

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO
FACULTAD DE MEDICINA Y ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE NEUROCIENCIAS

Análisis del discurso de un grupo de adolescentes con trastorno de conducta tras haber participado en el entrenamiento en Habilidades Psicosociales de Terapia Dialéctica Conductual: una investigación cualitativa de la efectividad de la intervención psicoterapéutica

Eva Sesma Pardo

Tesis Doctoral

Programa de Doctorado de Neurociencias

Bilbao, 2017

Directores:

Miguel Angel González Torres

Aránzazu Fernández Rivas

A mis directores de tesis, Miguel Angel González Torres y Aránzazu Fernández Rivas, por su docencia, disponibilidad, apoyo y, sin duda, su estímulo constante en el ámbito de la investigación.

A Pablo Orgaz y Marina Beá, por su colaboración en la realización de los grupos focales.

A Maite Rodríguez, por su disponibilidad y asesoramiento con las búsquedas bibliográficas.

A la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, por concederme el premio AEPNYA de investigación 2015 para llevar a cabo el presente trabajo.

A Blaise Aguirre, por contagiarme su entusiasmo por la herramienta psicoterapéutica que analizamos en esta investigación, por sus ideas y reflexiones.

A todos y cada uno de los pacientes en general, a los participantes de este trabajo en particular. Ellos me estimulan y me enseñan cada día.

A mis padres, por su cariño y apoyo en todos mis proyectos.

A Gonzalo, por darme el empujón definitivo para que este trabajo llegara a su fin.

A mi familia y a mis amigos. A todas las personas que de algún modo han contribuido a que esta tesis pudiera llegar a materializarse... ¡gracias!

ÍNDICE

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE	5
INTRODUCCIÓN	13
1. La adolescencia.....	15
1.1. La adolescencia pasado y presente	16
1.2. ¿Qué es la adolescencia? Definición y etapas	18
1.3. Perspectivas teóricas	20
1.4. Cambios y transformaciones	22
1.5. Desarrollo de la identidad en la adolescencia	39
1.6. Autoconcepto y autoestima en la adolescencia	44
1.7. Regulación emocional y adolescencia	47
1.8. Desregulación emocional y trastornos mentales	50
1.9. Mentalización y adolescencia	51
2. Terapia Dialéctica Conductual (TDC).....	53
2.1. Introducción	53
2.2. Estilo terapéutico de la TDC.....	54
2.3. Estructura.....	55
2.4. Eficacia del entrenamiento en habilidades como componente único de la TDC..	61
2.5. Eficacia de la TDC para TLP	67
2.6. Otras aplicaciones clínicas de la TDC	68
2.7. Aplicaciones de la TDC en población adolescente.....	70
2.8. Nuestra adaptación del modelo TDC para población adolescente y justificación	72
2.9. Puntos convergentes y divergentes de la TDC con otras herramientas psicoterapéuticas	75

3. Investigación cualitativa	86
3.1. El proceso de investigación cualitativa	88
3.2. Criterios de calidad en investigación cualitativa	89
3.3. Grupo focal como método de recogida de la información para la investigación cualitativa	93
3.4. Diferencias entre investigación cualitativa y cuantitativa	95
3.5. Análisis cualitativo en investigaciones psicológicas	96
3.6. Investigaciones cualitativas en adolescentes	100
3.7. Investigaciones cualitativas en TDC	106
OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	111
1. Objetivos.....	113
2. Hipótesis	114
MATERIAL Y MÉTODOS.....	115
1. Diseño del estudio	117
2. Ámbito del estudio	118
3. Selección de la muestra	119
4. Evaluación psicopatológica	120
5. Criterios de inclusión	122
6. Criterios de exclusión.....	123
7. Aspectos éticos.....	124
8. Reclutamiento de los participantes y descripción de la muestra	125
9. Organización y curso de los grupos focales.....	130
10. El equipo investigador.....	133
11. Análisis de los datos	134

RESULTADOS	137
1. Experiencia de enfermedad	140
2. Motivación para la terapia	167
3. Experiencia de la terapia.....	175
4. Resultados de la terapia.....	203
DISCUSIÓN.....	221
1. Experiencia en enfermedad	223
2. Motivación para la terapia	230
3. Experiencia de la terapia.....	233
4. Resultados de la terapia.....	241
5. Síntesis de los hallazgos fundamentales del estudio	248
6. Limitaciones del estudio	253
CONCLUSIONES.....	255
BIBLIOGRAFÍA.....	259
ACRÓNIMOS.....	293
ANEXOS	297

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Fases del Desarrollo Cognitivo según Piaget (1972)	28
Tabla 2 Fases del Desarrollo Moral según Piaget (1932) y Kohlberg (1969)	31
Tabla 3: Fases del Desarrollo de la Amistad según Sullivan (1953)	35
Tabla 4. Estadios del Desarrollo de la Identidad de Erikson (1968)	42
Tabla 5. Características personales relacionadas con los cuatro estadios de identidad de Marcia (1989).	43
Tabla 6. Dificultades y entrenamiento en habilidades psicosociales	60
Tabla 7. TDC y TBM	83
Tabla 8. Modelos psicoterapéuticos.....	85
Tabla 9. Diferencias entre el método cuantitativo y cualitativo	95
Tabla 10. Nomenclatura de los sistemas de categorías	135

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Relaciones entre padres e iguales	37
Figura 2. Desregulación emocional y habilidades psicosociales	59
Figura 3. Cronograma grupo de formación en Habilidades Psicosociales TDC	73
Figura 4. Proceso de mentalización	79
Figura 5. Convivencia de los adolescentes	125
Figura 6. Diagnóstico en Eje I y en Eje II	126
Figura 7. Motivo y lugar de derivación	126
Figura 8. Consumo de tóxicos	127
Figura 9. Antecedentes personales psiquiátricos.....	127
Figura 10. Antecedentes familiares psiquiátricos	128
Figura 11. Puntuaciones CDI	128
Figura 12. Puntuaciones YSR y CBCL	129
Figura 13. Comparación YSR y CBCL.....	129
Figura 14. Experiencia de enfermedad	140
Figura 15. Motivación para la terapia	167
Figura 16. Experiencia de la terapia	175
Figura 17. Resultados de la terapia.....	203

INTRODUCCIÓN

1. LA ADOLESCENCIA

La noción de adolescencia nace con el romanticismo, al mismo tiempo que los comienzos de la industrialización. Incluso en los escritos sobre educación no hay nada antes de J. J. Rousseau, quien describía así la adolescencia: *“Tempestuosas revoluciones que se anuncian con el murmullo de pasiones violentas, cambios en el buen humor, arrebatos frecuentes, una continua agitación en el pensamiento, tornan al niño en un ser casi indisciplinable; se vuelve sordo a la voz que le tranquiliza, es un león con fiebre, desconoce a su guía, no quiere ser gobernado”*.

La adolescencia constituye un importante periodo de transición en el curso del desarrollo humano ya que implica el paso progresivo de la infancia a la edad adulta. El cambio es la esencia de la adolescencia.

Guidano (1987) afirma que es en la adolescencia cuando el proceso de formación de la identidad se vuelve cada vez más complejo y articulado, permitiéndole al joven formarse una visión más abarcadora de sí mismo y del mundo, desde donde poder empezar a estructurar su propio proyecto de vida.

La discusión sobre si la adolescencia representa sólo una transición entre la infancia y la adultez o si tiene características propias que justifiquen el que se la considere por sí sola como un período dentro del ciclo vital, tiene larga data y ha sido enfocada desde diversas perspectivas. El estimar la adolescencia como un período sólo transicional resulta insuficiente, puesto que se trata de una etapa del ciclo vital que cubre casi 10 años y es equivalente en tiempo a todo el período de la infancia con sus diferentes subetapas. Caracterizar la adolescencia sólo como la crisis que acompaña a los cambios biológicos supone también fijar la atención en los comportamientos más críticos y desadaptativos, en la edad difícil; esta mirada no discrimina las manifestaciones sanas y normales del período (Krauskopf, 2000). Existe en la literatura bastante acuerdo en considerar a la adolescencia como una etapa cualitativamente distinta de las otras. No hay grandes diferencias entre las demás posturas, con excepción del mayor o menor énfasis que ponen respectivamente en los aspectos biológicos, sociales, psicológicos o culturales.

1.1. La adolescencia pasado y presente

Aunque es evidente que la pubertad -entendida como el conjunto de cambios físicos que denotan la madurez física de una persona adulta- ha existido siempre, la adolescencia, tal y como hoy la entendemos, es un concepto que no está presente en la sociedad occidental hasta ya entrado el siglo XX. La pubertad es una condición necesaria pero no suficiente de la adolescencia.

Desde el punto de vista histórico, y haciendo un repaso de la obra *Historia de la Vida Privada* (Ariès & Duby, 2000), encontramos que en el periodo de la Antigüedad ya existía un interés por el paso de la infancia a la edad adulta. Platón (427-347 a. C.) y Aristóteles (384-322 a. C.) concebían esta transición como el momento en que se accede a la razón, pero también como la época de las pasiones y de las turbulencias. Los niños eran considerados como semejantes a los animales, capaces de realizar acciones voluntarias, pero no de elecciones reales, capacidad que no se alcanzaba hasta la etapa de los ocho a los catorce años, cuando el joven ya subordinaba los apetitos y emociones al control y a las reglas. En el Imperio Romano, la constatación de la pubertad implicaba el reconocimiento de la capacidad civil. No existía la “mayoría de edad” legal y no se hablaba de menores de edad, sino simplemente de impúberes, que dejaban de serlo cuando su padre o tutor advertía que estaban ya en edad de usar el atuendo adulto y de afeitarse. A los doce años, el niño romano abandonaba la enseñanza elemental, a los catorce su indumentaria infantil y a los dieciséis podía optar por la carrera política o entrar en el ejército. Esta situación únicamente era aplicable a los hijos varones de ciudadanos romanos libres.

En la Edad Media, el crecimiento físico de un niño era considerado como el crecimiento gradual de una criatura de Dios, niños y adultos eran cualitativamente semejantes y sólo se diferenciaban desde el punto de vista cuantitativo, es decir, el joven era un adulto en miniatura. Cloutier (1996) señala que, en esta época histórica, existía la creencia de que el esperma contenía un hombre adulto en miniatura (el homunculus) que, implantado en el útero, crecía gradualmente sin diferenciación de tejidos ni de órganos. Sin embargo, en el Renacimiento ya encontramos nuevas formas de concebir el desarrollo humano y es en ese

momento cuando se plantea la necesidad de establecer programas escolares en relación con la evolución de las facultades de la persona.

La llegada de la industrialización en el siglo XIX no supuso una mejoría del estatus del niño y del adolescente. Hasta la mitad del siglo, uno de cada cinco obreros era un niño. Además, en ésta época el joven púber salía pronto del seno familiar para trabajar como sirviente y no se casaba hasta bastantes años más tarde. Con la entrada del siglo XX, el joven permanecía cada vez más tiempo con sus padres, a menudo hasta que fundaba una nueva familia. La extensión de la escolaridad y el fortalecimiento de la vida familiar en el hogar conllevan el nacimiento de la *familia moderna* constituida por el padre, la madre y los hijos. El periodo de tiempo que se establece entre la pubertad y la salida del hogar dará lugar al concepto de adolescencia tal y como hoy la conocemos. Así, frente a una rápida entrada en el mundo adulto relacionada con la incorporación al mundo laboral en épocas anteriores, actualmente, la sociedad occidental caracterizada por una creciente especialización y complejidad y, por lo tanto, por una prolongación de la formación, tiende a dilatar de manera progresiva y continua la etapa de la adolescencia. Desde este punto de vista, el concepto de *adolescencia*, asociado con la idea de tránsito evolutivo, se ha ido construyendo socialmente. La inserción progresiva en el seno de la sociedad constituye el hecho fundamental de la adolescencia y no debe ser confundido con el desarrollo puberal (Claes, 1991). En efecto, la pubertad aparece, con algunas variaciones, en el mismo momento evolutivo en todas las sociedades. Sin embargo, la transición social de la infancia a la edad adulta puede variar considerablemente según las culturas. La experiencia de la adolescencia y su duración están de este modo determinadas por condicionamientos culturales que relativizan el esquema universal del desarrollo humano. En este ámbito es necesario destacar las aportaciones de Margaret Mead (1958), célebre antropóloga americana cuyos trabajos permitieron mostrar que los procesos observados en las culturas occidentales no existían en todas las sociedades humanas y cuyas nociones sobre la adolescencia contribuyeron a evaluar la influencia de la cultura en el desarrollo de este periodo de la vida. En nuestra sociedad, la prolongación de los procesos educativos y el retraso del momento de adquisición de la autonomía personal han dado lugar a una condición social, *ser adolescentes* (Funes, 1990), que tiene que ver con algunos de los problemas y necesidades que presentan los adolescentes actuales.

