

Experiencia Clínica de Psicoterapia Grupal Contextual en Adolescentes con Problemas Emocionales

Clinical Experience of Contextual Group Psychotherapy for Adolescents with Emotional Problems

Diego Padilla Torres y Miguel Ángel Jiménez Arriero
Hospital Universitario 12 Octubre, España

Resumen. Este trabajo tiene como objetivo la comunicación de la experiencia obtenida en la aplicación de una intervención psicoterapéutica grupal desde el modelo contextual en adolescentes que presentan problemas emocionales derivados a un centro de salud mental. Nos centraremos en primer lugar en las características clínicas que presentan los adolescentes que acuden a consultas de salud mental, y las necesidades que plantean. En segundo lugar, vamos a describir brevemente el modelo contextual y las terapias sobre las que se ha basado dicha intervención y que están al cobijo de dicho modelo: Terapia de Aceptación y Compromiso y Psicoterapia Analítico Funcional. En tercer lugar, presentaremos de forma pormenorizada las dinámicas psicoterapéuticas introducidas en sesión y la experiencia recogida por los adolescentes. Por último, señalaremos las conclusiones e implicaciones más relevantes de este trabajo.

Palabras clave: adolescentes, terapia de grupo, psicoterapia analítico funcional, terapia de aceptación y compromiso, Mindfulness y alianza terapéutica.

Abstract. This work aims to communicate the experience obtained from the application of a group psychotherapeutic intervention from the contextual model in adolescents with emotional problems referred to a mental health centre. We will focus first on the clinical characteristics of adolescents attending mental health consultation and the needs they present. Second, we will briefly describe the contextual model as well as the therapies that form the basis for such intervention and that are brought together under this model: Acceptance and Commitment Therapy and Functional Analytic Psychotherapy. Third, we will thoroughly present the dynamics introduced in psychotherapeutic sessions and lessons learned by adolescents. Finally, we will point out the conclusions and the most important implications of this work.

Keywords: adolescents, teenagers, group therapy, functional analytic psychotherapy, acceptance and commitment therapy, Mindfulness and therapeutic alliance.

DIEGO PADILLA TORRES es Psicólogo Clínico Infanto-Juvenil. AGC Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario 12 Octubre. MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ ARRIERO es Jefe de Servicio de Psiquiatría y del AGC Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 Octubre. La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al primer autor al e-mail: diego.padilla@salud.madrid.org

Clínica de los adolescentes: su sufrimiento emocional y abordaje

La adolescencia es una etapa en la vida entre la pubertad y adultez donde se dan cambios drásticos, siendo un período muy sensible a presentar problemas de salud mental (Berk, 2004). No todos los adolescentes presentan problemas, pero la adolescencia es una fase donde existe una mayor prevalencia de trastornos psicológicos (Navarro-Pardo, Meléndez, Sales, y Sacerni, 2012), siendo los trastornos de conducta, depresión y ansiedad los más frecuentes (García-López, Piqueras, Díaz-Castela e Inglés, 2008; Fuentes, García y Lila, 2011; Állez, Martínez-Arias, y Rodríguez-Sutil, 2000).

Los adolescentes que acuden a consulta, además de presentar un conjunto de síntomas compatible con algún diagnóstico al uso, suelen presentar características comunes que reflejan el sufrimiento que padecen. Se pueden observar similares problemas clínicos que son compartidos por diferentes trastornos. Los adolescentes suelen presentar fuertes sentimientos de incomprensión, gran sensibilidad emocional, inestabilidad emocional y relacional así como problemas con la imagen de sí mismo.

Los problemas en regulación emocional y las disfunciones del self, son sin duda dos factores clínicamente clave, que se dan en los pacientes que acuden en consulta y que engloban gran parte de sus problemas clínicos, y que es necesario abordar con estrategias terapéuticas potentes.

Los déficits en regulación emocional, se reflejan en los problemas de impulsividad relacionados con el consumo de tabaco y alcohol (Pokhrel et al., 2013; Fernie et al., 2013) rasgos de personalidad esquizotípicos (Badoud et al., 2013), límites (Schramm, Venta y Sharp, 2013) y conductas suicidas (Salvo y Castro, 2013). También asociados a emociones negativas, como la ansiedad, la tristeza y los sentimientos de soledad que son predictores del desarrollo de problemas psicopatológicos más graves (Wilkinson, Croudace y Goodyer, 2013).

Las dificultades de regulación emocional, presentes en algunos adolescentes, bien porque no saben entender sus emociones o bien porque no tienen habilidad suficiente para manejar emociones negativas intensas en beneficio de una acción efectiva para ellos (Weinberg y Klonsky, 2009; Gratz y Romer, 2004). Sobre ello se asienta el fenómeno psicopatológico de desregulación emocional descrito por Linehan (1993), asociado al trastorno de personalidad límite, y que se ha descrito también en adolescentes con presencia de conductas suicidas, parasuicidas y otros problemas psicopatológicos (Miller, Rathus y Linehan, 2007).

Al revisar en la literatura, y en la propia consulta, se observa como son diversos factores ambientales, biológicos e históricos los que pueden dar cuenta de la disfunción de regulación en las emociones. Por lo que historias marcadas por un fortalecimiento de comportamientos centrado en los efectos a la corta del comportamiento (Luciano, 1997) estilos de interacción autoritarios en los padres hacia los hijos (McCarthy, Lambert, y Seraphine, 2004) y ambientes de invalidación emocional (Linehan, 1993), por nombrar algunos, son factores que inciden en el mantenimiento de los problemas de regulación emocional.

El adolescente, por tanto, en una fase de su vida “sensible” puede encontrarse en un ambiente invalidante, con fracaso en el ámbito social, escolar o familiar, tendiendo a tratarse mal y entendiendo que sus emociones son enemigos terribles de los que tiene que escapar, generando problemas en su motivación, capacidad de empatía, y en una percepción estable del self. La respuesta de los demás ante dicho panorama, no es habitualmente de aceptación, ya que dichos comportamientos generan emociones negativas, y el rechazo a los comportamientos del adolescente e incluso a su persona misma es algo habitual. Lo que genera más sentimientos de incomprensión y soledad en el joven. El medio rechaza y el adolescente se comporta de la única manera que sabe para escapar de sí mismo, generando más rechazo en los demás. Provocando una interacción con el medio que le devuelve una imagen distorsionada de sí mismo.

Todo este conjunto de figuras clínicas, formas de funcionamiento y experiencias del adolescente, pueden englobarse en lo que ha venido denominándose inflexibilidad psicológica o trastorno por evitación experiencial (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996, Luciano y Hayes, 2001; Cheron, Ehrenreich, y Pincus, 2009).

La inflexibilidad psicológica o evitación experiencial puede ser entendida como un enredo intensificado con

las propias experiencias, emociones, pensamientos de uno mismo que impiden contactar con la realidad y que alejan a la persona de estar implicado en los asuntos importantes de la vida. Se trata de un patrón inflexible en que para poder vivir se actúa bajo la necesidad de controlar y/o evitar la presencia de pensamientos, recuerdos, sensaciones y otros eventos privados. Se trata de un patrón dónde se busca evitar continuamente el malestar así como las circunstancias que lo generan (Luciano y Valdivia 2006). Este proceso psicopatológico es compatible con otros constructos como el ya comentado de desregulación emocional (Linehan, 1993, Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez y Gunderson, 2006) o el de hiperreflexividad (Pérez-Alvarez, 2012).

