencia de otros *espacios de supervisión* en los que se valoran los problemas de los pacientes.
2. Ayudar a los terapeutas a implementar soluciones a los problemas, idealmente, utilizando habilidades dialéctico-conductuales.
3. Asegurar la adherencia a los principios de la TDC y la competencia de los terapeutas.
4. Ofrecer apoyo en situaciones de tensión y agotamiento emocional.

## PARTICIPANTES EN EL GRUPO DE TERAPEUTAS

Del grupo de terapeutas deberían formar parte todas las personas que participan en el tratamiento en cualquiera de los encuadres al uso (individual, grupal, a distancia, gestor del caso...), así como aquellos residentes y estudiantes que están en proceso de formación. Dos de los integrantes realizarán las funciones de líder y observador. En ATraPA dichas funciones se realizan de forma rotatoria por todos los participantes.

El papel del observador en el grupo de terapeutas es ayudar a los demás integrantes a mantenerse dentro de los principios dialécticos y avisar al resto de los miembros cuando se produzca alguna de estas situaciones <sup>(1)</sup> (Blaise Aguirre, MD, Comunicación oral en seminario, Bilbao, febrero 2014):

- Cuando no se alcanza una posición dialéctica.
- Cuando la mente emocional o la mente racional están dominando, lo que impide que se trabaje de forma adecuada.
- Cuando está quedando fuera de la reflexión algún aspecto importante y que dificulta llegar a conclusiones adecuadas.
- Cuando un componente del equipo actúa juzgando a otros o a sí mismo.

- Cuando se usa comunicación indirecta.
- Cuando se hacen o intentan hacer dos cosas a la vez.
- Cuando un terapeuta trata a los demás —clientes o terapeutas— como frágiles.
- Cuando se actúa con temor frente al líder y se evita desafiarle.
- Cuando la ira se manifiesta.

Por su parte, el líder es el que tiene mayor responsabilidad de saber, recordar y desarrollar los principios de TDC, conduciendo a todo el grupo y liderando la solución de dilemas que se ordenan, al igual que en terapia individual, siguiendo la jerarquía de prioridades expuesta a continuación:

• **COMPORTAMIENTOS NIVEL 1**

1. Comportamientos suicidas y autodestructivos u hospitalizaciones.
2. Pacientes que se van a descolgar de la terapia (incluye a cualquiera que esté a punto de faltar a 4 citas consecutivas antes de la siguiente reunión).
3. Burnout del terapeuta (terapeuta quemado).

• **COMPORTAMIENTOS NIVEL 2**

Los comportamientos que interfieren con la terapia, ya sean del paciente o del terapeuta.

• **COMPORTAMIENTOS NIVEL 3**

Los que interfieren con la calidad de vida u otras actitudes por las que se desee alertar al equipo o recibir ayuda.

• **BUENAS NOTICIAS**

- **OTRAS NOVEDADES:** presentación de casos nuevos.

- **OTROS ASUNTOS:** anuncios, noticias, estudios de investigación...

El líder, además, valida las emociones del terapeuta, que expone su dilema, también le ayuda a definirlo, realiza una valoración más profunda de los problemas y soluciones que ya se han intentado y genera, junto con el resto del grupo, soluciones posibles a estos. Una vez que el terapeuta selecciona la estrategia, se evalúa su habilidad para llevarla a cabo y entrena para aprender nuevas habilidades si esto fuera necesario.

## CONTENIDOS DEL GRUPO DE TERAPEUTAS

El grupo de terapeutas tiene una estructura similar a los grupos de habilidades en lo que respecta al uso de *mindfulness* (capítulo 8), desarrollo de la agenda en función de una jerarquía y utilización de estrategias y habilidades propias de la TDC para resolver los problemas, conflictos y dilemas que los terapeutas lleven al grupo o aquellos que surjan durante el desarrollo de este.

En ATraPA el grupo se realiza una vez por semana y tiene una duración de 90 minutos.

Asisten los terapeutas individuales, los de grupos de habilidades, los encargados de control de estudios de investigación sobre TDC, enfermeras incluidas en el programa, residentes de psiquiatría, psicología y enfermería, así como otras personas en formación (estudiantes en prácticas). Con frecuencia se invita también a aquellos terapeutas que han derivado adolescentes, gestores de casos de pacientes del programa o aquellos clínicos que deseen derivarnos algún caso.