En resumen, la adolescencia no es algo autónomo, sino una realidad que forma parte de un sistema social determinado y es desde este entramado social desde donde es necesario analizar las dificultades y problemas de los adolescentes (Antona et al., 2003).

1.2. ¿Qué es la adolescencia? Definición y etapas

El interés científico por la adolescencia como objeto científico comienza a principios del siglo XX cuando Stanley Hall publica la primera teoría psicológica sobre la adolescencia (Hall, 1904). Posteriormente, Koops (1996) señala que la adolescencia, definida como un periodo de cambios en el desarrollo producidos entre la niñez y la edad adulta, es una concepción aún más actual. En efecto, la consideración de la adolescencia como un periodo tormentoso y estresante, de confusión normativa y de oscilaciones y oposiciones, apuntada inicialmente por Stanley Hall, ha sido el principal referente teórico hasta hace poco tiempo y ha llegado a cristalizar en la representación cultural que aún hoy se tiene de esta etapa. Sin embargo, esta visión ha sido reemplazada por otra que conceptúa la adolescencia como un período de desarrollo positivo durante el cual la persona se enfrenta a un amplio rango de demandas, conflictos y oportunidades (Compas et al., 1995).

Un cambio de enfoque tal supone la reevaluación de los mitos existentes acerca de esta etapa evolutiva que la suelen presentar como un periodo asociado a elevados niveles de estrés, en el que se produce una distancia intergeneracional entre padres e hijos y en el que los cambios hormonales implican graves dificultades para el adolescente. Por el contrario, se ha constatado que la presencia de estrés es similar a la encontrada en otras etapas de la vida (Frydenberg, 1997) y que la prevalencia de psicopatología no es más alta en la adolescencia que en otros momentos vitales. Aunque existan partidarios de ambas posturas, se podría decir que la psicología contemporánea se ha desmarcado de la visión de la adolescencia como una etapa de crisis inevitable y ha optado por poner el acento en la idea de que una gran mayoría de adolescentes tiene los recursos necesarios para adaptarse a los cambios internos y externos que caracterizan este período e integrar esas nuevas realidades en su esquema vital.

Desde el punto de vista científico, si bien no es sencillo aportar una definición precisa de adolescencia, numerosos autores están de acuerdo en señalar como punto de partida común que se trata de *una etapa de transición de la vida entre la infancia y la edad adulta*.

Pero, como señala Lehalle (1995), esta definición puede no resultar satisfactoria puesto que supone una descripción de la infancia y la edad adulta como dos “estados” psicológicos relativamente estables y, sin embargo, actualmente se considera que el desarrollo se extiende al conjunto de la vida. Así, las concepciones menos antiguas de la adolescencia la caracterizan como un periodo de ajustes a diferentes “tareas” y cambios del desarrollo entre los 12 y los 20 años (Frydenberg, 1997; Palmonari, 1993). Este lapso de tiempo de 8 años suele dividirse en tres etapas o periodos:

- *primera adolescencia* (12-14 años), etapa en la que se producen la mayor parte de los cambios físicos y biológicos que se mantendrán durante toda la adolescencia
- *adolescencia media* (15-17 años), etapa en la que los cambios de estado de ánimo son bruscos y frecuentes y se incrementa la implicación en conductas de riesgo
- *adolescencia tardía* (18-20 años), etapa que se está alargando en los últimos años porque los jóvenes permanecen más tiempo en el hogar parental.

Más recientemente, distintos autores han señalado que los rápidos cambios sociales y demográficos acontecidos en nuestra sociedad en los últimos años conllevan la necesidad de formular otra etapa, entre los 20 y los 30 años, denominada *adulthood emergente*. En esta etapa, el joven ya ha dejado atrás la dependencia propia de la infancia y la adolescencia, pero está todavía lejos de asumir las responsabilidades adultas y continúa implicado en las conductas de exploración y riesgo características de la adolescencia (Arnett, 2000).

En conclusión, se puede afirmar que la adolescencia supone una transición evolutiva en la que el sujeto debe hacer frente a numerosos cambios. En este sentido, una de las diferencias entre este periodo y otras etapas del desarrollo evolutivo es, precisamente, el número de cambios a los que el sujeto se debe enfrentar, así como la brevedad y rapidez de los mismos. Todas estas transformaciones se articulan en tres grandes áreas: cambios en el desarrollo físico o biológico, cambios en el desarrollo psicológico y cambios en el desarrollo social. Posteriormente abordaremos los cambios asociados a cada una de estas áreas, no sin antes hacer una breve referencia a las distintas perspectivas y modelos que han orientado gran parte de la investigación en el ámbito de la adolescencia.

1.3. Perspectivas teóricas

En una revisión de Compas y colaboradores (1995) se presentan tres marcos interpretativos fundamentales del desarrollo adolescente. Por un lado, desde los modelos biopsicosociales, se considera que el desarrollo adolescente se da simultáneamente en múltiples niveles: la maduración física y biológica, que incluye el desarrollo del cerebro y del sistema nervioso central; el desarrollo de procesos de pensamiento, tales como los procesos socio-cognitivos, la habilidad de solución de problemas, la capacidad lingüística y las habilidades espacio-visuales; y finalmente, el cambio en los contextos sociales en los que el adolescente se desenvuelve, así como en los roles socialmente definidos que debe desempeñar en estos contextos. El reconocimiento de la interrelación entre estos aspectos del desarrollo caracteriza los modelos biopsicosociales, en los que por ejemplo se analiza la relación entre pubertad y conducta, cognición, emoción y relaciones sociales. Una buena parte de estas nociones se recogen en las investigaciones que analizan los cambios fisiológicos asociados a la adolescencia y sus consecuencias conductuales, trabajos que revisaremos más adelante cuando analicemos la maduración biológica en el adolescente.

Un segundo modelo es la denominada ciencia comportamental del desarrollo, que señala la necesidad de un acercamiento interdisciplinario al estudio del desarrollo adolescente. Este acercamiento, propuesto por Jessor (1991, 1993), además de integrar las distintas disciplinas científicas tradicionales (sociología, antropología, psiquiatría infantil, pediatría, criminología, demografía y educación), también integra la investigación básica y la aplicada. Jessor considera central el concepto de interrelación entre contextos, factores y conductas. Así, el impacto de distintos contextos sociales (familia, escuela, iguales, etc.) en el adolescente es interdependiente y también existe una interrelación entre las conductas en que éste se implica, tanto saludable como desajustado (por ejemplo, el consumo de sustancias o la delincuencia).

Finalmente, los modelos de ajuste persona-contexto surgen de la conceptualización del desarrollo adolescente como una función del ajuste entre las características del sujeto y del entorno ambiental (Eccles et al., 1993). Estos modelos consideran el desarrollo del adolescente como una interacción dinámica de las características del sujeto y de su entorno. Los adolescentes provocan diferentes reacciones en su entorno como resultado del cambio en sus características físicas y comportamentales, y los contextos sociales contribuyen al

desarrollo individual a través del feedback que proporcionan al adolescente. La calidad de este feedback depende del grado de ajuste entre las características de la persona y las expectativas, valores y preferencias del contexto social. El desarrollo problemático deriva de un desajuste entre las necesidades del desarrollo de los adolescentes y las oportunidades que les proporcionan sus contextos sociales.

Frydenberg (1997) ha señalado que la adolescencia también se ha estudiado desde otras dos perspectivas complementarias: la del desarrollo y la del ciclo vital. La *perspectiva del desarrollo*, en la que la adolescencia se analiza a partir del contexto familiar, está íntimamente vinculada a la teoría psicoanalítica y a la teoría del aprendizaje social. Tradicionalmente, esta perspectiva se centra en la madurez del sujeto, los conflictos y la identidad. En contraste, desde la *perspectiva del ciclo vital* el desarrollo se presenta como un proceso a lo largo de la vida en el que, como principio general, no se asume ningún estado de madurez especial. Por lo tanto, la edad no funciona como una variable que marca el desarrollo, sino como una mera variable indicadora ya que, tal y como señalábamos anteriormente, se considera que el proceso de crecimiento psicológico continúa a lo largo de todo el desarrollo vital. Entonces, la adolescencia se percibe como un producto del desarrollo del niño y como un precursor del desarrollo del adulto. No es un período aislado de la vida sino una parte importante en el continuo del ciclo vital. Un modelo representativo del estudio del desarrollo humano desde la óptica del ciclo vital es el *modelo ecológico del desarrollo humano* de Urie Bronfenbrenner (1979). Este modelo ofrece un interesante marco para comprender las relaciones entre los jóvenes y el contexto social. Sin embargo, ha existido una marcada asimetría en la atención que la teoría y la investigación han prestado a la persona, con un escaso interés en el análisis del ambiente en la cual ésta se desarrolla. Esta crítica coincide con el cambio de orientación de la investigación en adolescencia de los años 80, a partir de ese momento el foco del análisis pasa del sujeto a los contextos sociales en los que tiene lugar el desarrollo físico, cognitivo y emocional del adolescente (Gecas & Seff, 1990).

Desde la orientación ecológica, podríamos situar la adolescencia en un momento de *transición ecológica* durante la cual se produce una modificación de la posición de una persona en el ambiente ecológico como consecuencia de un cambio de rol, de entorno o de ambos a la vez. Se considera que toda transición es consecuencia e instigadora de los

procesos de desarrollo y depende conjuntamente de los cambios biológicos y de la modificación de las circunstancias ambientales, en un proceso de acomodación mutua entre el organismo y su entorno. Desde esta perspectiva, se señala que el adolescente crece y se adapta a través de intercambios con sus ambientes más inmediatos o microsistemas (familia, escuela e iguales) y ambientes más distantes tales como el trabajo de los padres o la sociedad en general, organizados en estructuras concéntricas anidadas.

La adolescencia puede también ser entendida como un trabajo de duelo. Se va a producir una pérdida real de personas influyentes de su infancia, así como una relajación de las ataduras del sujeto a sus padres para que de este modo él pueda elegir libremente su objeto de amor en su generación. Las transformaciones corporales, las nuevas dimensiones del deseo y la separación de la familia reclaman del adolescente un trabajo de elaboración que ha sido comparado al trabajo de duelo, es decir, retirada parcial de investimentos previos (Freud A, 1958). Además, esta pérdida real reaviva las experiencias anteriores de separación, por ello algunos autores como Masterson (1984) le han considerado la segunda fase del proceso de separación-individuación de la teoría de M. Mahler (1975).

1.4. Cambios y transformaciones

La adolescencia es una etapa del desarrollo caracterizada por la multiplicidad de cambios. Surgen cambios corporales muy manifiestos, cambios de orden psicológico en estrecha relación con las modificaciones físicas, se produce una maduración en el desarrollo cognitivo, así como una nueva necesidad y posicionamiento en cuanto a las relaciones sociales. Los progresos en las diferentes esferas no van a ser sincrónicos, lo cual va a provocar un aspecto disarmónico en el desarrollo de estos sujetos. De este modo, la precocidad en una determinada esfera va a poder acompañarse de un cierto retraso en otra.

Todos estos cambios que ocurren en esta etapa de la vida van a conferir al adolescente una apariencia “sintomática” característica. Este aspecto “sintomático” que el adolescente muestra ha determinado que en ocasiones se entienda a la adolescencia como una crisis.

Los cambios físicos se producen con la entrada en la pubertad y afectan a la mayoría de los sistemas del organismo. Es la aparición de los caracteres sexuales secundarios lo más destacable, y con ello surge en el sujeto una intensa preocupación por su cuerpo, el cual le sorprende y le hace sentir que ya no está bajo su control.

En la esfera del desarrollo cognitivo se produce un hecho también esencial en esta etapa de la vida. Consiste en el paso, según la teoría de Piaget (1958), del periodo de operaciones concretas al de operaciones formales y con ello al acceso a una nueva y sorprendente habilidad: el pensamiento abstracto, hipotético-deductivo. Asimismo, los adolescentes desean saber quiénes son, cómo son y cómo se definen en las distintas áreas que constituyen su identidad. Además, en esta etapa se modifican y conforman las dimensiones del autoconcepto que configuran la autoimagen global.