El patrón se convierte en problemático y puede requerir la ayuda de un especialista cuando existe un esfuerzo continuo para escapar de sensaciones desagradables, encontrando un alivio inmediato, pero generando problemas a largo plazo (Luciano, 2001), ya que genera una distancia respecto a lo que es importante en la vida del adolescente. Un chico con un trastorno depresivo comenta en consulta: “*Me encierro en mi habitación, me pongo los cascos de música y me olvido de todo*” y otro con problemas de comportamiento: “*Me siento a estudiar pero duro un minuto y me pongo con el móvil*”, con la función de evitar el aburrimiento, según comenta un paciente en consulta.

El patrón de inflexibilidad psicológica en adolescentes, se ha encontrado en trastornos afectivos, ansiedad, trastornos alimentarios, trastornos del control de impulsos, síntomas psicóticos, estrés postraumático, trastorno límite de personalidad, afrontamiento de enfermedades, dolor crónico, estilos parentales disfuncionales, autolesiones e intentos de suicidio, ansiedad, conductas impulsivas de consumo de drogas, relaciones sexuales de riesgo, trastornos alimentarios, peores índices de salud (Cheron et al., 2009; Hayes, Stroschal y Wilson, 1999; Luciano y Hayes, 2001; Ruiz-Jiménez, 2010).

El adolescente que acude a consulta se diferencia del adolescente que no lo hace, en parte, por la evitación crónica de sus propias experiencias emocionales, habiendo generado así problemas comportamentales, que le llevan a un mayor grado de evitación, lo que genera a su vez un mayor grado de problemas. Para poder romper dicho patrón, a nivel clínico, es importante dotar al adolescente de habilidades que le permitan entender y afrontar sus emociones de una forma diferente así como proporcionar actuaciones dirigidas a acciones valiosas. Todo dentro del marco de una relación terapéutica centrada en la aceptación y el aquí y ahora. La intervención tiene que proporcionar experiencias que doten al adolescente de una mayor capacidad para regular sus emociones de forma efectiva y que ayuden a generar experiencias de mayor estabilidad y fuerza en el yo. El modelo contextual, cuenta con evidencia empírica y clínica que da respuesta a dichas necesidades, y que se desarrolla a continuación.

Intervención psicoterapéutica grupal desde el modelo contextual

El modelo contextual está basado en una rama de la filosofía pragmática que evoluciona desde el modelo conductual y que viene a superar las dificultades e inconvenientes creadas por el modelo conductual y cognitivo-conductual (Biglan y Hayes, 1996; Hayes, Hayes y Reese, 1988). La aproximación contextual señala que todo evento psicológico engloba la dimensión biológica y se produce en un contexto socio-verbal determinado. En general, el contextualismo ve los eventos como acciones en curso que se dan en un contexto. Estas acciones son eventos globales que pueden ser sólo separadas para propósitos pragmáticos. Desde aquí se entiende que la conducta es explicada en términos de variables contextuales (situacionales e históricas) y es desde ahí desde dónde puede ser influenciada. Los comportamientos disfuncionales se explican desde factores históricos, situacionales y contextuales así como el cambio es definido en función de los valores de la persona (Hayes et al., 1988; Hayes; 1993).

Sobre este modelo se asientan diferentes formas de proceder psicoterapéutico, pero es desde la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (Hayes et al., 1999; 2012) la *Psicoterapia Analítico Funcional* (Kohlenberg y Tsai, 1991; Gaynor y Lawrence, 2002; Newring, Chauncey y Newring, 2010) y la *Terapia Dialéctico-Conductual* en

su aplicación con adolescentes (Miller et al., 2007) sobre la que se asienta las estrategias clínicas que componen el programa de psicoterapia que se presenta.

La intervención que se presenta es el resultado de la depuración que se ha ido haciendo de la intervención a lo largo de más de tres años. En la presentación que se realiza a continuación, se van a describir los aspectos “clave” de la intervención, así como la forma de introducirlos subrayando aquellos que a nivel clínico han sido más significativos para los adolescentes.

2.1. Pacientes a los que va dirigida

La intervención está diseñada, en parte, para responder a las necesidades de presión asistencial a las que están sometidas las unidades de salud mental infanto-juvenil. El programa de psicoterapia está pensado para todos aquellos adolescentes que presentan clínica de inflexibilidad psicológica, desregulación emocional e inestabilidad del yo. A través de la entrevista clínica y junto con procedimientos psicométricos se corrobora la necesidad de la implementación de una intervención psicoterapéutica, así como una mínima motivación y cierta capacidad de reflexión de sí mismo. La intervención grupal se propone como intervención estándar, a la mayor parte de los adolescentes con problemas, y puede ser la única intervención, o combinada con psicoterapia individual, terapia familiar y tratamiento psicofarmacológico, en función de las necesidades y problemas detectados por parte del clínico responsable del caso.

Los adolescentes que conforman los grupos, presentan clínica compatible con diagnósticos del DSM-IV-TR. Se intenta en la conformación de los grupos que exista una distribución de diagnósticos y clínica diferente, con el fin de que todos ellos abstraigan que hacen cosas diferentes para perseguir el mismo fin: evitar emociones desagradables. En la conformación de los grupos se persigue distribuir por grupos de edad homogéneos, con más de trece años y medio hasta los quince años recién cumplidos, y otro grupo de más de quince años hasta los 18 años. Uno de los objetivos es poder evocar la expresión emocional y la equivalencia con los otros, por lo que la conformación de los grupos es un aspecto muy cuidado.

2.2. Sesiones, objetivos y estrategias clínicas

Ya en las fases de evaluación existen estrategias dirigidas al cambio y a la aceptación emocional, pero debido a nuestro interés de ser concisos, nos centraremos en las sesiones de intervención principalmente, sin detenernos en las sesiones de evaluación ni de seguimiento. El programa de psicoterapia consta, de dos a cuatro sesiones de evaluación, una sesión individual de psicoterapia, más cuatro sesiones de intervención grupales y tres sesiones de seguimiento grupales (al cabo de un mes, tres meses y seis meses), más las sesiones de seguimiento individual que se consideren necesarias hasta poder llegar al alta terapéutica.

A continuación se detallan las sesiones principales del programa de psicoterapia grupal:

Sesión Individual

En primer lugar, se busca establecer un contexto de motivación que sea terapéutico y que tenga funciones reforzantes para el adolescente, dónde reconozca que el espacio de terapia es un lugar de cuidado, de respeto, y de comprensión; por lo que se enmarca el trabajo que se va a realizar desde diferentes metáforas o formulas verbales como las siguientes: *“Yo estoy aquí para pensar y trabajar contigo en que tu vida vaya como tu desees, en que tu vida sea importante y significativa para ti. Yo no voy a ser una persona que te va a decir como tienes que hacer tu vida, ni que te va a mandar. No voy a ser tu profesor, ni tu padre. No estoy aquí para tus padres, yo estoy aquí para y por ti. Yo estoy aquí para cuidarte...y ayudarte en lo que tú quieras*

que te ayude...¿Cómo piensas sobre esto?... (tras sus respuestas se introduce en parte el contexto de trabajo...) ¿Qué te parece que pensemos en qué cosas podrías elegir hacer para ver si van mejor...?”, ¿Qué te parece que comencemos a pensar en todos aquellos momentos en los que te sientes mal?...” Se enmarca, pues el programa de psicoterapia, el número de sesiones, y se introduce la composición del grupo, el día y la hora.