El grupo lo iniciamos con un ejercicio de conciencia plena (*mindfulness*) conducido por uno de los integrantes y de duración breve (unos cinco minutos).

En segundo lugar se leen los acuerdos de consulta. En ATraPA damos lectura a 2 de los 6 acuerdos cada día en el que se reúne el grupo <sup>(1)</sup> (tabla 1, Blaise Aguirre, MD, Comunicación oral en seminario, Bilbao, febrero 2014).

Después se solicita a los integrantes que informen de los contenidos que desean traer al grupo y el nivel jerárquico de dichos contenidos, con los que se genera el orden del día.

Tras ello, siguiendo el orden de la jerarquía acordado previamente y añadiendo a esta las necesidades del terapeuta para solicitar el apoyo del resto de compañeros, se van abordando las situaciones.

El grupo ha de transcurrir de forma ágil, donde lo relevante no es el desarrollo del caso clínico, sino qué necesita el terapeuta, según su criterio, para mejorar su situación con el cliente o consigo mismo.

Los grupos TDC comparten una serie de asunciones <sup>(1)</sup> respecto a los pacientes, a saber:

1. Los pacientes lo hacen lo mejor que pueden.
2. Los pacientes quieren tener vidas que valgan la pena vivir.
3. Los pacientes necesitan hacerlo mejor y ganar motivación para el cambio.
4. Los pacientes deben aprender nuevos comportamientos en todos los contextos relevantes.
5. Los pacientes no fallan: falla la aplicación del tratamiento.
6. Los pacientes pueden no haber causado todos sus propios problemas pero tienen que resolverlos de todos modos.
7. Las vidas de los pacientes suicidas son insoportables tal y como las están viviendo en este momento.

## CONCLUSIONES:

Dentro de la TDC, es un requisito fundamental formar parte de un equipo de terapeutas que realice de manera estructurada y continuada reuniones para promover el pensamiento reflexivo, reducir el *burnout* y asegurar la adherencia a los principios dialécticos. La participación en dichos grupos no solo repercute en el bienestar de los terapeutas, sino también en la calidad de las intervenciones que se proporcionan a los pacientes.

### • TABLA 1: LOS ACUERDOS DEL EQUIPO

**Acuerdo dialéctico.** El grupo acepta asumir una filosofía dialéctica, donde no hay una verdad absoluta. Así, cuando aparezcan opiniones opuestas buscar una síntesis de ambas posturas haciéndonos preguntas como “¿Qué nos estamos dejando fuera?”. Cuando uno trabaja con adolescentes es fácil que aparezcan puntos de vista extremos. La polaridad más frecuente es culpar a los padres frente a culpar a los adolescentes.

**Consulta respecto a las dificultades del paciente.** Se le pregunta al adolescente como interactúa con el ambiente, más que preguntar al entorno. Así, si un paciente está enfadado con el terapeuta del grupo por algo que dijo, en vez de ir al terapeuta y plantearle cómo abordar al paciente se trabaja con el adolescente en cómo puede interactuar de manera positiva con el terapeuta de habilidades. Acordamos no tratar a los pacientes o a nosotros como si fuéramos frágiles. Acordamos tratar a otros miembros del grupo con la creencia de que los otros pueden hablar en su propio nombre.

**Acuerdo de consistencia (coherencia, uniformidad).** Acordamos aceptar la discrepancia y el cambio de opiniones como algo natural. Esto significa que no tenemos que estar de acuerdo con la posición de cada uno de nosotros sobre cómo responder a pacientes específicos, ni tenemos que ajustar nuestro propio comportamiento para ser consistente con el de los demás. Choques o desacuerdos son esperados y vistos como una oportunidad para poner en marcha las habilidades TDC. En el trabajo padres-adolescentes los adolescentes deben saber que no deben esperar que los padres sean siempre consistentes por factores tales como cansancio, estado de ánimo, nivel de estrés o presentación del problema por parte del adolescente

**Acuerdo de observar los límites.** Los terapeutas aceptan auto-observar sus propios límites sin juzgar. Una vez que sabemos nuestros límites se lo planteamos a los pacientes (ej. Compromiso del terapeuta de contestar al correo electrónico en 48 horas. En el caso de autoagresión, no mandar correo electrónico sino acudir a la urgencia.). Como terapeutas y miembros de un grupo, acordamos no juzgar o criticar a otros miembros por tener diferentes límites de los nuestros (ej; demasiado laxo, demasiado rígido, demasiado “correcto”).