Por último, en el ámbito social, la adolescencia implica cierto distanciamiento del contexto familiar, al tiempo que se otorga una importancia creciente al grupo de amigos. Los adolescentes parecen buscar en el grupo de amigos unos valores propios, la confirmación de su identidad, la posibilidad de explorar nuevas relaciones sociales, y el apoyo y comprensión de otras personas que están atravesando una etapa evolutiva similar a la suya.

A continuación, profundizaremos en la descripción de los cambios biopsicosociales que acontecen en la adolescencia, haciendo especial hincapié en los efectos que éstos pueden tener en la conducta, cognición, afectividad y relaciones sociales del adolescente.

1.4.1. Cambios físicos

El término funciones ejecutivas hace referencia a procesos tan variados como el establecimiento de metas, la formulación de hipótesis, la planificación, la focalización y mantenimiento de la atención, la generación de estrategias, la monitorización de la conducta, la capacidad de resolución de problemas, la flexibilidad cognitiva, la memoria de trabajo, la inhibición de respuestas o el control de las emociones. Estas funciones implican, por lo tanto, componentes tanto de naturaleza cognitiva como emocional y juegan un papel esencial en la regulación de la conducta orientada a un objetivo (Korzeniowski, 2011). Existe una organización jerárquica de la corteza cerebral, donde las áreas prefrontales jugarían un papel esencial a la hora de integrar y dar respuesta a la información procedente del exterior. De este modo, se han propuesto las áreas prefrontales del cerebro como la base neurológica de las funciones ejecutivas.

Las funciones ejecutivas implican un amplio rango de habilidades relacionadas con la regulación del pensamiento, el comportamiento y el propio estado emocional. Numerosos estudios han sugerido que la participación del lóbulo frontal y sus conexiones en el

funcionamiento ejecutivo podría no ser homogénea, de lo que se desprende que diversas regiones cerebrales participarían de manera diferencial en diferentes funciones (Jurado & Roselli, 2007) y estas funciones parecen desarrollarse de forma progresiva pero asimétrica, es decir, a diferentes ritmos (Korzeniowski, 2011). De este modo, el intervalo comprendido entre los 6 y 8 años supondría un período en que las capacidades de planificación y organización se desarrollan más rápidamente. Si bien no alcanzan niveles óptimos hasta edades más tardías, en este período van apareciendo conductas estratégicas, más organizadas y eficientes; entre los 12 y 14 años de edad, se desarrollaría el control inhibitorio; mientras que otras funciones como la flexibilidad cognitiva, la memoria de trabajo o la resolución de problemas complejos siguen desarrollándose hasta el período comprendido entre los 15-19 años.

La maduración de diversos aspectos de las funciones ejecutivas, como el control de la inhibición y la atención ejecutiva, está fuertemente ligada a una comprensión creciente de las emociones propias y de aquellas de otros y también a una mejor regulación emocional. Para manifestar la empatía hacia los otros, hay que poder interpretar sus señales de angustia o de placer. De hecho, la capacidad de distinguir distintos estados mentales en sí mismo y en los otros (teoría de la mente), que constituye un componente cognitivo fundamental de la empatía, está significativamente asociada a los controles voluntario e inhibitor (Carlson et al., 2004). El desarrollo emocional se produce gracias a una variedad de destrezas cognitivas, entre las cuales se encuentra aquella para regular voluntariamente el comportamiento con flexibilidad, lo que depende ampliamente de la maduración de los lóbulos frontales a lo largo de la adolescencia (Welch, 2001).

Las transformaciones fisiológicas y morfológicas que tienen lugar en la adolescencia constituyen uno de los acontecimientos más importantes de este periodo del desarrollo. De hecho, clásicamente la pubertad ha señalado el comienzo de la adolescencia. Además, estos cambios físicos suelen suscitar un ajuste psicológico de la propia imagen corporal. En un primer momento repasaremos las bases fisiológicas de las transformaciones que se producen durante la adolescencia. A continuación, analizaremos las repercusiones psicológicas de estos cambios, tanto en chicos como en chicas, y tendremos en cuenta las posibles variaciones cronológicas, individuales o colectivas.

1.4.1.1. Cambios somáticos

La maduración del pubescente se expresa principalmente en una serie de cambios morfológicos y hormonales que tienen lugar de forma más o menos simultánea.

En relación con los cambios morfológicos, la maduración física consiste particularmente en el denominado “estirón puberal”, un marcado aumento en el crecimiento del cuerpo que se distribuye asincrónicamente. Si bien este cambio corporal se produce en ambos sexos, la coordinación y sucesión del mismo es diferente para chicos y chicas. Las chicas suelen presentar el estirón puberal, el aumento de peso y las primeras apariciones de caracteres sexuales secundarios alrededor de los 10-11 años, mientras que los chicos presentan los mismos cambios un año después. Respecto de los cambios hormonales, el organismo comienza a producir hormona luteinizante (LH) y hormonas folículo estimulantes (FSH) en distintas cantidades según el sexo. Como consecuencia, se produce el desarrollo de los ovarios en la mujer y de los testículos en el varón, y se estimula la producción de hormonas sexuales (estrógenos y andrógenos). Todo esto conlleva la maduración de los óvulos y la producción de espermatozoides, así como el desarrollo de las características sexuales visibles.

Finalmente, distintos estudios han asociado los cambios hormonales de la pubertad a una mayor activación y excitabilidad que puede tener consecuencias emocionales tales como el ánimo depresivo en chicas, y conductuales como la agresividad y la dominación en chicos (Buchanan et al., 1992) (Inoff-Germain et al., 1988) (Udry & Talbert, 1988).

En el sentido a la vez amplio y específico que el psicoanálisis concede a la noción de sexualidad, resulta básico su papel en el desarrollo psicoafectivo. Según los *“Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad”* (Freud, 1949), las transformaciones de la pubertad hacen posible el placer final, mientras que la sexualidad pregenital se integra como placer preliminar. De este modo, la sexualidad genital que aparece en la pubertad está preformada en la infancia, tanto en cuanto a las modalidades de satisfacción (placer preliminar) como en lo que se refiere a la elección de objeto: las relaciones con los padres, el deseo edípico.

1.4.1.2. Aspectos psicosociales de la maduración

Según Alsaker (1996), el desarrollo del adolescente en la pubertad no sólo es una adaptación a las nuevas características derivadas de los cambios fisiológicos, sino que también supone la

adaptación a un ambiente social cambiante y la integración de reacciones y expectativas discordantes de los otros significativos. Desde esta perspectiva, se han llevado a cabo diferentes investigaciones que analizan los efectos que los cambios madurativos tienen en las relaciones con los iguales y la familia, en la configuración de la propia imagen corporal y en el desarrollo de distintos problemas de conducta.

En el estudio de las *relaciones con los iguales*, se ha observado que los adolescentes con un desarrollo más precoz son normalmente más populares entre sus compañeros. Un desarrollo más tardío implica ventajas que no tienen que ver con el estatus en el grupo de iguales sino con una mayor curiosidad intelectual, iniciativa social y participación en actividades (Cloutier, 1996). Desde el punto de vista longitudinal, las chicas que maduran temprano tienen amigas más mayores que ellas, aspecto que implica una redefinición de la red de iguales en función del nivel madurativo (Stattin & Magnusson, 1990). En el ámbito de las *relaciones familiares*, parece que la maduración física conlleva una mayor autonomía emocional de los padres junto con una mayor conflictividad y una menor cercanía con ellos (Paikoff & Brooks-Grunn, 1991) (Alsaker, 1995). Respecto de la *imagen corporal*, parece que los chicos precoces están más satisfechos con su altura y desarrollo muscular, mientras que las chicas precoces generalmente se quejan del aumento de su peso. Además, estas chicas no sólo se consideran menos atractivas, sino que también son percibidas como menos atractivas por los iguales (Rodríguez-Tomé, 1997). Este periodo presenta la particularidad de descubrir en la percepción de uno mismo y de los otros, la interdependencia de la apariencia física y la popularidad en el seno de las relaciones interpersonales.

Finalmente, uno de los ámbitos de investigación que mayor atención ha recibido en relación con el desarrollo madurativo y sus consecuencias psicosociales ha sido el relacionado con el estudio de *problemas de tipo internalizante* (principalmente el desarrollo de síntomas depresivos) y *externalizante* (implicación en conductas antisociales). Por un lado, la tendencia a la depresión y el estado de ánimo negativo se han asociado positivamente con la maduración precoz, especialmente en las chicas (Stattin & Magnusson, 1990) (Alsaker, 1992). Por otro lado, el desarrollo madurativo también se ha relacionado con la existencia de problemas de conducta, aquellos adolescentes que maduran antes o después que sus compañeros de igual edad presentan más problemas de conducta como consumo de sustancias, robos y violación de normas (Lenssen et al., 2000) (Stattin & Magnusson, 1990).

1.4.2. Cambios psicológicos

El crecimiento del cuerpo y la maduración de las características sexuales secundarias no son los únicos acontecimientos que marcan el periodo de la adolescencia. El conjunto de la actividad mental del adolescente también sufre una reestructuración importante: se desarrollan nuevas formas de pensamiento y de razonamiento moral, se estructura un sistema de valores propio, se explora la identidad y se diversifican valoraciones de uno mismo.

1.4.2.1. Desarrollo cognitivo

La teoría del desarrollo cognitivo formulada por Jean Piaget (1972) continúa siendo una de las explicaciones más influyentes en el análisis del desarrollo cognitivo en la adolescencia. Piaget concibe la inteligencia como una forma de adaptación particular del organismo: existe una interacción entre el sujeto y el medio ambiente en la que el sujeto debe buscar un equilibrio realizando adaptaciones intelectuales. A lo largo del desarrollo y como fruto de experiencias cotidianas, el pensamiento se organiza en estructuras cada vez más complejas con el fin de llegar a entender la realidad.

Sin embargo, conviene destacar aquí que el proceso madurativo del cerebro que se inicia en esta etapa no se produce armónicamente según nos describe la moderna neurobiología (Sadurní & Rostan, 2004). En este periodo de cambios rápidos se produce un desfase madurativo entre diferentes áreas cerebrales. Los centros de control superior de la conducta, ubicados en la corteza prefrontal, especialmente sensibles a la acumulación de la experiencia y a la representación simbólica, maduran hacia los 18-19 años. Mientras que grupos neuronales del mesencéfalo, que influyen en el componente instintivo ¿? de la conducta (el más sensible a la recompensa) lo hacen mucho antes a partir de la acción de las hormonas gonadales. Esta disarmonía que se ha relacionado con la impulsividad y la tendencia a la adicción en la adolescencia puede servir de base para las hipótesis que apuntan a la ventaja evolutiva que también pudiera suponer. En la siguiente tabla se presenta un resumen de los estadios del desarrollo intelectual según este autor.

EDAD	ESTADIO	CARACTERÍSTICAS
0-12 años	<i>Periodo Sensorio-motriz</i>	Acción del “aquí y ahora”
2-7 años	<i>Periodo Pre-operatorio</i>	Pensamiento simbólico e intuitivo
7-12 años	<i>Periodo Operatorio Concreto</i>	Operaciones mentales
+ 12 años	<i>Periodo Operatorio Formal</i>	Pensamiento hipotético deductivo

Tabla 1: Fases del Desarrollo Cognitivo según Piaget (1972)

Piaget concibe la adolescencia como la última etapa en la construcción de las operaciones formales. Esto implica que el adolescente es capaz de razonar mediante el pensamiento hipotético-deductivo, es decir, a partir de hipótesis enunciadas verbalmente, independientemente del contenido de los enunciados y sin necesidad de manipular objetos concretos. En el ámbito del razonamiento inductivo, el niño que se encuentra en la etapa operatoria concreta únicamente es capaz de manipular lo real para producir los efectos deseados. Sin embargo, el adolescente situado en la etapa operatoria formal es capaz de reflexionar y hacer el inventario de las hipótesis posibles más allá de los hechos inmediatamente representables, y ya no está limitado, como en el periodo anterior, por el manejo de lo real y directamente accesible.