Tras esto se comienza a explorar el patrón de inflexibilidad psicológica que está resultando ineficaz, mediante un análisis funcional clínico de la conducta que revele comportamientos que atrapan al adolescente. Se profundiza en las emociones más problemáticas para el adolescente, el agobio, el miedo, la tristeza, la rabia... El terapeuta comienza, preguntando: ¿Qué es lo que te trae aquí? ¿Qué problemas tienes? ¿En qué te gustaría mejorar? ¿Cómo te sientes al hacer esto inmediatamente? ¿En qué medida te sientes agobiado aquí? ¿Tienes la sensación de estar agobiado? ¿Desde cuándo llevas sintiéndote en la vida agobiado? ¿Qué haces cuando te agobian? ¿Te gustan que te agobien? ¿Has notado que a lo largo de tu vida has estado eligiendo o has hecho lo que otros te decían? ¿Qué sientes cuando haces X para no estar agobiado? ¿Cuánto te dura el agobio?. ¿Yo en tu situación me hubiera sentido rechazado? ¿Te sientes rechazado en clase? ¿Qué es lo que haces cuando te sientes rechazado?. De las repuestas del paciente se destacan ejemplos en relación a cómo se comporta cuando aparecen las sensaciones que le impiden llevar su vida en la dirección que él querría, como la condiciona la sensación de agobio, rabia, tristeza, rechazo o aburrimiento. Visto su recorrido con el problema se le plantea al paciente en una proyección de futuro, que se imagine haciendo lo mismo a final de curso, o cuando cumpla 18 años. Por ejemplo: ¿Cómo te ves haciendo esto hasta los 18 años?. Imagínate el último día de clase con el boletín de notas entre las manos, ¿qué te vas a encontrar si sigues comportándose así? Si sigues no aceptando la invitación de tus amigos ¿Cómo te ves el día del cumpleaños de tus 18 años? . ¿Qué pensabas cuando le dijiste a tu amigo que no ibas a asistir a su fiesta? ¿Estarás haciendo así feliz a tu amigo? Si ya tuvieses 18 años, que le diría a tu yo de 14 año en relación a lo que estamos hablando. El uso de preguntas relacionadas con el yo desde diferentes puntos de vista o contextos, desde el yo pasado, futuro, desde la perspectiva de los padres, de los compañeros, es un componente clave de promoción de flexibilidad y estabilidad del yo (Wilson, Bordieri y Kerry, 2012).

Además, se realizan preguntas con el fin de fomentar el yo como locus estable dónde ocurren las experiencias, por lo que se incluyen preguntas bajo el formato ¿Quién manda en tu vida, el aburrimiento o tú? ¿Quién dirías que mandó en dicha situación tú o los nervios? ¿Qué haces cuando manda la rabia? ¿Ha habido alguna situación en la que con nervios mandarás tú? ¿Dónde notas la rabia? ¿Te das cuenta en ese momento que la rabia está contigo? ¿Notas la rabia ahora cuando me cuentas este episodio?.

Este es otro de los componentes claves que se considera imprescindible y que se presentará de un modo u otro a lo largo de las sesiones. En las investigaciones se ha señalado como, el generar experiencias o contextos verbales de jerarquía entre el yo y los eventos privados, (pensamientos, emociones, sensaciones, impulsos...) provoca diferencias clínicas y estadísticas, frente a cuando sólo se intenta fomentar el papel de distanciamiento sólo con los eventos privados. Es decir, cuando en los ejercicios se introducen claves de distinción o diferencia de uno mismo con los pensamientos tiene efecto pero tiene más efecto positivo si en los ejercicios se introducen ejercicios con claves donde el Yo es más grande que los eventos privados (Luciano et al., 2011; Foody, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes y Luciano, 2013). Generar experiencias dónde el adolescente abstraiga que sus eventos privados son una parte pequeña que forma parte de él, es quizás lo más impactante para ellos. En relación a esto, suelen señalar al final de tratamiento que el agobio no es nada más que agobio, o que la rabia es algo que pasa y que no es tan fuerte como antes. Algo simple pero al mismo tiempo muy potente.

Y sobre lo recogido se introduce la metáfora, *El jardinero* (Hayes et al., 1999) o alguna otra equivalente con la que cerrar el trabajo de la primera sesión y dar paso a la sesión grupal y facilitar un inicio equivalente entre todos los integrantes en la primera sesión grupal.

Para acabar se introduce la petición de un compromiso y una elección: “Piensa en algo que tú puedas elegir, que puedas hacer durante toda la semana, que te cueste un poco, que te sea un poco difícil (tirar la basura, reco-

ger la mesa...), algo que tú eliges para darte cuenta, de que tú eliges y que sea regar alguna de las plantas de tu jardín". Se transmite la idea del compromiso con su vida y con su jardín, por lo que se pide algo concreto que pueda llevar a cabo que vaya en dirección de cuidar, o regar alguna planta de su jardín.

Por último, se realizan preguntas con el fin de evocar aspectos emocionales de sesión, y con el fin de aprovechar esto en las siguientes sesiones. *¿Cómo te has sentido hoy aquí conmigo? ¿Cómo te ha hecho sentir el hecho que no haya mesa entre tú y yo? ¿Cómo crees que se sentirás el primer día cuando acudas al grupo? ¿Qué malas hierbas aparecerán? ¿Qué podrías cultivar en esos momentos...?.* Todas estas preguntas relacionadas sobre las emociones que siente en el aquí y ahora el adolescente, en la relación terapéutica, sobre las taras, sobre los comentarios de los compañeros, o sobre su propia expresión emocional es algo presente en toda la intervención y claves para comenzar a tener conocimiento sobre la experiencia emocional propia y ajena.

Primera Sesión Grupal

La segunda sesión, ya es grupal, por lo que el primer objetivo es darse a conocer todos los integrantes del grupo. Se anima a exponer las motivaciones que les traen al grupo, o describir brevemente que objetivo les gustaría alcanzar con el trabajo que vamos a realizar en las siguientes semanas. Una manera de introducir el grupo es usando alguna de las fórmulas verbales que utiliza Gaynor y Lawrence (2002) desde psicoterapia analítico funcional: *"En el grupo de terapia cada uno de vosotros tiene dos papeles, por uno el de actor, en el que tiene que ser lo más sinceros y honestos posible, y por otro lado tiene el papel de director, el de señalar a los demás integrantes su opinión y visión de lo que dice, hacen o como os hacen sentir...La visión de cada uno a los demás le puede ayudar a como seguir afrontando aspectos de la vida fuera"*.

La primera parte de la sesión grupal, está centrada en revisar, ya entre todos los intentos de eliminar la mala hierba y como esto ha provocado dividendos en sus vidas. Es muy estimulante para los integrantes observar que cada uno tiene su mala hierba (depresión, timidez, nervios, ganas de cortarse...) y como todos ellos hacen cosas para eliminarla. Sobre lo expuesto entre todos, se lanza la idea del control emocional, pidiendo ejemplos o realizando ejercicios, con el fin de introducir la idea que parte del problema tiene que ver con el control emocional.

Una vez presentada la idea del control o lucha de las emociones, usando algún ejercicio o metáfora desde ACT, se les anima a tomar una postura curiosa con las emociones, con el fin de poder servirse de ellas como un "talismán" que puede ayudar a tomar decisiones más efectivas en la vida. Se promueve esta actitud de apertura ante las emociones negativas, intentado estar con ellas y experienciarlas en su totalidad, por lo que para ello se les anima a acercarse a ellas con diferentes ejercicios de estar con el malestar o emociones difíciles. El terapeuta señala: *"Bien quizás lo que tengamos que aprender aquí en terapia es a llevar estas sensaciones más difíciles y mandar nosotros en lugar de que ellas nos manden, por lo que para comenzar a llevar el barco de nuestra vida vamos a realizar un ejercicio hoy con el fin de aprender a llevar sensaciones de malestar"*. En esta sesión o bien se introduce el ejercicio de "Eyes to Eyes (Hayes et al., 1999) o algún otro ejercicio de malestar (pe: aguantar la respiración, hacer abdominales, hacer sentallidas...). Mientras que se hace el ejercicio, se hacen preguntas de fortalecimiento del yo observador: *"Date cuenta de si tienes ganas de mirar hacia otro lado, o de reírte"* *"Pregúntate quién tiene las ganas de mirar hacia otro lado"* *"Nota el ritmo de tu respiración, y pregúntate quién nota el ritmo de tu respiración"*, *"Mira los pensamientos que aparecen en tu mente, quizás haya alguno como, no puedo más, o quizás esté el pensamiento de esto es una tontería"* *"Pregúntate quién está teniendo esos pensamientos"*. *"Nota quién nota las ganas de reírse"*.