**Acuerdo de empatía fenomenológica.**

- Acordamos buscar interpretaciones no peyorativas con nuestros pacientes, sus padres, con nosotros mismos y con otros miembros del grupo.
- Acordamos asumir que nosotros y nuestros pacientes lo estamos haciendo lo mejor que podemos y queremos mejorar.
- Acordamos esforzarnos por ver el mundo a través de los ojos de nuestros pacientes y de los ojos de los demás.
- Acordamos practicar una posición de no juzgar respecto a las emociones de nuestros pacientes y entre nosotros

**Acuerdo de falibilidad.** Acordamos que todos los terapeutas pueden equivocarse y que todos cometemos errores, e incluso incumplimos los acuerdos del grupo. Esto también aplica a los padres, ellos van a cometer errores. Todos los terapeutas asumen la responsabilidad de la terapia de cada paciente. Así, el suicidio de un paciente es el suicidio del paciente de todos.

.....

.....

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre B., *Curso intensivo de terapia dialéctico-conductual: Utilizando el equipo para obtener mejores resultados*, Bilbao 2014.

.....



## ‘Mindfulness’ y su aplicación en el programa ATraPA

Begoña Cerón, María Mayoral



*Mindfulness* significa prestar atención de una manera especial, intencionadamente, en el momento presente y sin juzgar <sup>(1)</sup>. Vicente Simón lo describe como “la capacidad humana, universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente, momento a momento” <sup>(2)</sup> (Vicente Simón, Sello Editorial, 2011). Guy Armstrong <sup>(2)</sup> lo refiere como “saber lo que estás experimentando mientras lo estás experimentando”. Dentro de un contexto terapéutico, su significado se centra en tomar conciencia (de la experiencia presente) con aceptación <sup>(3)</sup> (Gemer, 2005).

En su funcionamiento natural, la mente no se encuentra en estado de serenidad, sino más bien en un continuo diálogo interno en el que los pensamientos se suceden ininterrumpidamente sin orden ni concierto aparente. Estos pensamientos tienden a repetirse una y otra vez. Invitar a la mente a calmarse supone centrarla en el presente, en lo que sucede en el aquí y el ahora.

*Mindfulness* es un entrenamiento para dirigir, estabilizar e incrementar la potencia de la atención, y de ello surge la posibilidad de ver con más claridad algunos aspectos. Por esto, la práctica de *mindfulness* puede mejorar la calidad de vida y reducir el sufrimiento.

El entrenamiento en atención plena permite desarrollar una mayor conciencia, claridad y aceptación de la realidad del momento presente. Así, el *mindfulness* es el arte de vivir de una manera consciente, de lle-

var a la consciencia la relación de la propia persona con sus experiencias (pensamientos, emociones, conductas).

## APLICACIÓN DE ‘MINDFULNESS’ EN TDC

Las habilidades básicas de conciencia, explicadas en el primero de los cinco módulos de habilidades propuestos por la TDC en adolescentes, son versiones psicológicas y conductuales de prácticas espirituales orientales, fundamentalmente del zen. Su incorporación a nuestra vida diaria nos ayuda a tener el control de nuestra propia mente en vez de dejar que la mente nos controle a nosotros.

Por otra parte, en TDC se enfatiza la importancia de encontrar un equilibrio entre el cambio y la aceptación —la necesidad de aceptar tus emociones y de cambiar tus respuestas a algunas de ellas—. Esta aceptación proviene de la integración de dichas prácticas espirituales orientales en los enfoques de tratamiento occidentales. El énfasis en el cambio proviene de las terapias cognitivo-conductuales tradicionales. Precisamente es el equilibrio entre estos dos elementos (aceptación/cambio) el que caracteriza a la nueva oleada de terapias de tercera generación entre las que se encuentra la TDC.

En la desregulación emocional, la vivencia de la identidad es inestable y aparecen sentimientos de vacío y alteraciones cognitivas no psicóticas en situaciones estresantes, que desaparecen cuando se alivia la tensión (despersonalización, disociación, paranoidismo, etc.). El *mindfulness* ayuda a aumentar la capacidad para experimentar y observar conscientemente a uno mismo y al entorno. Por este motivo, se considera de mucha utilidad en el tratamiento de personas con inestabilidad emocional grave, en las que estos estados mentales son relativamente frecuentes.