Sin embargo, distintos autores han señalado que el dominio del pensamiento hipotético-deductivo que corresponde al final del desarrollo del pensamiento formal, no es alcanzado por el conjunto de los adolescentes y ni siquiera por el total de los adultos. Según Cloutier (1996), numerosos jóvenes que han alcanzado un nivel elevado en el razonamiento formal todavía afrontan situaciones nuevas de forma intuitiva, y progresan lentamente hacia una organización más sistemática del pensamiento. Además, también se ha cuestionado la universalidad de las estructuras cognitivas de Piaget y la generalización del estadio formal. Se ha señalado que es necesario tener en cuenta el rol del ambiente social y de la experiencia adquirida, principalmente en la escuela, por tener un notable impacto en el desarrollo de las estructuras cognitivas formales.

Es necesario señalar que las características del pensamiento formal permiten la posibilidad de desarrollar otros dos tipos de pensamiento en los adolescentes. Por un lado, la

metacognición o capacidad para pensar sobre los propios pensamientos, que implica, por ejemplo, no sólo inferir reglas a partir de observaciones, sino también reflexionar sobre estas reglas para elaborar otras nuevas. Además, la conciencia sobre el propio pensamiento tiene repercusiones en la memoria (desarrollo de estrategias mnemotécnicas), la comunicación (desarrollo de la metacomunicación) o la introspección (reflexión sobre los propios sentimientos, percepciones, etc.). Por otro lado, la cognición social o capacidad para pensar en los pensamientos de los demás, que permite al adolescente comprender el punto de vista de los otros, sus sentimientos y actitudes. Es decir, los niños poseen la sensibilidad de sentir las emociones de los otros, pero no son capaces de prever sus sentimientos y pensamientos en diferentes contextos; sin embargo, los adolescentes son capaces de reflexionar sobre los pensamientos de los demás, así como sobre sus relaciones interpersonales.

El pensamiento basado en operaciones formales es también el catalizador de otra importante transición: la que se da desde la ética de la obediencia infantil ante el mayor criterio del adulto, a la ética del respeto, del reconocimiento mutuo y al pacto social entre adultos. Porque la capacidad de abstracción es también la que permite la aparición de los ideales y los valores. El adolescente es muy sensible a la injusticia, al abuso de poder o al paternalismo, a la par que receptivo ante las actitudes que percibe justas. Se muestra muy capaz de discriminar entre el autoritarismo (abuso de poder) y la autoridad que proviene de un conocimiento (una capacidad de diálogo y una intención de cuidar). La frescura de sus razonamientos puede poner en aprietos al adulto, señalándole sus contradicciones o interrogándole sobre cuestiones de las que por hábito o por pereza ya no recuerda su sentido original (Tió, 2008). Las nuevas generaciones ofrecen con su crítica una oportunidad de renovación ética al mundo adulto que ha ido transigiendo en sus principios basados en intereses creados.

Arciero (2002) en la misma línea que Piaget, cree que el logro del pensamiento formal o hipotético-deductivo en el adolescente, le permite a éste la posibilidad de pensar en un proyecto de vida, analizando metas y planes de acuerdo a una proyección en el tiempo con posibilidades y expectativas futuras, fenómeno que se manifiesta en una reorganización de su vida pasada, en relación con su presente y su futuro. Así, para el autor la adolescencia faculta al joven para anticipar las conductas de la propia vida, algo que en la infancia no

existía, siendo la vivencia infantil del tiempo una serie de momentos, en un principio desligados y en sí infinitos, gozados tan intensamente, que la conciencia del paso y de lo irreplicable, no existen.

1.4.2.2. Desarrollo moral

El razonamiento moral se refiere al conjunto de criterios utilizados por una persona para juzgar un comportamiento como justo o injusto, bueno o malo. Tanto el razonamiento moral como la cognición social, señalada anteriormente, se relacionan estrechamente con el desarrollo cognitivo del adolescente ya que implican la comprensión de las conductas de los otros. En efecto, ambos modos de pensamiento necesitan de la capacidad de razonamiento lógico, de integración de la información y de reflexión sobre distintas posibilidades, todas ellas ligadas al desarrollo del pensamiento formal. Sin embargo, estos dos procesos mentales se distinguen en su finalidad; mientras que la cognición social tiene por objeto la comprensión de la dinámica de las conductas humanas, el razonamiento moral añade a esta comprensión un juicio que valora estas conductas. Por tanto, en la etapa adolescente, el desarrollo moral es también un dominio donde las transformaciones son profundas, y es el periodo durante el cual la persona define una orientación moral que, por lo general, mantendrá el resto de su vida.

En el estudio del desarrollo del juicio y razonamiento moral, destacan los modelos de dos influyentes autores: Piaget, interesado principalmente en el desarrollo del juicio moral en la infancia, y Kohlberg, centrado en este desarrollo moral a lo largo de la adolescencia y la edad adulta. Ambos modelos mantienen la misma concepción de fases sucesivas ligada a la evolución cognitiva y moral. En la tabla 2 se hace una presentación comparativa de ambos modelos.

PIAGET	EDAD	KOHLBERG
<p>Moralidad heterónima: las normas son impuestas por los adultos (moral del deber y la obediencia)</p>	0 años	<p>Nivel Preconvencional</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Fase 1: fase de castigo y la obediencia</u> Egocentrismo y falta de consideración por los intereses de otros • <u>Fase 2: fase del intercambio instrumental</u> El aspecto más importante es satisfacer los propios intereses y necesidades
	A	<p>Nivel convencional</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Fase 3: Fase de las expectativas interpersonales mutuas</u> Compartir sentimientos y acuerdos sustituye como prioridad a los intereses individuales. • <u>Fase 4: Fase de conocimiento y mantenimiento del Sistema Social</u> La prioridad cambia desde las personas íntimas al sistema social en general. Las leyes tienen que ser respetadas.
<p>Moralidad autónoma: Las normas emergen de las relaciones de reciprocidad y cooperación entre las personas. Necesita de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la capacidad de descentramiento (comprender el punto de vista de los otros) • la experiencia de interacciones sociales recíprocas en igualdad 	D	
	O	
	L	
	E	
	S	
	C	<p>Nivel Post convencional</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Fase 5: Fase de los derechos prioritario y del Contrato Social</u> Es conveniente respetar la variabilidad y elaborar contratos sociales para preservar los valores y derechos individuales • <u>Fase 6: Fase de los Principios Éticos Universales</u> Los juicios morales están guiados por principios éticos universales fundamentados en la racionalidad como la justicia, la igualdad de los derechos humanos o el respeto a la dignidad de los seres humanos
E		
N		
C		
I		
A		
	16 años	

Tabla 2 Fases del Desarrollo Moral según Piaget (1932) y Kohlberg (1969)

Es necesario señalar que el ambiente social del adolescente -familia, iguales, cultura- también puede influir en su desarrollo moral. Por ejemplo, se ha observado que la calidad de las relaciones de los jóvenes tanto con sus progenitores como con sus amigos, y el razonamiento moral de ambos grupos, son los mejores predictores del desarrollo del razonamiento moral de los adolescentes (Walker et al., 2000). También, se han encontrado importantes correlaciones entre el razonamiento moral de los padres y el de los hijos, y se ha observado que la experiencia con los iguales y la resolución de conflictos que surgen en las relaciones dentro de los grupos de amistades pueden promover positivamente el desarrollo moral (Edwards, 1982) (Speicher, 1994). En relación con la influencia de la cultura, las investigaciones transculturales apoyan la universalidad del modelo de fases de Kohlberg, siempre que se hagan algunos ajustes en su evaluación para encajar la especificidad de los ambientes (Snarey, 1985).

Por tanto, la investigación se apoya en una visión constructivista del desarrollo moral: los juicios morales se construyen a través de las interacciones del sujeto con las circunstancias y los estímulos ambientales. Así, aunque Kohlberg siempre ha reivindicado que los factores cognitivos son de principal importancia en el desarrollo moral, también parecen estar implicados elementos afectivos y la influencia de figuras importantes como los padres o los iguales.

1.4.3. Cambios sociales

La adolescencia se caracteriza también por los importantes cambios que acontecen en el universo social y relacional del sujeto. En párrafos anteriores se ha señalado que el reconocimiento de la propia individualidad va acompañado del reconocimiento de la individualidad de los otros y de las diferencias entre unos y otros. El adolescente y su entorno afrontan el reto de un acoplamiento recíproco. La novedad que aporta la adolescencia afecta también significativamente a los adultos que la acompañan y que deberán también adaptarse a los cambios y enfrentarse a una reelaboración de sus propios conflictos personales o de pareja (Kancyper, 1997). El crecimiento puede ser vivido por estos con satisfacción e interés o como amenaza para su particular economía defensiva. La dependencia de los progenitores del funcionamiento infantil de sus hijos, sus dificultades en la elaboración del duelo por la pérdida de un niño que ya no les necesita de la misma manera, la aceptación de un hijo que puede no satisfacer sus deseos de reedición narcisista, los duelos biográficos particulares de su propia etapa vital..., todo ello puede hacer que aparezca la intolerancia hacia su progreso y maduración diferenciadas.

Desde esta perspectiva, para el adolescente el crecimiento puede suponer tanto un proceso de maduración individual y paulatina separación como, en ocasiones, la necesidad de una ruptura cuando el entorno no pueda también crecer y desprenderse de sus antiguos vínculos de dependencia. Algo que, de no producirse, no hará más que contribuir a la transmisión intergeneracional de las dificultades.

Así, del mismo modo que el desarrollo del conocimiento sobre uno mismo se va fundamentando en características cada vez más abstractas y a los atributos físicos se van añadiendo otros relativos a lo psicológico, se observa un proceso semejante en la consideración que el adolescente tiene de sus relaciones sociales. Desde un punto de vista

estructural, podemos señalar que en la red social de un adolescente se pueden diferenciar a su vez cuatro sub-redes más o menos relacionadas entre sí: la familia (padre, madre y hermanos), los iguales (amigos, amigos íntimos y pareja), la familia extensa (abuelos, tíos, primos, etc.) y otros adultos significativos (profesores, vecinos, etc.).

Según un estudio de Blyth (1982), aunque la red social de los adolescentes está fundamentalmente constituida por iguales (un tercio de las personas nombradas como significativas por los adolescentes son iguales del mismo sexo), los padres son con ventaja las personas nombradas como más influyentes en sus vidas y, de ellos, el 95% de los adolescentes señala a la madre como la persona más importante y próxima.

1.4.3.1. Relaciones familiares

El adolescente introduce nuevas relaciones sociales en su mundo social y marca distancias con sus padres. Sin embargo, aunque la influencia de los padres ya no es tan importante como durante la infancia, la familia tiene todavía un rol primordial en la adolescencia. Los padres son agentes de socialización fundamentales y fuente de numerosas reglas y modelos que son interiorizados en el proceso de socialización.

Partiendo de las ideas de Brofenbrenner (1979), podemos decir que la importancia del sistema familiar a lo largo del desarrollo de una persona reside en que se trata del primer contexto de desarrollo. Más aún, la familia es el “procesador central” donde tienen lugar experiencias concretas de desarrollo, pero también se organizan, y traducen e interpretan las acaecidas en otros contextos significativos como la escuela, los iguales o la comunidad.

La familia es el ambiente que el adolescente utiliza para expresar sus aspectos más infantiles tanto por el hecho de que las dinámicas de relación instauradas a lo largo de la infancia estimulan este funcionamiento, como porque el adolescente continúa esperando de las funciones parentales la contención de unos aspectos infantiles de los que él o ella todavía no pueden hacerse autónomamente cargo. El adolescente necesita seguir siendo niño en la familia para animarse a probarse como adulto en otros escenarios.

Tradicionalmente, se ha hablado de la “inevitable confrontación” entre padres e hijos adolescentes. Sin embargo, aunque las relaciones padre-hijos se transforman de forma considerable durante la adolescencia, estos cambios no se acompañan ni por una ruptura de los lazos emocionales ni por una desvinculación familiar marcada (Youniss & Smollar, 1985).

Al contrario, la evolución de las relaciones en el paso de la infancia a la edad adulta se caracteriza a la vez por la continuidad de las funciones esenciales ejercidas por los padres y el cambio de los modos de interacción: disminución de la asimetría en las relaciones padres-hijos, acceso del joven a una cierta autonomía y reconocimiento mutuo del estatus. La autoridad unilateral se va sustituyendo por la reciprocidad y la negociación cooperativa y el joven, al mismo tiempo que va reconociendo sus propios límites, descubre los de sus padres. Para que todo esto ocurra, es necesario que tenga lugar una buena comunicación en el seno de la familia de manera que facilite la comprensión mutua (Musitu et al., 2001).