Se finaliza la sesión recogiendo las partes más destacables para cada uno así como se extraen los significados más relevantes para cada uno, terminando con un pequeño compromiso cada uno.

Segunda sesión grupal

La segunda sesión grupal está centrada principalmente en clarificación de valores, y en la introducción de habilidades de regulación emocional a través de ejercicios de mindfulness y distanciamiento. Para introducir el tema de los valores, se les propone una nueva tarea, imaginarse su vida conducida por las ganas, o bien que si todo lo hicieran para evitar el aburrimiento, o bien evitar cualquier acción que implique esfuerzo, que se vean una y otra vez haciendo esto. O bien se les anima a reflexionar sobre el tipo de persona en la que quieren convertirse. En relación a los valores se intentan compaginar dos movimientos clínicos, por un lado se intenta diferenciar los valores de los objetivos, se intenta clarificar si lo que desean, sus valores, son algo que están eligiendo de forma libre o es algo impuesto socialmente (Törneke, 2010). Por ejemplo: *¿Quieres conseguir aprobar todas las asignaturas, pero esto dónde te lleva?, ¿adquirir más conocimiento? ¿Saber más? ¿Más tiempo libre en vacaciones? ¿Qué tus padres te digan que están orgullosos de ti? ¿Por qué si no te sentirías mal si no lo hicieras, te sentirías avergonzado? ¿O te gustaría conseguirlo para hacer tú vida tenga más sentido?...*

Esta sesión es muy importante y se generan dinámicas entre los integrantes muy enriquecedoras y cargadas de significado, ya que entre unos y otros se clarifican si lo que quieren conseguir está más motivado por algo propio y elegido libremente o si es para responder a las necesidades y presiones del exterior.

Sobre las respuestas dadas por los integrantes sobre los obstáculos emocionales que aparecen para no comprometerse en algo, a la hora de discutir sobre los valores, se introducen ejercicios de distanciamiento para manejar dichas experiencias emocionales. El terapeuta usa la metáfora que más haya conectado con el grupo (metáfora del autobús, capitán de barco, jardinero...) y sobre ella se realizan preguntas como: *“¿Cuándo te viene la rabia y gritas a tus padres, es eso navegar hacia delante y ganar la confianza de tus padres o es navegar en círculos? ¿Cuánto tiempo llevas de ese modo? ¿Cuándo te visita el aburrimiento dirías que eso es viento a favor o en contra? ¿Qué dirías de un capitán que tiene que llegar a un puerto y cuando llega el viento se echa para atrás? ¿Qué tipo de capitán de barco quieres ser tú?.* Se valida la experiencia, señalando que lo natural cuando viene la sensación de aburrimiento es tener ganas de dejarlo todo, a la misma vez, se les pregunta; *¿si dejas lo que estás haciendo para buscar diversión, eso ayuda a conseguir lo que te has propuesto, te acerca a tus valores, a lo que es importante para ti?.*

Se introduce ahora, la metáfora del cine, de las olas que arrastran o la compra del cuadro, para ejemplificar que lo natural y lo más útil para poder avanzar en la dirección deseada es intentar observar las sensaciones que vienen, y no llevar a cabo acciones para eliminarlas. *“El aburrimiento, la rabia, o el miedo que estáis señalando y lo que hacéis cuando os visita en los estudios, con vuestros padres, es como una ola del mar, grade, muy grande. Es como si cuando viene una ola del mar, grande, y estáis en la playa, una ola grande que te va atrapar, corres y te tiras de cabeza a la ola, ¿En esa situación, la de lanzarte de cabeza dentro de la ola, se puede ver con claridad? ¿Se puede ver la playa? ¿Se puede elegir hacia dónde va uno en medio de la ola? ¿Se puede tragar agua en medio de la ola gigante? ¿Se puede reducir la ola gigante tirándose a ella? o que es lo que habría que hacer...habría que dar unos pasos atrás, ¿y mirar desde un poco más atrás que es lo que pasa con la ola?.”.* Se realizan preguntas de este tipo para romper los intentos de control, e introducir mayor manejo de pensamientos y capacidad para poder elegir, no quedándose pegados al aburrimiento u otras sensaciones de malestar.

Para potenciar este movimiento, se representa la metáfora del autobús (Hayes et al., 1999) que se ha podido introducir en sesiones previas, dónde cada uno de los adolescentes hace de conductor y los demás de pasajeros, pasando todos por todos los papeles. Se pide al adolescente que explique uno de los valores que quiere perseguir en su vida y un objetivo a corto plazo en relación a dicho valor. En un folio, al fondo del despacho, se pone el objetivo a conseguir, y se entrena a los demás adolescentes a que hagan de pasajeros que molestan. Pasajeros como la tristeza, la rabia, el odio, que pueden aconsejar al conductor abandonar persistir en su objetivo. El adolescente, en un primer momento, se pone a discutir, hablar, atender a cada una de sus sensaciones y más tarde se pide que en lugar de discutir se le de la mano al pasajero, a todos los pasajeros, con el fin de ejemplificar el

aceptar los pasajeros de cada uno. Se recogen las experiencias con los ejercicios y se establecen conexiones con aspectos de su vida. Termina la sesión una vez que se han establecido las acciones que llevarán a cabo, cultivar o cambiar en su vida y una vez que se ha elegido una acción concreta.

Tercera sesión grupal

La tercera sesión grupal, está centrada casi exclusivamente en la promoción de estrategias de regulación de emociones, pensamientos, y de fortalecimiento del yo como observador. Se comienza con la revisión de los autorregistros, y con preguntas como *¿Quién ha mandado esta semana, tú o tú miedo a que no te quiera nadie? Ponte una nota de cómo te has visto mandando en tu vida.* Se señalan los obstáculos que han impedido avanzar hacia dónde se quería, y se vuelven a incluir en el análisis funcional que se realiza al comienzo de la sesión. Se enlazan los ejemplos, con la metáfora de la semana anterior del conductor, y de lo que se ha podido perder por estar pegado al aburrimiento, o la rabia, y que es lo que va a seguir perdiéndose si sigue pegado a ella. Se les pide que pongan en un folio aquello que los ha paralizado, aquella sensación, pasajero, que no los ha dejado avanzar. Tras validar dicha experiencia y reconocer dichas sensaciones se les incita a hacer algo nuevo para aprender a estar con las emociones de otro modo. Se les pide que anden por la sala con el folio puesto sobre la cabeza. Se les pregunta, si así se puede andar, si se puede elegir de este modo. En otras ocasiones se les pide que realicen un dibujo de la sensación, o que escriban pensamientos y que los introduzcan en sus bolsillos, como si fuesen llaves. En todo momento, se solicita su permiso para realizar los ejercicios bajo la premisa de llevar a cabo prácticas para poder dirigirse hacia lo que quieren “sosteniendo y observando” aquellos pensamientos, sentimientos o sensaciones que los bloquean. Para que lleguen a establecer equivalencias con aspectos de su vida, se realizan preguntas sobre la utilidad que puede tener el ejercicio en su vida, si creen que promocionar dicha habilidad puede tener un efecto en lo que quieren conseguir, múltiples preguntas dirigidas a que conecten dichos ejercicios con valores importantes en su vida.