## APLICACIÓN DE ‘MINDFULNESS’ EN ATraPA

Desde su puesta en marcha, en el equipo de ATraPA fuimos plenamente conscientes de la necesidad de aprender, de una forma vivencial, el significado y utilidad de la práctica de *mindfulness* antes de transmitirlo a nuestros pacientes. Recibir formación por expertos acreditados se hizo imprescindible. Así, de forma paulatina, el *mindfulness* se fue incorporando a las distintas modalidades de intervención dentro del tra-

tamiento ambulatorio intensivo, así como a la unidad de agudos y tanto para pacientes como para profesionales.

Los espacios en los que está presente la práctica de *mindfulness* dentro del programa son los siguientes:

#### • **GRUPOS DE HABILIDADES**

Los terapeutas grupales realizan una breve práctica de *mindfulness* al comienzo de cada sesión semanal. El objetivo es transmitir de un modo vivencial los beneficios de la atención plena, así como familiarizar a los adolescentes y sus familias con su práctica.

Durante todo el curso, además, se incide en la importancia de practicar *mindfulness*, puesto que las habilidades de conciencia son el pilar sobre el que se sustentan el resto de habilidades de otros módulos. Se les invita a investigar sus resistencias para la práctica y 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.

Tanto adolescentes como padres pueden incorporar estas nociones a su vida diaria, bien de una manera formal (meditación), bien informal (*mindfulness*). Así, se diferencia entre estos dos conceptos:

- **Meditación** es la práctica formal de *mindfulness* sentado, andando, de pie o calladamente durante un periodo de tiempo.
- **Mindfulness** es el acto de focalizar conscientemente la mente en el momento presente sin juzgarse. Puede hacerse a cualquier hora, en cualquier momento, observando y experimentando con atención plena lo que entra a través de los sentidos (oler una flor, observar con conciencia un paisaje, saborear un helado, centrar la atención en la sensación que produce una ducha caliente, escuchar el sonido del campo, etc.).

#### • **UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN**

Además de su realización en los grupos de habilidades, el *mindfulness* se considera en la TDC parte del tratamiento para pacientes con inestabilidad emocional ya desde el ingreso hospitalario.

Su práctica no solo es enseñada a algunos de los pacientes hospitalizados, sino que se realiza también por parte del equipo terapéutico.

## **'MINDFULNESS' CON EL PERSONAL SANITARIO**

Desde el programa ATraPA se ha puesto en marcha, dentro de la unidad de hospitalización, la realización diaria de *mindfulness* durante

unos minutos al comienzo de la jornada laboral. Los profesionales lo realizan de manera voluntaria y tiene el objetivo de compartir experiencias y fomentar la unión y cohesión de equipo en beneficio del trabajo diario. Además, individualmente, el *mindfulness* mejora el desarrollo personal al aumentar la capacidad de autoobservación y fomentar el autocuidado.

Los profesionales favorecen la creación de un ambiente terapéutico apropiado, validando emociones y sentimientos, dando así sentido a las conductas del adolescente con un conocimiento empático del malestar emocional que puedan sentir. El equipo, a través de la práctica, procura desarrollar una visión dialéctica para ayudar a que el adolescente se acepte a sí mismo tal y como es en ese momento y valore sus posibilidades de cambio.

También el grupo de terapeutas (capítulo 7) se inicia con una práctica breve de *mindfulness* que es compartida con todos los participantes e invitados.

## ‘MINDFULNESS’ CON LOS PACIENTES INGRESADOS

Se realizan con los adolescentes ingresados tres tipos distintos de práctica.

El **primer tipo de práctica** se da al inicio de la terapia de grupo que se realiza diariamente en la unidad de hospitalización, coordinada por uno de los psiquiatras o psicólogos del servicio y al cual acuden todos los pacientes excepto aquellos que presenten un estado de agitación que sea incompatible con la práctica. El grupo empieza con una práctica de atención plena de tipo dinámico, con el objetivo de aliviar la tensión emocional y centrar a todos los adolescentes en el aquí y el ahora.

### • EJEMPLO N° 1

Se le pide a cada uno de los adolescentes, por turno, que vayan poniendo ingredientes a una pizza virtual. El que repite un ingrediente queda fuera de la pizza, pero puede intentar llevar a error a sus compañeros diciendo ingredientes ya mencionados.