1.4.3.2. Relaciones con iguales

Uno de los cambios sociales más destacados en la adolescencia es la importancia que adquiere la relación con el grupo de iguales. La característica que mejor define al grupo de iguales es que suele estar constituido por adolescentes que están en el mismo nivel de desarrollo social, emocional y cognitivo, aunque no tienen por qué ser necesariamente de la misma edad. Las relaciones entre iguales son normalmente más horizontales que las relaciones padres-adolescentes. Además, este tipo de contactos entre iguales desempeña un papel relevante en el crecimiento y desarrollo del adolescente.

Desde el punto de vista teórico, una de las explicaciones fundamentales del desarrollo de la amistad es la *Teoría Interpersonal* de Sullivan (1953). Según este autor, en la infancia la amistad responde a una necesidad de aceptación, pero en el período preadolescente las interacciones con el grupo de iguales cambian hacia una necesidad de intimidad interpersonal. Sullivan propuso una progresión en el desarrollo de las amistades en cuatro fases fundamentadas en la premisa principal de que, a través de estas relaciones íntimas entre compañeros, los niños desarrollan la capacidad de empatizar y simpatizar con otros. En la tabla 3 se especifican las características más importantes de cada fase, siendo la cuarta y última la correspondiente al periodo adolescente.

FASE	EDAD	CARACTERÍSTICAS
PRIMERA FASE	2-5 AÑOS	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia de los adultos para establecer relaciones lúdicas con otros niños • Juega con cualquiera que esté cerca
SEGUNDA FASE	4-8 AÑOS	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para tener compañeros de juego independientemente del adulto • Centrado en el yo, amistad transitoria e inestable
TERCERA FASE	7-12 AÑOS	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor intimidad y reciprocidad, amistades más intensas y duraderas • "Camaradería preadolescente" con iguales del mismo sexo
CUARTA FASE	> 12 AÑOS	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones con el otro sexo • Sensibilidad hacia los sentimientos del otro, lealtad y apertura emocional

Tabla 3: Fases del Desarrollo de la Amistad según Sullivan (1953)

También, Selman (1980) propuso la *Teoría de la Perspectiva Interpersonal* para comprender las amistades adolescentes. Sullivan se centra en la emergencia de necesidades sociales específicas en la adolescencia; sin embargo, en la teoría de Selman se describen las habilidades socio-cognitivas que se desarrollan durante esta etapa y que son importantes para establecer relaciones interpersonales saludables. Los adolescentes, en contraste con los niños, son capaces de establecer y mantener relaciones íntimas porque son capaces de reconocer sus propios puntos de vista, así como de influir y ponerse en la perspectiva de la otra persona implicada en la relación. Desde este planteamiento, el desarrollo de las amistades está íntimamente ligado al desarrollo de las habilidades cognitivas del niño. Tanto en el modelo de Sullivan como en el de Selman parece que hay un cierto consenso acerca del proceso de desarrollo de las amistades: inicialmente se percibe la amistad desde una perspectiva predominantemente egocéntrica y con una conciencia etérea del concepto de amigo; posteriormente se adquiere una mayor conciencia de las características personales y de las opiniones de los otros y, finalmente, las amistades se caracterizan por tener un mayor grado de intensidad y por la importancia que se otorga a los conceptos de lealtad, compromiso y apoyo.

Por último, es necesario señalar también que las relaciones de amistad adolescentes no sólo evolucionan en función de la edad, sino que también el sexo constituye una variable de gran

importancia. Se ha constatado que en los chicos predomina el aspecto cuantitativo de las relaciones de amistad (número de amigos), mientras que en las chicas son los aspectos cualitativos (proximidad e intimidad) los que adquieren mayor importancia (Jackson & Warren, 2000) (Martínez & Fuertes, 1999). En este sentido, parece que existe una diferencia en las funciones de la amistad: para las chicas, un/a amigo/a es alguien con quien se habla de confidencias, sentimientos y emociones, mientras que para los chicos adolescentes es alguien con quien se comparten intereses y se emprenden actividades comunes.

1.4.3.3. Relaciones entre padres e iguales

En el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) las interrelaciones entre dos o más microsistemas como el familiar y el de los iguales, configuran los mesosistemas del desarrollo de la persona. Como ya se ha señalado, éstos son dos contextos fundamentales en el mundo social del adolescente, y entre ellos puede haber tanto relaciones de colaboración como de oposición. Sin embargo, en la actualidad, las relaciones entre la familia y el grupo de iguales son definidas en términos de continuidad e influencia mutua más que en términos de oposición y conflicto. Desde este punto de vista, encontramos en la literatura científica dos perspectivas principales que se centran en la relación del adolescente con sus padres y con las amistades: mientras que unos autores enfatizan el hecho de que padres e iguales desempeñan funciones diferentes, otros destacan la convergencia y similitud de las funciones de ambos.

Según la primera perspectiva, cada relación ofrece un contexto diferente para el desarrollo de la persona. La *Teoría Interpersonal* de Sullivan (1953) sugiere que en cada período de la vida surgen necesidades sociales distintas. Así, los adolescentes se ven inmersos en una gran cantidad de relaciones que satisfacen necesidades específicas como por ejemplo la necesidad de intimidad o compañerismo en el ámbito de los iguales. Por otro lado, el cuidado y el compromiso se buscan más en la relación con los padres. Estas ideas fueron recogidas por Furman y Buhrmester (1985), quienes observaron que los adolescentes perciben que sus padres proporcionan más afecto, vínculos de confianza y apoyo que los amigos y de estos últimos, los chicos perciben más compañerismo, y las chicas experimentan más intimidad. Por tanto, durante la adolescencia temprana y media se incrementa sustancialmente la importancia de los amigos como confidentes íntimos. En la misma línea, Hartup (1989) propuso un modelo en el que las relaciones con los padres y los iguales

constituyen los ejes fundamentales del desarrollo adolescente, y cumplen funciones distintas aunque complementarias. Este modelo está representado en la siguiente figura.

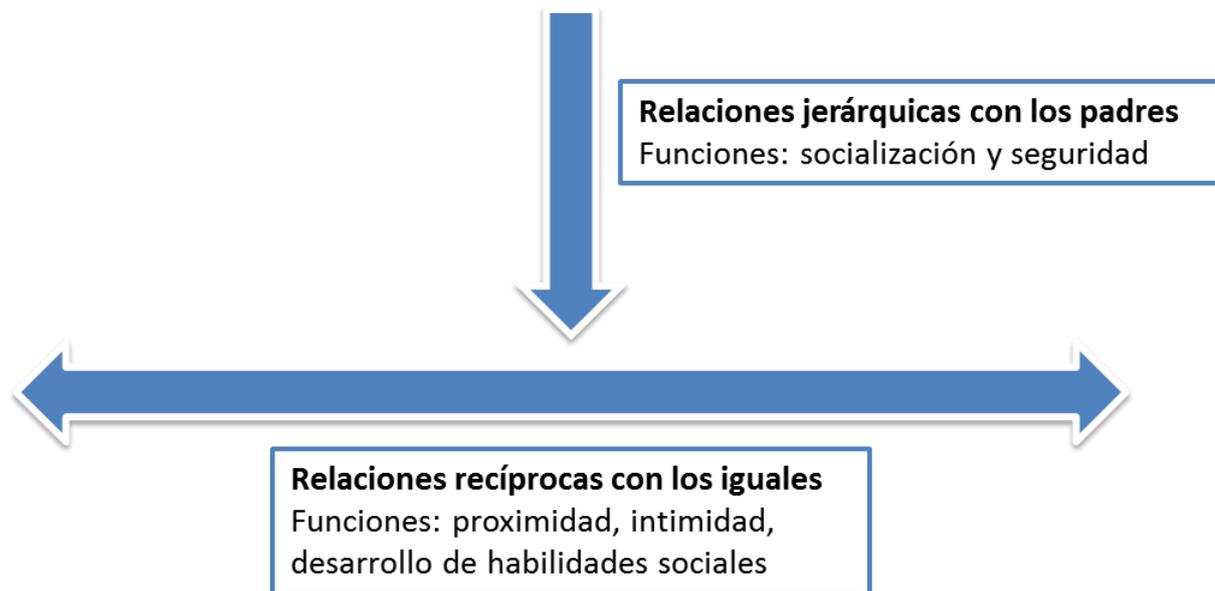


Figura 1: Relaciones entre padres e iguales

La segunda perspectiva se encuentra representada fundamentalmente por la *Teoría del Apego* (Bowlby, 1969). Esta teoría asume que las competencias adquiridas en las experiencias tempranas de relación entre padres e hijos se manifiestan en las relaciones posteriores con los amigos. Así, por ejemplo, un apego seguro en la niñez temprana se relacionará con modelos cognitivos internos positivos acerca de la disponibilidad de los demás y con el desarrollo de relaciones adecuadas entre iguales en la adolescencia. Al contrario, un apego inseguro se relacionará con el desarrollo de modelos cognitivos internos negativos según los cuales las relaciones interpersonales son inconsistentes e incluso perjudiciales. Desde el punto de vista empírico, son varios los investigadores que han estudiado las relaciones entre padres e iguales a través del análisis del apoyo social percibido de los distintos miembros de la red social de los adolescentes. Se ha sugerido que la percepción de apoyo que el adolescente tiene en el contexto familiar se puede relacionar de dos maneras con su percepción de apoyo en el contexto de los iguales: positivamente - *modelo de mutua potenciación*- o negativamente - *modelo de compensación*-.

Respecto del primer modelo, un adolescente podría haber desarrollado una relación con sus padres caracterizada por el apoyo durante la infancia, lo cual le dotaría de los recursos necesarios para desarrollar también relaciones satisfactorias con sus iguales. En este sentido,

Krappmann (1996) afirma que los niños aumentan sus competencias y habilidades sociales, sobre todo a través de las nuevas amistades en la adolescencia. Al mismo tiempo, no se abandonan totalmente las relaciones primeras, sino que existe una influencia mutua, es decir, que los valores y habilidades sociales básicas aprendidos en el contexto familiar potencian las relaciones satisfactorias en el de iguales y viceversa. También, en estudios más recientes, se observa que el apoyo percibido de los miembros de la familia se relaciona positivamente con el percibido de los amigos lo que sugiere la idea de una relación de mutua potenciación entre los contextos familiar y de iguales (Musitu & Cava, 2003) (Oliva et al., 2002).

En general, los adolescentes perciben sus relaciones íntimas, tanto con sus amigos como con sus padres, como relaciones de apoyo y dicho apoyo se relaciona con el ajuste adolescente (Berndt, 1988) (Branje et al., 2002) (Van Aken & Asendorpf, 1997).

En conclusión, parece que los sistemas de relación del adolescente con los padres y con los iguales se interrelacionan. Existen continuidades entre ambos contextos y, estas continuidades, probablemente, predicen mejor los resultados en el desarrollo del sujeto de lo que lo hace el examen de la relación entre padres y adolescentes o la relación entre éstos y los iguales por separado. Así, por ejemplo, distintos autores han constatado que los padres actúan como mediadores en una selección positiva o negativa del grupo de iguales (Engels et al., 1999) (Kim et al., 1999) (Simons et al., 2001). En otros términos, las relaciones entre padres y adolescentes, y las relaciones entre iguales y adolescentes no son dos mundos separados, sino que la importancia de un sistema de relación para el desarrollo del adolescente no puede entenderse sin examinar el otro.

1.4.3.4. Relaciones con otros familiares y adultos significativos

Se ha podido observar un creciente interés por el estudio de las relaciones con otras personas del entorno social tales como la familia extensa y otros adultos no emparentados. Este interés se manifiesta en la importancia que tiene para los adolescentes poder contar con otros adultos pertenecientes a la familia extensa o a la comunidad, ya que estas personas contribuyen positivamente a su desarrollo en un periodo marcado por el distanciamiento progresivo de los padres (Scales & Gibbons, 1996).

En relación con los adultos no emparentados, los adolescentes consideran que también son personas influyentes en algún aspecto de sus vidas. Las funciones ejercidas por estos adultos suelen relacionarse con el rol de “mentor”, ya que las características que se les asigna se relacionan con las ideas de educador, guía o modelo, con una nítida influencia en su socialización.

Muchos de los trabajos que han evaluado la influencia de estos adultos distintos de los padres en el desarrollo adolescente, se han centrado en los efectos beneficiosos o de protección que el apoyo del adulto tiene en adolescentes en situación de riesgo, como por ejemplo en aquellos que viven en ambientes familiares problemáticos o en comunidades con escasos vínculos de cohesión social.