En estos momentos se vuelve a practicar ejercicios de mindfulness basados en la respiración y en los pensamientos y se introducen como se explica a continuación:

Mindfulness sobre respiración y sensaciones; Centra tu atención a la respiración. Nota como entra el aire y como sale. No hagas nada para cambiar la respiración, simplemente nota como es. Mira los pensamientos relacionados con la respiración. Nota los ruidos dentro de esta sala. ¿Quién nota el ruido de la calefacción? ¿Quién está notando el ruido de los pasos en la sala de espera? ¿Responde a la pregunta de si te das cuenta que eres tú quién se da cuenta del ruido? Toma aire. Date cuenta de la respiración. Dime si te das cuenta de la respiración. Suelta el aire y dime si puedes notar que eres tú quién está notando la respiración. Pon los pies sobre el suelo ¿Quién está notando los pies en el suelo?.. Pisa fuerte. Nota quién está notando. Observa el peso de tu cuerpo en la silla. Date cuenta de la presión de unos dedos con otros. Nota el tacto entre ellos. Date cuenta de quién nota todo esto. *Mindfulness sobre pensamientos;* ¿Qué estás pensando ahora mismo? Deja que tus pensamientos sean los que sean, los que aparezcan, ya sea el pensamiento de que estás cansado, de que no entiendes el ejercicio, o de las cosas que tienes que hacer luego, o si te acuerdas de lo que alguien dijo ayer o si te das cuenta de que no estás pensando en nada, por favor, presta atención a cualquier pensamiento que puedas tener. ¿Qué pensamiento tienes?. Ahora te voy a pedir que pongas ese pensamiento en un folio imaginario en frente de ti, o imagina que puedes ponerlo en un globo de color que aparece flotando desde el suelo. ¿Puedes ponerlo? (Se pregunta a cada uno de los participantes). Dime si te das cuenta que eres tú quién está teniendo ese pensamiento. Pon cada pensamiento que te aparezca uno por uno en un folio o en un globo. Deja que tus pensamientos fluyan. ¿Puedes observar si se mueven?. ¿Quién está mirando el pensamiento? ¿Puedes darte cuenta de que puedes ver el pensamiento?. Con los pensamientos no hay que hacer nada sólo hay que observarlos, como si fuesen globos.

En relación a estos ejercicios, se intenta fomentar la habilidad de volver estar en el aquí y ahora, con preguntas, *¿Qué pensamientos está teniendo ahora?* Escríbelo, ponlo enfrente de ti y obsérvalo. Después de esto, se

incluyen ejercicios de notar las sensaciones: “Mira si tienes ganas de moverte”, “Date cuenta si te aprietan las zapatillas” “Nota el peso de tus pies sobre el suelo”. “Date cuenta de quién está moviendo las piernas”. “Imagina esa sensación como si fuese una mancha, dale un color, hazle una foto y obsérvala” “Te das cuenta de que puedes observar las ganas de moverte enfrente de ti”.

Se aprovecha cada comportamiento que aparece en el ejercicio, con el fin de aumentar el grado de autococonocimiento y autodiscriminación por parte del adolescente, como “*Pregúntate Juan, si te das cuenta de que estás moviendo la pierna, observa la sensación que tienes en la pierna, ponle un color a esa sensación y respóndete a la pregunta de si notas que puedes ver la sensación de la pierna en movimiento*”, *observa ahora los pensamientos que están relacionados con el movimiento de la pierna, con los ojos cerrados, dime que pensamiento te viene, pon el pensamiento enfrente de ti, escrito en un folio, date cuenta que estás tú y enfrente está tu pensamiento, sólo obsérvalo*”. Bajo esta fórmula se pretende que cualquier comportamiento motor, como abrir los ojos, o moverse, incluso salirse de la tarea, quede incluido en el ejercicio “*Date cuenta de que has abierto los ojos y vuelve a la tarea, observa si hay alguna sensación de ganas de abrir los ojos, o pensamientos de tengo ganas de acabar, y vuelve a la tarea, mira si tienes ganas de mover las piernas y mira si puedes quedarte quieto aún con ganas de mover las piernas...observa la sensación...pregúntate quién está llevando el mando, ahora en el ejercicio, si tú o las ganas de acabar*”.

“*Pon todos los pensamientos que te vengan en globos, escríbelos y ponlos enfrente de ti, nota la sensación que te viene, de ganas de acabar, de cansancio, cualquier sensación que te venga y déjala ahí enfrente. Date cuenta de que puedes observarla y que tú estás al mando, que tu eres más grande que cualquier pensamiento o sensación*”.

En función del grupo y de la evaluación individual realizada con cada uno de los participantes, se tiene una idea del nivel de complejidad que se puede introducir en estos ejercicios. En esta sesión es importante introducir ejercicios de notar, introduciendo claves que señalen la distinción del observador con los pensamientos, y claves que establezcan una relación de jerarquía entre el observador y los pensamientos, de una forma implícita o más explícita. Por ejemplo: “*Imagina como si todos estos pensamientos fuesen folios, o sellos, e imagina que puedes meterlos en tu bolsillo. Tú contienes estos pensamientos y los puedes llevar dónde tú quieras. Nota como tú eres más grande que ellos, nota como tú ocupas más espacio que ellos. ¿Te puedes imaginar como a ti más grande que a ellos?*”.

Aunque este tipo de ejercicios son siempre más controlables si se hacen a nivel individual, si el terapeuta muestra pericia en ellos, con seis o siete adolescentes se puede llevar a cabo de forma grupal. Cuando se introducen claves en el ejercicio para que el participante se concentre más en las instrucciones, como por ejemplo, nota como tienes ganas de mover las piernas, o nota como tienes ganas de abrir los ojos (en base a el movimiento de piernas de un participante, o el abrir y cerrar los ojos de un adolescente) y no existe una buena concentración en el ejercicio, ya que existe un exceso de movimiento y los informes verbales del adolescente señalan que no se ha concentrado, es aconsejable hacer un entrenamiento individual con el adolescente, de estas habilidades.

Lo que encontramos es que en muchas ocasiones, cuando se hace un ejercicio de ojos cerrados, y existe poca conciencia de pensamientos y del mundo emocional, existe un gran repertorio de evitación sobre los eventos privados de uno mismo. Por lo que llevar a cabo una sesión de mindfulness sobre pensamientos y emociones de forma individual puede dotar al adolescente de recursos para seguir avanzando y aprovechándose del programa de psicoterapia.

Sobre estos ejercicios se introducen preguntas de nuevo relacionadas con el grupo y la terapia, y sus sentimientos: *¿Cómo te hace sentir este ejercicio? ¿Qué piensas sobre el hecho de que el grupo está aquí para cuidarte? ¿Cómo te hace sentir que yo y el coterapeuta estamos pensando semana a semana en ayudarte más? Y aprovechando el comentario positivo de alguno de los compañeros, realizamos preguntas con el mismo fin: ¿Cómo te ha sentir que X quiere apoyarte y ayudarte?* Se finaliza la sesión de nuevo con un nuevo compromiso en dirección a algo importante para ellos. Ya en esta fase los uno a los otros se aconsejan y se animan a intentar nuevos retos.

Cuarta sesión grupal

La cuarta sesión va a quedar centrada en profundizar en las habilidades de regulación emocional y promoción del yo observador, añadiendo nuevas experiencias para los eventos privados más problemáticos del adolescente, con el fin de manejar recaídas.