### • EJEMPLO N° 2

*La danza de la lluvia:* todos los chicos se levantan de sus sillas y se ponen en círculo. También se incluye el coordinador, que inicia un mo-

vimiento rítmico; por ejemplo, chascando los dedos repetidamente. Le sigue, imitando el movimiento, el adolescente que esté a su derecha, y lo mismo el siguiente, y el siguiente... Cuando la onda llega de nuevo al coordinador, este cambia el movimiento y hace otro que genera un ruido distinto; por ejemplo, frota las palmas de las manos. De la misma forma, el adolescente que está a la derecha le imita, y así sucesivamente (se hacen varios movimientos). Se le pide a los adolescentes que pongan la atención en los sonidos que se van generando, mientras la onda de uno u otro va avanzando.

El **segundo tipo de práctica** lo denominamos *minuto mindfulness*, y lo realizan entre dos enfermeras de planta. Es un acercamiento a la práctica clásica, pero realizado de forma breve. Para realizarlo con pacientes, el equipo hace una selección previa de aquellos adolescentes que consideren que pueden beneficiarse.

Los criterios de exclusión son:

- Psicosis con sintomatología positiva activa.
- Personas preagitadas.
- Oposicionistas-desafiantes.
- Aquellos que el clínico y la enfermera consideren no aptos por otros motivos distintos a los anteriores.

La enfermera encargada de conducir el grupo evalúa a los seleccionados en una reunión previa a la realización del entrenamiento grupal, y la terapia se realiza un día a la semana durante 10 minutos. El hecho de realizar una práctica tan corta se debe al estado agudo o de crisis personal en el que la mayoría se encuentra, aunque se promueve que generalicen la práctica a otros momentos durante el ingreso y profundicen en sus contenidos con su terapeuta individual.

**• Instrucciones que la enfermera transmite a los adolescentes antes del comienzo del *minuto mindfulness*:**

*“Vamos a hacer el entrenamiento de centrar la atención en la respiración; se realizará en un periodo corto de 1 minuto. Es probable que nos distraigamos: la distracción puede ser debida a pensamientos con frecuencia cargados de emociones: sensaciones físicas intensas, como molestias musculares, picores..., o externas, como gritos, sonidos ambientales... Cuando se es consciente de haber perdido la atención dirigida a la respiración, de forma amable y sin juzgarse, hay que intentar de nuevo redirigirla a la respiración. Se observa cómo el aire entra y sale por la nariz.”*

Termina el minuto y se comparte, a través de diálogo abierto, la experiencia vivida con los adolescentes.

El **tercer tipo de práctica** es al finalizar un grupo específico que se realiza en la unidad de hospitalización, y que denominamos *Alternativa a las autolesiones*. En este grupo se seleccionan pacientes en relación a que tengan antecedentes de haberse autolesionado en el pasado, con objetivo ansiolítico y que muestren algún interés en abandonar dicha conducta. La víspera se les ha dado una hoja informativa descriptiva del objetivo del grupo y motivadora, para que se planteen alternativas. Ya en el grupo se utilizan estrategias dialécticas, como solicitarles que escriban pros y contras de tal conducta, observación y descripción de su emoción predominante cuando lo realizan, etc. Tras ello, se enseñan alternativas del módulo de tolerancia al malestar de la TDC. Cada uno puede elegir una o dos de ellas e intentar imaginarse a sí mismos poniéndolo en práctica. Para terminar el grupo, y como una forma de centrar la atención en el aquí y ahora, se realiza una práctica similar a la del *minuto mindfulness* descrita más arriba, pero más prolongada en el tiempo.

## FORMACIÓN CONTINUADA DE ‘MINDFULNESS’

Por último, para asegurar la práctica y la adherencia a los principios de atención plena, esenciales en el desarrollo de la TDC, el equipo del programa ATraPA sigue una formación continuada el primer martes de cada mes durante una hora y media, dirigida por un experto en *mindfulness*.

Esta actividad, más la práctica individual que cada terapeuta desarrolle, permite la actualización permanente de los profesionales para mejorar la calidad asistencial hacia los adolescentes y sus familias.



.....

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.** Kabat-Zinn J., *La práctica de la atención plena*, Kairós, 2013.
- 2.** Simón V., *Aprende a practicar mindfulness*, Sello Editorial, 2011.
- 3.** Siegel R. D., Germer C. K., Olendzki A., *Mindfulness: What is it? Where did it come from? Clinical handbook of mindfulness*, New York, Springer, 2009; p. 27-35.

.....