1.5. Desarrollo de la identidad en la adolescencia

La consolidación de la identidad es una de las tareas más importantes en el desarrollo de la adolescencia normal. Los desafíos normales en el proceso de formación de ésta se conocen como crisis de identidad, la cual resulta de la discrepancia entre experiencias físicas y psicológicas que cambian con rapidez, y la brecha creciente entre la percepción de uno mismo y las experiencias de otros en las percepciones del self. Pese a las experimentaciones con los distintos roles, la experiencia del self permanece constante en diferentes situaciones y a lo largo del tiempo, para formar una identidad integrada que es flexible y adaptable, lo cual le permite al adolescente o al adulto joven entablar amistades gratificantes y satisfactorias, formar metas de vida claras, interactuar con padres y maestros de manera adecuada, establecer relaciones íntimas y mantener una autoestima positiva.

La adolescencia supone responder a la pregunta fundamental de “¿quién soy yo?”. Consideramos que la principal tarea que debe enfrentarse en la adolescencia es la construcción de un nuevo sentimiento de identidad en la transición de la infancia a la adultez (Freud, 1958) (Blos, 1962) (Feduchi, 1977). Una nueva identidad que deberá abandonar las identificaciones infantiles (Erikson, 1956) y adaptarse e integrar los cambios que hemos descrito y que se producen en los diferentes niveles.

Los adolescentes desean saber quiénes son, cómo son y cómo se definen en las distintas áreas de la vida. En otras palabras, los adolescentes se implican en la definición de su identidad y de la imagen de sí mismos. Esto no quiere decir que el proceso de construcción

del mundo personal se revele únicamente en la adolescencia -éste proceso comienza en la infancia y continua ampliamente en la edad adulta- sino que en este momento preciso se acelera y se hace más patente (Cloutier, 1996). El acceso a la autonomía personal exige que el adolescente sepa lo que es y lo que no es, ya que ser autónomo supone poder situarse en el mundo como una persona distinta, con sus características y preferencias propias.

La irrupción de la pubertad introduce novedades que también van a provocar discontinuidades a las que el púber y su entorno tendrán que adaptarse, integrándolo él primero en su nueva vivencia de identidad y aprendiendo todos a relacionarse de una nueva manera (Sandler & Freud, 1984). Estos cambios son los que determinan en la adolescencia los procesos de duelo clásicamente descritos por A. Aberastury (1979), (*duelo por el cuerpo infantil, por la identidad y el rol infantil, y por los padres de la infancia*), cuya elaboración va a resultar tan fundamental para la organización de la nueva identidad. El sentimiento de identidad va a requerir una sensación de suficiente coherencia interna, sin contradicciones insostenibles o vivencias de fragmentación insoportables; una experiencia de continuidad en el tiempo que conceda la oportunidad de reconocerse como él mismo en cada momento; una vivencia de realidad lejos de difusas sensaciones de estar soñando o alucinado, y un sentimiento de gozosa autoestima, de satisfacción con alguna competencia o característica personal, a salvo de la culpa o la vergüenza que pudiesen minarla.

La *identidad* surge de la necesidad que tiene el sujeto de reconocerse distinto al resto de personas. Existe una variedad de acercamientos al constructo de identidad; desde la psicología clínica se ha aludido a este concepto al analizar los problemas derivados de la pérdida de identidad, desde la psicología evolutiva se ha señalado la importancia de la búsqueda de la identidad en la adolescencia y desde la psicología social se ha distinguido entre identidad social (derivada de la pertenencia a un grupo y potenciada por la comparación con otros grupos) e identidad personal (derivada de la comparación con otros sujetos dentro del mismo grupo).

El adolescente necesita apoyo a su paulatino desarrollo, que incluya tanto el acompañamiento familiar frente a las pérdidas del mundo infantil como a la ilusión frente a las nuevas posibilidades que se abren. Necesita alguna muestra de confianza que module su inseguridad en relación con sus capacidades adultas todavía incipientes; un reconocimiento que le ayude a comprobar la realidad de sus logros que pueden ser todavía difíciles de

valorar o apreciar de forma autónoma; estímulos para animarse a probar y oportunidades para verificarse en las experiencias en las que debuta. El grupo de pares, formado por nuevas relaciones más allá del ámbito escolar, es uno de los medios que de forma natural provee al adolescente de un campo de exploración donde experimentar sin la supervisión paterna y recibir estas respuestas tan necesarias para su maduración. De la misma forma, las invitaciones a integrarse en el mundo adulto y el reconocimiento que provenga de él estimularán significativamente procesos identificativos y creativos que promuevan el desarrollo.

El adolescente demanda también adultos que resistan una confrontación saludable, la discrepancia, la sana rivalidad. Que no necesiten imponerse para salvaguardar el propio narcisismo o sus cuotas de poder. El adolescente empieza a opinar, ya no pregunta como el niño, y precisa adultos que le acompañen en el proceso de desidealización que se experimenta en esta etapa. Adultos que ofrezcan modelos de identificación lejanos a la idealización infantil de características omnipotentes; que se muestren firmes en sus convicciones, reconociendo a la vez que no lo saben todo, con capacidad de dialogar y apreciar la belleza y la verdad allí donde se encuentre, y que tenga fortaleza para reconocer sus errores y limitaciones.

También va a resultar necesario que el entorno del adolescente tolere los funcionamientos infantiles propios de la edad y no lo invada con exigencias excesivas que intentan forzar prematuramente un funcionamiento para el que el adolescente tal vez no se siente preparado.

Erikson (1959) determinó que la consolidación de la identidad era central en el desarrollo adolescente normal. Formuló los conceptos de identidad del Yo normal, crisis de identidad y difusión de identidad como las características cruciales, respectivamente, del desarrollo de la personalidad normal, adolescencia, y trastornos de personalidad graves (Erikson, 1950, 1956). En el estudio de la identidad, Erikson (1968) ha sido un autor fundamental que ha analizado la adolescencia como un periodo activo de construcción identitaria. Según este autor, el desarrollo de la identidad en el adolescente depende de la evolución de tres componentes:

- 1) *integridad*, la emergencia de un sentimiento de unidad interior que integra la conducta en un todo coherente

- 2) *continuidad*, la adquisición de un sentimiento de continuidad temporal enlazando pasado, presente y futuro y que conduce al adolescente a tomar conciencia de seguir una trayectoria de vida que tiene un sentido y una dirección
- 3) *interactividad*, la interacción con las personas importantes del entorno que guía las elecciones.

Según este autor, en el ciclo vital existen ocho estadios del desarrollo que implican, cada uno de ellos, tensiones y conflictos, que el sujeto debe superar adaptándose al ambiente y conservando su identidad. Estos conflictos y tensiones entre tendencias contradictorias son generadores de desarrollo positivo si se resuelven constructivamente, pero si el conflicto no es resuelto correctamente, se integra una tendencia negativa en la identidad y se frena el desarrollo. En la tabla 4 se presentan los estadios del desarrollo de la identidad propuestos por Erikson.

FASE	EDAD	CONFLICTO
1. Reconocimiento mutuo	0-24 meses	Confianza-Desconfianza
2. Autonomía/Voluntad de ser uno mismo	2-3 años	Autonomía-Vergüenza y duda
3. Iniciativa	4-5 años	Iniciativa-Culpabilidad
4. Competencia/determinación de tareas	6-11 años	Habilidad-Inferioridad
5. Crisis de identidad/adolescencia	12-18 años	Identidad-Confusión de roles
6. Intimidad	Joven adulto	Intimidad y solidaridad-Aislamiento
7. Descendencia	Adulto	Perpetuación-Estancamiento
8. Trascendencia	Edad madura	Integridad-Desesperación

Tabla 4. Estadios del Desarrollo de la Identidad de Erikson (1968)

Como observamos en la tabla, esta teoría propone una perspectiva completa de la vida en la que en la adolescencia (quinta etapa) tiene lugar una tarea crucial de definición de la identidad. En esta etapa, el desarrollo de la identidad tiene lugar cuando los adolescentes asumen una serie de compromisos que les conducirán a la vida adulta. Estos compromisos comprenden la toma de decisiones académicas, la elección de un conjunto significativo de valores por los que vivir y la satisfacción de las formas de expresión del rol sexual. Si el

adolescente asume convenientemente estos compromisos, consolidará su identidad y avanzará hacia el rol adulto. Marcia (1989) operacionalizó las concepciones de Erikson mediante la identificación y validación empírica de cuatro estados de identidad diferentes a través de los cuales los adolescentes más mayores forman los compromisos de identidad dentro de cualquier contexto social dado. Estos cuatro estilos o estados de identidad son: adquisición de la identidad, moratoria, exclusión y difusión. Las características principales de cada estado se presentan brevemente en la siguiente tabla, donde la implicación se refiere al grado de compromiso en la adquisición de roles adultos y la exploración tiene que ver con el interés en conocer y contrastar diferentes opciones.

	BAJA EXPLORACIÓN	ALTA EXPLORACIÓN
Baja implicación	<p>Nº1: Identidad difusa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones superficiales • Escasa movilización • Frágil defensa del yo • Ausencia del sentido de la vida 	<p>Nº 3: Moratoria (exploración)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación elevada • Reflexión interior activa • Búsqueda de independencia • Fácil resistencia • Búsqueda de equilibrio
Alta implicación	<p>Nº 2: Identidad excluida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personalidad convencional • Control pulsional elevado • Escasas dudas • Gran lealtad hacia las reglas 	<p>Nº 4: Identidad acabada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conciencia de las propias fuerzas y límites • Valorización de la independencia y de la productividad • Capacidad de intimidad

Tabla 5. Características personales relacionadas con los cuatro estadios de identidad de Marcia (1989)

En la investigación longitudinal y retrospectiva se han examinado los patrones intra-individuales de cambio en la evolución de los estados de identidad y ha indicado de forma consistente que la posición de la moratoria es el estado de identidad menos estable (Kroger, 1995). Esta posición probablemente genera niveles de ansiedad tan molestos que las indecisiones relacionadas con la identidad no se pueden mantener durante un largo período de tiempo. Además, normalmente, cuando tiene lugar un cambio en el estado de identidad, éste se produce del estado excluido al de moratoria y, posteriormente, del de moratoria al de adquisición (Kroger & Haslett, 1991).

En la investigación que ha examinado las pautas inter-individuales del desarrollo, se evidencia que el sexo también parece ser un factor que influye en las pautas de adquisición de la identidad. En este sentido, la toma de decisiones ocupacionales influye en el desarrollo de la identidad para ambos sexos, pero las mujeres parecen sentir mayor interés que los

hombres por cuestiones interpersonales y por las relaciones íntimas en relación con su identidad (Luján, 2002).

Debido a predisposiciones biológicas y a experiencias ambientales, a algunos adolescentes se les dificulta este proceso y pierden capacidad para la autodefinición, viven con una sensación dolorosa de incoherencia y vacío crónico, muestran conductas contradictorias, tienen baja tolerancia a la ansiedad y al control de impulsos, y no se comprometen con los valores, metas o relaciones. El asunto es que les falta un concepto integrado del self que se distinga de los otros. Esta patología en la identidad se considera la base de los trastornos de personalidad subsecuentes, la que conlleva a conductas crónicas y de un amplio espectro, desadaptativas y disfuncionales.

1.6. Autoconcepto y autoestima en la adolescencia

Los constructos de autoconcepto y autoestima han presentado una gran trascendencia en la explicación del comportamiento humano y su estudio ha tenido una larga y controvertida trayectoria en la historia de los diferentes ámbitos de la psicología (Markus & Wurf, 1987). Efectivamente, ya a finales del siglo XIX, William James distinguió el Yo (autoconcepto como conocedor o sujeto) del Mí (autoconcepto como objeto de conocimiento), y fue la concepción del Mí empírico la que evolucionó hacia las actuales teorías del autoconcepto. Más tarde, los postulados de James sirvieron de base para el *Interaccionismo Simbólico*, corriente desde la que autores como Cooley (1902) y Mead (1934) sugieren que la definición del sí mismo se elabora en continua interacción con otros seres humanos. En otras palabras, el autoconcepto surge en las interacciones sociales y se desarrolla en función de cómo los otros reaccionan ante el sujeto. A través de este proceso, la persona es capaz de predecir el comportamiento de los otros, al tiempo que va internalizando las características de la sociedad a la que pertenece, lo que facilita la evaluación de su propia conducta y características personales. En este sentido, la perspectiva interaccionista proporciona una importante base teórica para explicar cómo la familia y, en general, todos los agentes implicados en el proceso de socialización, conforman el autoconcepto del adolescente.