Las dificultades y obstáculos son evaluados desde el contexto de los valores que cada uno ha ido clarificando. Se realizan preguntas, dirigidas a la clarificación de valores y desesperanza creativa, intentado que los chicos discriminen que emociones problemáticas pueden aparecer si persisten en sus valores, y que se vean haciendo lo de antes... *Imagina que aparece el aburrimiento, manda él y le gritas a tu madre, ¿son eso pasos hacia ser la hija que quieres ser? ¿Qué podrías hacer cuando aparezca la rabia, o la sensación de impotencia? ¿Qué podría hacer María si esto le sucede?*...

Se presenta un nuevo ejercicio, con el fin de practicar el poder llevar las sensaciones y crear de forma figurada un espacio entre estas y los adolescentes. Se pide que describan una situación futura en la que la rabia, la pereza, puedan aparecer y lleven las riendas de su vida, que describan en qué situaciones suelen aparecer y que es lo que suelen hacer. Una vez que todos los participantes, describen su situación problemática o difícil, se enlaza con el ejercicio de persistir en situaciones difíciles y de malestar. Para ello, se propone otro ejercicio de notar sensaciones de malestar. Se les pide hacer sentadillas, el mayor número posible, con el fin de ver hasta qué punto pueden estar con el malestar, el ridículo, dolor, vergüenza... y otras, como una forma de establecer equivalencias con emociones difíciles y persistir en sus valores.

Mientras se realiza el ejercicio, se van dando indicaciones para centrarse en las sensaciones, notarlas, preguntarse quién las está teniendo, observar los pensamientos, poner los pensamientos en globos, y poner las sensaciones en fotos.

Es clave en sesión poder generar experiencias en las que los adolescentes se vean persistiendo ante el malestar y dotar de habilidades para poder elegir desde lo que uno quiere más que desde el pasajero del cansancio o del “no puedo más”. Así, cuando varios participantes señalan que el pasajero del “ya no puedo más” “cansancio” “dolor” están aconsejando parar, se aprovecha esto para introducir componentes terapéuticos ya entrenados: *¿Quién eliges que mande tú o el “ya no puedo más”? Mira si puedes elegir estar un poco más con el “ya no puedo más” y hacer cinco sentadillas más. ¿Quién creéis que está mandando ahora si hacemos 5 sentadillas más?.* Cerrar los ojos y continuar con las sentadillas. Prestar atención a la sensación de dolor de piernas, imaginar que ese dolor es como una mancha de aceite, notar la extensión que tiene, imaginar que tiene un color...imaginar que podéis hacerle una foto con el móvil...Y con todas estas fórmulas verbales, en el aquí y ahora, la proposición es entrenar estar con sensaciones difíciles desde otro contexto. Es un ejercicio muy vivencial que permite establecer muchas conexiones con las dificultades que ocurren en su vida diaria.

Tras finalizar el ejercicio, y tras varias cuestiones sobre “elección”, se les pide que cierren los ojos para seguir con el entrenamiento en mindfulness. Se comienza haciendo un ejercicio de mindfulness en sensaciones o sonidos para pasar a observar una situación difícil en imaginación. Se ofrecen claves a cada uno de los participantes para que aparezcan las funciones de dicha situación, describiendo el contexto, la ropa, o la persona con la que tienen el problema, que se había descrito anteriormente. *“Mírate en esa situación difícil, con quién estabas, que ropa llevabas” o “Juan, imagínate en tu cuarto, en tu mesa de estudio trabajando con matemáticas. Observa si tienes ganas de dejar de estudiar, aburrimiento, pereza...” ¿Qué sensaciones te vienen? ¿Puedes ver la sensación de aburrimiento? Mira si puedes poner la sensación de aburrimiento enfrente de ti. Observa los pensamientos que te vienen, ponlos en los globos. Ahora intenta verte a ti mismo con el aburrimiento, con el-me da miedo coger el metro-... cuando está al mando de lo que haces. Toma una foto de lo que haces cuando estos sentimientos están al mando. Pregúntate quién está al mando de lo que haces. ¿Piensa si tú o tus sensaciones? ¿Si tú o tus pensamientos? Ahora mírate a ti mismo, eres tú quién está al mando del miedo, del aburrimiento, que ellos son como sellos que llevas en el bolsillo. Mira lo que te viene a la mente cuando tú estás al mando en esa situación difícil. Ahora nota los pensamientos que te vienen, ¿Qué pensamien-*

to tienes ahora? No hace falta que lo digas, sea el que sea ponlo en el globo...y date cuenta de que tú eres más que tus pensamientos, respóndete a la pregunta de quién está observando tus pensamientos. Los pensamientos son como globos y tú eres el que los llevas. Y ahora pregúntate quién quieres que esté al mando de lo que haces si tú o tus sensaciones”.

En esa situación, se les pide que se vean con la sensación, que le pongan un color, y que se pregunten quién está mandando ellos o la sensación. Tras esto, se les pide que se vean mandando ellos y que observen que es lo que podrían hacer si mandaran ellos. Se finaliza el ejercicio, volviendo a realizar ejercicios de mindfulness con la respiración, y otras sensaciones del cuerpo.

Se recogen las impresiones de los participantes, se establecen nuevos compromisos y se emplaza un nuevo encuentro para dentro de un mes a nivel grupal, dónde se repiten algunos de las estrategias señaladas.

Conclusiones e implicaciones clínicas

El programa de psicoterapia descrito, forma parte de una experiencia de ya más de tres años de aplicación y modificación desde la experiencia clínica con pacientes adolescentes que muestran características psicopatológicas diferentes. Tanto nuestra experiencia como los datos que hemos acumulado al respecto señalan que se trata de una intervención eficaz y plausible dentro del contexto de la sanidad pública (Padilla, 2013).

Los análisis de los resultados señalan que a nivel global existe una mejoría en diferentes áreas del adolescente, una mejora en el clima familiar y una mejora en la capacidad de concentración del adolescente. Además se consigue una mayor tolerancia a emociones de malestar tras la intervención, y mayor capacidad para centrarse en aspectos valiosos frente a emociones aversivas, y una reducción de la inflexibilidad psicológica. Esto se encuentra tanto al finalizar la intervención como al cabo de los meses (Padilla, 2013).

Los datos recogidos ayudan a dar respaldo a la intervención, pero la experiencia nos transmite la importancia que cobra el programa a nivel de técnicas como sobre la relación terapéutica.

A nivel técnico, es relevante la introducción de ejercicios, con diferentes versiones que promocionen la relación jerárquica entre el yo y eventos privados. Por la clínica que presentan los adolescentes, la promoción de una identidad estable que esté por encima de sensaciones desagradables o emociones aversivas es clave, más que el entrenamiento dirigido a establecer distinciones entre el yo y eventos privados. Esta experiencia clínica es compatible con lo que vienen destacando los estudios empíricos (Luciano et al., 2011; Foody et al., 2013).

Estrategias y tiempo dirigido a clarificación de valores y dirigida a explorar motivaciones de los adolescentes, es una pieza fundamental en el tratamiento. Existen diferentes formas de aproximarse a estos objetivos, aunque nosotros destacamos una sesión que combine ejercicios experienciales junto con estrategias didácticas que impliquen a todos los adolescentes, y que las respuestas de unos y otros sirvan para construir un proceso en paralelo de clarificación de para lo que cada uno es importante.

El uso de una metáfora que conecte con el grupo, como por el ejemplo el conductor de autobús con sus pasajeros, y el uso de la misma durante todo el proceso, junto con la escenificación de la misma, es una estrategia clínica potentemente transformadora.

No sólo el entrenamiento en estrategias de mindfulness y distanciamiento son útiles, sino el entrenamiento de habilidades de persistir en el malestar, y hacerlo explícito entre los adolescentes es de suma importancia. Provocar situaciones donde ellos puedan elegir estar con su dolor, vergüenza, tristeza, miedo...y seguir con la tarea propuesta (pe: sentadillas, mirarse a los ojos, bailar...) es algo que los propios adolescentes señalan al final del tratamiento como algo muy útil. Desde nuestra perspectiva la introducción de esta dinámica, desde un contexto grupal, dónde el terapeuta introduce aspectos de humor y de reto, proporciona un espacio al paciente dónde tener que hacer algo diferente con sus propias experiencias, de las que habitualmente está acostumbrado a escapar.

A nivel de relación terapéutica, la intervención incide directamente en la relación entre terapeuta y paciente.

Como ya señalara Bordin (1979; 1994) además de establecerse la relación terapéutica en torno a los objetivos a conseguir, acuerdos en el uso de tareas para conseguirlos, la alianza terapéutica viene dada por el vínculo entre paciente y terapeuta que “probablemente se siente y expresa por medio del aprecio, la confianza y el respeto mutuo, y por la percepción de que existe un compromiso común y una recíproca comprensión de las actividades psicoterapéuticas” (Bordin, 1994). Cuando el terapeuta explicita sus intenciones, y se aclara la intención de ayuda, se mantiene una formulación continua sobre los sentimientos de los pacientes y el propio terapeuta explicita sus sentimientos con intención clínica, todo esto ayuda a crear una relación interpersonal de gran conexión.

Entender y transmitir a los adolescentes que el grupo es una experiencia de crecimiento en paralelo y de ayuda entre y para todos, es algo que cuida entre el terapeuta y cada uno de los adolescentes sino también entre todos los adolescentes. Por ello cuando existe un comportamiento disruptivo (pe: querer salir del grupo, insultar, uso de la ironía, falta de compromiso con los autorregistros...) es algo a tratar en sesión como comportamiento clínicamente relevante. Se observa, se lleva a cabo una exploración mediante análisis funcional en grupo, y se incluye en los diferentes ejemplos que han ido dado de cuidar las plantas de su jardín o alimentar la mala hierba. Aunque existan estrategias programadas, es imprescindible atender a lo que ocurre en el grupo y aprovechar las conductas clínicas problemáticas del adolescente. Esto se hace siempre evitando una actitud de castigo, siempre se suele abordar con una actitud comprensiva o con humor en grupo. La actitud siempre será de aceptación y aprovechando dicho comportamiento desde la lógica, *de a qué se parece, dónde le ha llevado eso en el pasado, dónde le puede llevar, qué piensas que podemos hacer para que el tratamiento sea más significativo para ti, que podemos cambiar...*

Otra pieza clave son las preguntas de dentro-a-fuera y de fuera-a-dentro al modo de que ayudan a establecer relaciones de equivalencia y permiten la generalización de comportamientos fuera de sesión (Kohlenberg y Tsai, 1991; Busch, Kanter, Callaghan, Baruch, Weeks, y Berlin, 2009). Por ejemplo: *dentro-a-fuera; ¿Cómo te sientes hoy aquí en terapia? ¿Cuándo miras por la ventana al sentirte aburrido aquí es parecido a lo que ocurre en clase? ¿Cómo te sientes cuando yo te digo esto? ¿Esto es igual a como te sientes con tu profesor? ¿Es similar a lo que te dicen tus padres? ¿Cuándo algún adulto te señala algo de lo que haces, como te suele hacer sentir eso? ¿Cómo actúas tú ante esto?, fuera-a-dentro; Me has dicho que a veces no sabes cómo expresar lo que sientes ¿Está esto sucediendo aquí conmigo o con tus compañeros? Dices que no tienes ganas de estudiar, y aquí no quieres hacer el ejercicio de cerrar los ojos, ¿puede ser esto lo mismo?* Todas estas preguntas están en relación a la regla 5 de FAP, de ayudar al paciente a establecer un repertorio de autoconocimiento y de explicación de su propio comportamiento. Este aspecto aunque se trata de un manejo de preguntas y puede responder a una categoría más técnica consideramos que ayuda a construir aspectos relacionados con la relación terapéutica.

En relación a las relaciones funcionales entre comportamientos, otro aspecto que se focaliza en el tratamiento y que se fortalece cada vez que aparece (o se provoca) es el hecho de estar en sesión con sensaciones desagradables y estar implicado en la relación y en los ejercicios. *Me parece muy valiente por tu parte estar aquí en terapia y estar aburrido y que estés escuchando lo que digo yo y los compañeros. Hoy hemos avanzando mucho, ya que habéis sido capaces, de hacer un ejercicio en el que hay mucho dolor con el fin de poder adquirir más habilidad para dirigir tu vida.* Se refuerza cada uno de los comportamientos que implica estar haciendo un ejercicio de dolor, de vergüenza dirigido a avanzar en terapia. Se fortalece la coordinación entre malestar y acción.

El conjunto de técnicas y actitudes psicoterapéuticas que se han señalado están centradas en promover la aceptación de uno mismo y de sus eventos privados, a través de diferentes experiencias y junto con la aceptación del grupo y del terapeuta. Esta es una de las máximas del tratamiento, utilizar el grupo y el terapeuta como relaciones que promueven la aceptación, intentando generar mejoras a largo plazo, como ya señalan otros autores (Gifford et al., 2004; Carrico, Gifford, y Moos, 2007).

Son muchas las implicaciones de la intervención planteada. Una de las más importantes es la consideración

de la persona desde sus recursos y la evitación de los efectos que puede tener el uso de etiquetas diagnósticas, ya que desde el principio se entiende la solución de los problemas como un camino a recorrer por el adolescente con responsabilidad. La intervención está basada en los modelos de recuperación para trastornos mentales crónicos, dónde se basa en establecer un proyecto de vida que tenga sentido para él, que esté más basado en las fortalezas de salud y bienestar del paciente, ayude a potenciar los procesos de autocontrol y toma de decisiones libres, y dónde el terapeuta es un entrenador o persona que está en paralelo al proceso de crecimiento (Shepherd, Boardman, y Slade, 2008).

Intervenciones similares han encontrado efectos positivos en el aumento de patrones de aceptación emocional y flexibilidad psicológica, por lo que la intervención ayuda a la prevención y promoción de conductas de salud (Cattivelli, Tirelli, Berardo, y Perini, 2012), proporciona una reducción del estrés (Fledderus, Oude Voshaar, Ten Klooster, y Bohlmeijer, 2012), prevención en el consumo de alcohol (Levin et al., 2013) y reducción de comportamientos de autolesión (Schramm et al., 2013). Son necesarios más datos en nuestro contexto para poder establecer conclusiones similares, pero el uso de estrategias de aceptación y mindfulness dirigidas a aumentar patrones de regulación emocional eficaces y fomentar mayor estabilidad en la experiencia del yo, son clínicamente y empíricamente relevantes en el campo de la adolescencia.

La intervención psicoterapéutica responde a una demanda objetiva, y a una intervención realista que coincide con los datos asistenciales de salud mental, ya que el 80% de los pacientes que acuden a salud mental son atendidos entre 1 y 5 sesiones (Jiménez-Arriero, 2012, Padilla et al., Comunicación personal, noviembre 2013), responde a la recomendación de utilizar terapia de grupo como intervención eficiente en los CSM (Plan Salud Mental Madrid, 2010-2014), logrando dicha intervención que se siga aplicando adaptada al contexto de salud mental, permitiendo un mejor manejo de la presión asistencial.