A finales de los años setenta, Shavelson, Hubner y Stanton (1976), tras una revisión de las definiciones y términos existentes acerca del autoconcepto, llegaron a las siguientes conclusiones:

- 1) está organizado o estructurado
- 2) es multidimensional
- 3) es jerárquico, con percepciones de la propia conducta en la base de la jerarquía, inferencias sobre el sí mismo en dominios más amplios (por ejemplo, social, físico, académico) en el medio de la jerarquía y un autoconcepto global en la cima
- 4) el autoconcepto global es estable, pero a medida que descendemos en la jerarquía se hace más específico de la situación y por lo tanto más variable
- 5) a lo largo del desarrollo aumenta el número de dimensiones o ámbitos en los que el sujeto se evalúa
- 6) el autoconcepto recoge tanto los aspectos descriptivos como los evaluativos de la persona.

Según Harter (1999), el desarrollo cognitivo en la adolescencia actúa como uno de los factores que contribuyen de forma significativa a la complejidad del autoconcepto en esta etapa, puesto que se produce un incremento en el número de dimensiones en que las personas se describen a sí mismas. En comparación con el niño, también aumenta el número de contextos sociales donde el adolescente participa y, por lo tanto, aumenta el número de oportunidades para la interacción social con diferentes personas y grupos sociales. Así, los cambios que concurren en la adolescencia (físicos, psicológicos y sociales) implican una reestructuración de las representaciones sobre uno mismo y una reelaboración de la propia autodefinición y, por tanto, cabe esperar que ésta sufra grandes modificaciones que resulten en un autoconcepto más diferenciado, mejor organizado y elaborado a partir de conceptos más abstractos (Steinberg & Morris, 2001).

La consideración del autoconcepto como un constructo multidimensional ha sido ampliamente contrastada en adolescentes. Así, por ejemplo, respecto de la “centralidad” de determinadas dimensiones en el autoconcepto de los adolescentes, Alsaker y Olweus (1993) observaron que las actividades que más les definían eran las sociales, ya que representaban el 24% de todas las mencionadas y eran seleccionadas como una de las cinco actividades más importantes por el 80%.

Por un lado, la consideración de factores como los cambios en el desarrollo cognitivo en función de la edad ha despertado en los investigadores un interés por el efecto de esta variable en el autoconcepto y autoestima. En un trabajo de revisión realizado por Marsh

(1989), se concluye que la edad mantiene una relación curvilínea en forma de “U” con el autoconcepto durante el periodo adolescente: se observa un descenso en la autoestima a los 8-10 años que continúa durante la adolescencia media, seguido de un ascenso en la adolescencia tardía y adultez. Parece que en la adolescencia media la confusión e inestabilidad evolutiva puede ser mayor, debido a que las nuevas habilidades cognitivas permiten al joven darse cuenta de las inconsistencias en los distintos dominios del autoconcepto y en las opiniones de los otros significativos, lo que puede provocar una mayor autocrítica y menor autoestima (Harter, 1999).

Por otro lado, si bien las diferencias entre sexos no suelen ser siempre significativas, sí son consistentes. En este sentido, las chicas suelen ser más vulnerables en sus autorrepresentaciones y tienen autoevaluaciones globales más negativas en comparación con los chicos (Alsaker & Olweus, 1993) (Carlson et al., 2000). La edad de los doce años parece ser el punto de inflexión a partir del cual las chicas empiezan a mostrar un peor autoconcepto que los chicos, una autoestima más baja, una menor autoconfianza y una peor aceptación de su imagen física (Amezcuza & Pichardo, 2000). También en el área académica, las chicas informan de una competencia académica percibida más baja a pesar de un logro escolar ligeramente superior (Maccoby & Jacklin, 1974) (Pastor, et al., 2003). Sin embargo, otros autores no han encontrado diferencias en el autoconcepto académico y sí han observado diferencias en función del sexo en otras dimensiones: los chicos presentan un mayor autoconcepto global y emocional, mientras que las chicas informan de un mayor autoconcepto familiar (Amezcuza y Pichardo, 2000). Respecto del autoconcepto físico, las chicas otorgan una mayor importancia a la apariencia física, considerando el atractivo físico como algo más relevante para el autoconcepto global que los chicos (Pastor et al., 2003) (Usmiani & Daniluk, 1997). Finalmente, una importante línea de investigación se ha centrado en analizar las fuentes y correlatos de la autoestima en la adolescencia. Se ha constatado que el apoyo y aprobación parental, el apoyo de los iguales y el logro escolar son factores con un gran impacto en la autoestima, y parece que los adolescentes establecen los juicios acerca de su autovalía a través del *feedback* recibido en estos contextos relacionales, es decir, de los padres, profesores y compañeros de clase (Dubois et al., 1998) (Fering & Taska, 1996) (Parra et al., 2004). Además, también se ha comprobado que las autoevaluaciones tienen un papel fundamental en el ajuste y en la calidad de vida del adolescente. El

autoconcepto predice la satisfacción y el bienestar subjetivo y tiene, por tanto, un papel activo en el desarrollo saludable de la persona (McCullough et al., 2000) (Musitu et al., 2001).

1.7. Regulación emocional y adolescencia

El bebé y sus cuidadores forman un sistema modulador de la emoción. Al experimentar esta regulación interactiva, el bebé desarrolla capacidades mentales internas de autorregulación emocional. La expectativa de consuelo efectivo y de serenamiento fortalece el vínculo emocional del niño con el cuidador y lo invita a ser receptivo a las indicaciones de pensamientos y sentimientos de la madre, maximizando sus oportunidades para la internalización de los reflejos de sus estados mentales. Tal y como señala Fonagy (2004), el biofeedback que proporcionan los padres al bebé sobre la variación de sus estados emocionales aumenta la sensibilidad de este hacia todas las reacciones internas que varían con el estado emocional. La experiencia de coincidencia entre el propio estado emocional y la respuesta materna genera un afecto positivo que inhibe el negativo, y esta propia regulación emocional pasa a experimentarse como un agente causal que se interioriza. Es interesante observar cómo la regulación se establece a partir de la reparación continuada de momentos de desregulación. De forma que, coincidiendo con la importancia que otorgaba Winnicott (1965) a la capacidad de reparación, estas transiciones parecen contribuir significativamente al desarrollo de lo que actualmente se denomina capacidad de resiliencia al estrés.

Actualmente se reconoce que las emociones influyen constantemente en la cognición y en la acción de la persona y que ejerce un papel clave, tanto adaptativo como organizador de la conducta, al combinar las necesidades del individuo con las demandas del medio (Campos & Barret, 1984) (Cole et al., 1994) (Thompson & Calkins, 1996). Aunque no se ha logrado consensuar una única definición del término emoción, actualmente existe acuerdo en cuanto a que las emociones tienen funciones motivacionales y regulatorias (Izard, 2006). Así mismo, las emociones pueden no solo ayudar, sino que también pueden provocar daño o sufrimiento a las personas, como sucede por ejemplo cuando las emociones ocurren en un momento inadecuado o con una intensidad y/o frecuencia inapropiada (Kring & Sloan,

2010). En cada momento la persona puede intentar modular el despliegue de sus respuestas emocionales.

El concepto de regulación emocional ha evolucionado. Aproximadamente hasta los años 90 del siglo pasado, la regulación de las emociones fue definida en términos de supresión o inhibición de la respuesta emocional y control de los impulsos, especialmente como el control expresivo de las emociones negativas (Cortez & Bugental, 1994) (Garner & Spears, 2000) (Kopp, 1989) (Zeman & Garber, 1996). Desde esta perspectiva la capacidad de inhibir las emociones representó un indicador del ajuste psicológico de la persona. Actualmente, se reconoce que la regulación emocional ocurre cuando la persona activa, consciente o inconscientemente, el objetivo de influenciar el proceso generativo de la emoción (Gross et al., 2011); o como otros autores refieren, la regulación de las emociones consiste en la activación y utilización de determinadas estrategias para modificar el curso, la intensidad, la calidad, la duración y la expresión de las experiencias emocionales en función de unas metas personales (Cole et al., 2004) (Gross, 1998) (Gross, 2007) (Thompson, 1994). Aunque normalmente las personas intentan disminuir los aspectos conductuales o experienciales de las emociones negativas (Gross et al., 2007), también tratan de regular las emociones positivas. La investigación de la regulación emocional se ha focalizado en el estudio de la regulación de las emociones negativas, a pesar de que autores como Gratz y Roemer (2004) ya plantearon la importancia de abarcar las emociones positivas en el estudio de la regulación emocional.

Más allá del acuerdo general en cuanto a que la regulación emocional debe de ser entendida como modulación de la respuesta emocional, y no como supresión, se han llevado a cabo numerosos estudios en los que se evalúan diversos aspectos del proceso regulatorio, sin existir un consenso sobre qué aspectos serían los principales. Gratz y Roemer (2004) formularon una teoría en la que se integraban los componentes que habían sido vinculados al proceso regulatorio, con el fin de generar una nueva conceptualización unitaria y multidimensional. Así, para estos autores: *“la regulación emocional implica el conocimiento y la comprensión de las emociones, la aceptación de las emociones, la capacidad para controlar comportamientos impulsivos y comportarse de acuerdo con las metas deseadas cuando experimentamos emociones negativas, y la capacidad de utilizar estrategias de regulación emocional de forma flexible para que sean apropiadas a la situación y sus*

demandas y con el fin de alcanzar las metas individuales” (Gratz y Roemer, 2004); de esta forma, la ausencia relativa de cualquiera de estas habilidades indicaría la presencia de desregulación emocional.

La mayoría de la investigación en regulación emocional se focaliza en la infancia como periodo crucial de su desarrollo. No obstante, los estilos de regulación emocional pueden desarrollarse a lo largo de la infancia tardía y la adolescencia, periodos del desarrollo que como ya hemos comentado son críticos para la adquisición de las habilidades cognitivas, sociales y emocionales. La adolescencia ha sido descrita como ese periodo “incómodo” entre la maduración sexual y el logro de roles y responsabilidades adultas (Dahl, 2004). Esta descripción subraya la interacción entre los cambios biológicos, como la pubertad y la reorganización cerebral, y los cambios socio-contextuales que incluyen incrementos de la independencia y de la confianza en la relación con los iguales. Estos cambios conducen a una mayor percepción de estrés y de malestar diario (Larson & Ham, 1993) (Seidman et al., 1994), así como un incremento de la experiencia de afectos negativos e inestabilidad emocional (Larson & Ham, 1993) (Larson et al., 2002). Comparados con los niños, los adolescentes presentan mejores capacidades cognitivas, mayor habilidad para la toma de decisiones y resiliencia, pero al mismo tiempo se incrementan drásticamente los accidentes, las tentativas y los suicidios consumados, los homicidios, la violencia y las conductas sexuales de riesgo, entre otras conductas no saludables (Ozer et al., 2002). Además, la adolescencia es la etapa del ciclo vital en la que con más frecuencia se inician los trastornos de ansiedad y depresivos, trastornos de conducta, el abuso de sustancias y las alteraciones de conducta alimentaria (Kessler et al., 2005). Algunos autores argumentan que estas consecuencias negativas son el resultado de cambios en el desarrollo que generan dificultades en experimentar y regular las emociones. El adolescente puede entonces intentar regular a través de su conducta estados emocionales insoportables cuando no sea capaz de hacerlo mentalmente o el entorno no le ayude a hacerlo.

Los adolescentes refieren más fluctuaciones en sus estados de ánimo, más intensidad en sus experiencias emocionales y reacciones más rápidas hacia estímulos emocionales, en comparación con los niños y los adultos, junto a respuestas fisiológicas más intensas ante los estímulos emocionales (Silk et al., 2009). Las personas que no han desarrollado estrategias para la gestión adaptativa de las emociones negativas derivadas de los múltiples desafíos de

la adolescencia pueden estar particularmente en riesgo de presentar problemas de salud mental (Steinberg et al., 2006). Por todo ello, consideramos que hay implicaciones clínicas relevantes que hacen importante tratar de entender cómo los adolescentes experimentan y regulan sus emociones.

1.8. Desregulación emocional y trastornos mentales

En los últimos diez años, los déficits de regulación emocional se han considerado subyacentes a diversos trastornos mentales (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010) (Kring & Sloan, 2010). Mientras que algunas personas muestran una dificultad puntual de regular sus emociones, padecen por ello un intenso malestar y llegan a desarrollar conductas desadaptativas tales como episodios concretos de descontrol conductual y/o la evitación (Keenan, 2000) (Calkins & Fox, 2002), otras muestran una regulación deficiente de forma recurrente, lo que puede poner de manifiesto el padecimiento de algún tipo de trastorno mental (Dodge, 1991).