Sin duda quizás lo más importante en la intervención ha sido el traer al aquí y ahora, el mundo emocional y la importancia de las emociones en el mundo adolescente. Reivindicar el mundo emocional en el adolescente, aceptando sus expresiones, quejas, dudas y emociones, con respeto, dulzura e incluso amor, creemos que es sin duda, que ha sido la planta que más ha crecido entre los adolescentes y los terapeutas.

Y del mismo modo que las manos, el cuerpo y los deseos, del agricultor se curte con el trabajo que realiza, con el uso de la azada, con la exposición a diferentes temperaturas, con las fases de siembra y recogida...el terapeuta es también moldeado por el uso de intervención utilizada y por los pacientes. Lo que hemos encontrado a lo largo de estos años es que el uso de aproximaciones basadas en aceptación y mindfulness, generan experiencias de gran motivación para el terapeuta y para los participantes del grupo. El terapeuta, con el uso de estas formas de proceder, se curte en flexibilidad, compasión e implicación hacia el paciente, cultivando el crecimiento del paciente y también el propio.

Referencias

- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- Badoud, D., Billieux J., Van der Linden, M., Eliez S. y Debbané, M. (2013). Encoding style and its relationships with schizotypal traits and impulsivity during adolescence. *Psychiatry Research*, 210, 1020-1025.
- Berk, L. E. (2004). *Infants, children and adolescents* (5th ed.). Boston: Allyn y Bacon.
- Biglan, A. y Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives*, 5, 47-57.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: new directions. En A. O.

- Horvath, L. S. Greenberg, (Eds.), *The working alliance: theory, research and practice*. New York: Wiley and sons.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E. y Berlin, K. S. (2009). A micro-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy*, *40*, 280-290.
- Carrico, A. W., Gifford, E. V. y Moos, R. H. (2007). Spirituality/religiosity promotes acceptance-based responding and 12-step involvement. *Drug and Alcohol Dependence*, *89*, 66-73.
- Cattivelli, R., Tirelli, V., Berardo, F. y Perini, S. (2012). Promoting appropriate in daily life contexts using functional analytic psychotherapy in early-adolescent children. *International Journal of Behavioral Therapy*, *7*, 25-32.
- Cheron, D. M., Ehrenreich, J. T. y Pincus, D.B. (2009). Assessment of parental experiential avoidance in a clinical sample of children with anxiety disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, *40*, 383-403.
- Fernie, G., Peeters, M., Gullo, M. J., Christiansen, P., Cole, J. C., Sumnall, H. y Field, M. (2013). Multiple behavioural impulsivity tasks predict prospective alcohol involvement in adolescents. *Addiction*, *108*, 1916-1923.
- Fledderus, M., Oude Voshaar, M. A., Ten Klooster, P. M y Bohlmeijer, E. T. (2012). Further evaluation of the psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psychological Assessment*, *24*, 925-936.
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D. y Luciano, C. (2013). An Empirical Investigation of Hierarchical versus Distinction Relations in a Self-based ACT Exercise. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, *13*, 373-388.
- Fuentes, M. C., García, J. F., Gracia, E. y Lila, M. (2011). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicothema*, *23*, 7-12.
- García-López, L. J., Piqueras, J. A., Díaz-Castela, M. M. e Inglés, C. J. (2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Psicología Conductual*, *16*, 501-533.
- Gaynor, S. T. y Lawrence, P. (2002). Complementing CBT for depressed adolescents with Learning through In Vivo Experience (LIVE): Conceptual analysis, treatment description, and feasibility study. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, *30*, 79-101.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L. y Palm, K. M. (2004). Applying a functional acceptance based model to smoking cessation: An initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, *35*, 689-705.
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *36*, 41-54.
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W. y Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*, 850-855.
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. En S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese y T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Hayes, L. J. y Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *50*, 97-111.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy. The process and practice of mindful change*. (2nd. Ed.) New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and

- behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 1152-1168.
- Jiménez-Arriero, M. A. (2012). *Memoria del 2012 del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental* (No publicada). Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press. (Traducción en castellano en Málaga: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga).
- Levin, M. E., Lillis, J., Seely, J., Hayes, S. C., Pistorello, J. y Biglan, A. (2013). Exploring the relationship between experiential avoidance, alcohol use disorders and alcohol-related problems among first-years college students. *Journal of American College*, *60*, 443-448.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Luciano, M. C. (1997). *Manual de Psicología Clínica Infantil*. Promolibro: Valencia.
- Luciano, M. C. (2001). Sobre el trastorno de evitación experiencial (TEE) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). En C. Luciano (Ed.), *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Libro de casos* (pp. 3-18). Valencia: Promolibro.
- Luciano, M. C., y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, *1*, 109-157.
- Luciano, C., Ruiz, F., Vizcaíno, R., Sánchez, V., Gutiérrez, O. y López, J. (2011). A Relational Frame Analysis of Defusion Interactions in Acceptance and Commitment Therapy. A Preliminary and Quasi-Experimental Study with At-Risk Adolescents *International Journal of psychology and psychological therapy*, *11*, 165-182.
- Luciano, M. C., y Valdivia, M. S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, *27*, 79-91.
- McCarthy, C. J., Lambert, R. G. y Seraphine, A. E. (2004). Adaptive family functioning and emotion regulation capacities as predictors of college students' appraisals and emotion valence following conflict with their parents. *Cognition and Emotion*, *18*, 97-124.
- Miller, A. L., Rathus, J. H. y Linehan, M. M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with suicidal adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Navarro-Pardo, E., Meléndez Moral, J.C., Sales Galán, A y Sacerni Beitia, M.D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y género. *Psicothema*, *24*, 377-383.
- Newring, R. W., Chauncey, R. P., Newring, K. A. B. (2010). FAP Strategies and Ideas for Working with Adolescents. En J. Kanter, M. Tsai y R. J. Kohlenberg. *The practice of Functional Analytic Psychotherapy*. USA. Springer.
- Padilla, D. (2013). *Análisis retrospectivo de un protocolo asistencial cognitivo-conductual contextual grupal breve en adolescentes atendidos en un centro de salud mental público* (Tesis doctoral no publicada). Universidad Autónoma, Madrid.
- Pérez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Pokhrel, P, Herzog, T. A., Black, D. S, Zaman, A. Riggs, N. R y Sussman, S. (2013). Adolescent neurocognitive development, self-regulation, and school-based drug use prevention. *Prevention Science*, *14*, 212-228.
- Ruiz-Jimenez, F. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *10*, 125-162.
- Salvo, G. L., Castro, S. A. (2013). Association of loneliness, impulsivity and alcohol use with suicidal behavior in adolescents. *Revista Medica de Chile*, *141*, 428-34.
- Schramm, A. T., Venta, A., Sharp, C. (2013). The role of experiential avoidance in the association between borderline features and emotion regulation in adolescents. *Personality Disorders*, *4*, 138-144.

- Shepherd, G., Boardman, J. y Slade, M. (2008). *Making recovery a reality*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical applications*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Weinberg, A. y Klonsky, E. D. (2009). Measurement of emotion dysregulation in adolescents. *Psychological Assessment*, *21*, 616-621.
- Wilkinson, P. O., Croudace, T. J., Goodyer, I. M. (2013). Rumination, anxiety, depressive symptoms and subsequent depression in adolescents at risk for psychopathology: a longitudinal cohort study. *BMC Psychiatry*, *13*, 250.
- Wilson, K. G., Bordieri, M., Whiteman, K. y Slater, R. M. (2012). The Self and Mindfulness. En L. McHugh, y I. Stewart, (Eds.), *The Self and Perspective Taking. Contributions and applications from modern behavioral science*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Manuscrito recibido: 20/01/2014

Revisión recibida: 17/02/2014

Manuscrito aceptado: 19/02/2014