La desregulación emocional ha sido relacionada con más de la mitad de los trastornos de eje I y con todos los trastornos del eje II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, APA, 1994) (Gross, 1998) y se ha llegado a establecer como un marcador de psicopatología (Beauchaine et al., 2007). De hecho, se sugiere que la regulación emocional puede ser conceptualizada como un proceso “transdiagnóstico” (Kring & Sloan, 2010). Los factores transdiagnósticos hacen referencia a los procesos patológicos compartidos por diversos trastornos mentales. La noción de factor transdiagnóstico se considera relativa ya que depende, en parte, de los trastornos que se comparan y puede ayudarnos a identificar patrones compartidos de la disfunción emocional inherente a diversas formas de psicopatología.

En concreto, los déficits de la regulación emocional se han empleado en la explicación de la depresión (Abravanel & Sinha, 2015), el alcoholismo y el abuso de sustancias (Fox et al., 2008), las autolesiones (Andover & Morris, 2014), el suicidio (Rajappa et al., 2011), los trastornos de conducta alimentaria (TCA) (Calvo et al., 2014), el trastorno límite de personalidad (TLP) (Linehan, 1993) (Stepp et al., 2014), el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Powers et al., 2015) y los trastornos de conducta (TC) (Burke, 2012) (Cappadocia et al., 2009) (Deborde et al., 2015).

No obstante, y a pesar de la creciente literatura sobre el tema, desconocemos cómo afecta exactamente el proceso regulatorio emocional a la salud mental (Gross & Barrett, 2011). A ello ha contribuido tanto la falta de consenso sobre las definiciones de emoción y regulación emocional como la amplia heterogeneidad sintomática que configura un mismo cuadro diagnóstico y el solapamiento de síntomas entre diferentes trastornos (Gross, 2008). Por todo lo anterior, se considera que la desregulación emocional es una entidad dimensional, no un diagnóstico categórico, y que no se relaciona de manera exclusiva con un trastorno específico. Por el contrario, se considera que supera la tradicional división entre trastornos externalizantes e internalizantes, pudiendo estar presente en todos ellos. Así, por ejemplo, la dificultad de regular emociones como la tristeza está relacionada con trastornos internalizantes como la ansiedad y/o depresión y la dificultad de regular la rabia se relaciona con trastornos externalizantes (acting outs) (Gross, 1998).

1.9. Mentalización y adolescencia

La elaboración de unos sistemas de representación simbólica tanto sobre el propio self como sobre el mundo de las relaciones interpersonales contribuye a construir la llamada “función reflexiva” de la mente o mentalización (Fonagy, 1998); ésta determina la capacidad de distinguir la realidad interna de la externa, la apariencia de la realidad, los procesos mentales y emocionales intrapersonales de las comunicaciones interpersonales. En otras palabras, permite “leer” la mente propia y la de otras personas, convierte en significativo y más predecible el comportamiento. La mentalización se refiere a una variada serie de operaciones psicológicas que se focalizan en los estados mentales propios y ajenos e incluyen estas capacidades representacionales de naturaleza consciente, así como habilidades inferenciales inconscientes (Lanza, 2011).

La mentalización se convierte en un pilar de la capacidad de contención de ansiedades y de autorregulación emocional. La representación simbólica vehicula un pensamiento que modula la intensidad emocional. Este desarrollo también está relacionado con la calidad de los procesos cognitivos que irán paulatinamente madurando, como la búsqueda activa de información y la capacidad de incorporarla e integrarla. Resulta interesante observar que las personas con una representación mental de apego seguro y buena capacidad de mentalización son las que más aceptan en su discurso la posibilidad de que existan

diferentes perspectivas representacionales, que es posible cambiar de punto de vista y que cualquier perspectiva puede ser falible (Main, 2000).

El desarrollo inadecuado de la capacidad de mentalización provoca una indiferenciación de los estados afectivos internos que no pueden ser reconocidos y comprendidos. Aumenta así la tendencia a confundir estados mentales internos con la realidad externa, el desbordamiento de la ansiedad y la necesidad de recurrir excesivamente a mecanismos de defensa psicológicos que pueden promover la aparición de cuadros psicopatológicos.

Déficits de la capacidad simbólica van a estar, por lo tanto, en la base de muchos comportamientos defensivos que aparecen en la adolescencia, ya que el adolescente puede entonces intentar regular a través de su conducta estados emocionales insoportables.

2. TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL (TDC)

2.1. Introducción

La terapia dialéctica conductual (TDC) (Linehan, 1993a, 1993b) es un tratamiento psicológico desarrollado específicamente para abordar el TLP, caracterizado por una gran desregulación emocional, frecuentemente acompañada de una alta impulsividad y problemas en las relaciones interpersonales (American Psychiatric Association, 2015).

La TDC pertenece a la llamada tercera generación de terapias psicológicas que, haciendo énfasis en el contexto y la función, incorporan a los planteamientos conductuales y cognitivos clásicos conceptos como la atención plena, los valores, o la aceptación (Hayes et al., 2011). Tiene una filosofía integradora, combinando elementos cognitivo-conductuales con aproximaciones de aceptación del sufrimiento basadas en filosofías zen y budistas.

Ante la experiencia frecuente de fracasos en la aplicación de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) con pacientes con TLP, parece necesaria la integración de herramientas de cambio y herramientas de aceptación (Linehan, 1993a). Cuando la terapia se focaliza únicamente en el cambio, los pacientes se sienten invalidados y con frecuencia abandonan el tratamiento. El extremo opuesto, una terapia basada únicamente en la aceptación, tampoco resultaría efectiva al no promoverse los cambios necesarios para mejorar la situación del paciente. La TDC pretende entonces proveer un marco que permita lograr una síntesis entre el cambio y la aceptación.

La TDC no solo plantea un modelo de tratamiento, sino que además expone un modelo teórico en el que se basan sus principios terapéuticos. Según la teoría biosocial, el TLP es un trastorno caracterizado por una disfunción general del sistema de regulación emocional (Crowell et al., 2009) (Linehan, 1993a). En concreto, la TDC actúa sobre cuatro grupos sintomáticos habitualmente presentes en estos pacientes: confusión acerca del yo, impulsividad, caos interpersonal e inestabilidad emocional. Las conductas desadaptativas que presenta el paciente (consumo de tóxicos, autolesiones...) son consecuencia natural de esta falta de habilidades para regular las emociones (Linehan, 1993b). El modelo contempla factores de vulnerabilidad biológica y ambiental en la génesis de esta desregulación emocional que se relacionarían de forma transaccional (Linehan, 1993a).

El objetivo del tratamiento es ayudar al paciente a poner en marcha conductas funcionales y adaptadas, incluso cuando está experimentando emociones muy intensas (Lynch et al., 2006) y se trabaja fundamentalmente validando la experiencia emocional del paciente con una perspectiva no enjuiciadora. El tratamiento culminaría cuando el paciente fuera capaz de construir *“una vida que merezca la pena vivir”*.

Aunque existen actualmente varias formas de psicoterapia que se han mostrado eficaces para el tratamiento del TLP, es la TDC la terapia que cuenta con mayor evidencia empírica hasta la fecha (Stoffers et al., 2012). En este sentido, y según la última revisión de la Cochrane, se puede afirmar que existe evidencia empírica suficiente como para considerar que la TDC en comparación con tratamiento habitual es eficaz para reducir la rabia, el comportamiento suicida, las conductas parasuicidas, la psicopatología asociada al trastorno, la ansiedad y aumentar la salud mental en general (Stoffers et al., 2012).

Para organizar el tratamiento se establecen unas prioridades basadas en el nivel de severidad de la problemática del paciente. De esta forma, se establece una jerarquía que guía al terapeuta para saber *“qué”* tratar y *“cuándo”* tratarlo. A su vez la terapia se estructura en torno a cuatro modos de intervención: 1) terapia individual, 2) entrenamiento en habilidades, 3) llamadas telefónicas, y 4) grupo de consulta para terapeutas (Linehan, 1993a), lo que actualmente se conoce como el formato estándar de TDC.

2.2. Estilo terapéutico de la TDC

La TDC, a pesar de ser un tratamiento derivado de terapias cognitivo conductuales, tiene características propias en cuanto a cómo el terapeuta es dentro de la relación. Estas son algunas de los aspectos diferenciadores (Linehan, 1993a, 1993b).

a) *La dialéctica*: el terapeuta TDC constantemente busca el equilibrio entre tensiones, la síntesis de los opuestos (por ejemplo: aceptación vs. cambio, énfasis en los déficits vs énfasis en las fortalezas), refleja precisamente este equilibrio entre aceptar la vida tal como se nos presenta y hacer un esfuerzo por cambiar las cosas. Se busca, precisamente, que el paciente abandone el pensamiento dicotómico, aceptando que la realidad es compleja y con múltiples contradicciones, y que el cambio es la única constante.

b) *La validación*: es uno de los pilares fundamentales del tratamiento. El terapeuta se esforzará en transmitir a los pacientes que sus respuestas tienen sentido en su contexto. La

validación se transmite mostrando un interés genuino por el paciente y manifestando interés y reflexión sobre lo que cuenta.

c) El *énfasis en la solución de problemas*: como complemento de la validación y aceptación, el terapeuta considerará todos los síntomas, incluso aquellos graves como las agresiones y los intentos de suicidio, como un problema a resolver. En este sentido, utilizará el análisis conductual y el análisis de soluciones como herramientas para buscar formas alternativas, y saludables, de resolver problemas.

d) La *comunicación empática e irreverente*: la TDC combina una actitud realista, irreverente y paradójica frente a las conductas disfuncionales, por ejemplo, las conductas parasuicidas se abordan con una notable calidez, flexibilidad, atención cercana y autorrevelación estratégica por parte del terapeuta. Una vez más, el terapeuta mantiene el equilibrio entre dos estilos terapéuticos aparentemente opuestos.

2.3. Estructura

Toda la estructura y aplicación de la TDC puede consultarse en los manuales de referencia (Linehan, 1993a, 1993b) (Linehan, 2003) (Linehan, 2015) (Miller et al., 2006) (Rathus & Miller, 2015). Exponemos a continuación un resumen de los aspectos más relevantes recogidos en dichos textos.

La TDC es una terapia ampliamente organizada, que incluye trabajo entre sesiones y tareas para casa. La directividad por parte de los terapeutas es mayor en las etapas iniciales, cuando los pacientes carecen de control conductual y se implican en conductas que ponen en riesgo su propia vida.

La meta fundamental del tratamiento es que el paciente incorpore en su repertorio habilidades que permitan regular sus emociones y su conducta. Esto requiere que tanto el paciente como el terapeuta se ciñan a una disciplina que facilite la consecución de objetivos.

El tratamiento se divide en dos componentes principales: un grupo de entrenamiento específico en habilidades, por un lado, por otro una terapia individual, donde se promueve que el individuo utilice las habilidades aprendidas y donde se puede atender y dar respuesta a las crisis del momento, así como a otras conductas que interfieren en el curso del tratamiento. Es importante que estas dos partes del tratamiento estén claramente

diferenciadas. El entrenamiento en habilidades se hará de forma grupal y puede ser llevado a cabo por un terapeuta distinto al que conduce la psicoterapia individual. El distinto encuadre facilitará que tanto el paciente como el terapeuta puedan concentrarse en el entrenamiento de habilidades, y dejar otros temas para el momento de la psicoterapia individual.

2.3.1. Entrenamiento en habilidades: paciente y familia

El entrenamiento en habilidades es un aspecto central de la TDC, que, idealmente, es llevado a cabo por dos terapeutas en una sesión grupal de unas dos horas aproximadamente de duración.

El encuadre grupal facilita que el terapeuta se muestre lo bastante directivo como para llevar a cabo la sesión y que no se deje llevar por los problemas urgentes de los pacientes. Por otro lado, el grupo permite observar y trabajar las conductas interpersonales que surgen entre los participantes, proporciona apoyo y permite que los pacientes aprendan unos de otros, aumentando las fuentes de aprendizaje.

Los pacientes suelen encontrar este formato educativo más útil y menos estresante que otros grupos destinados a la descarga emocional.

Contar con un segundo terapeuta de apoyo en el grupo de entrenamiento minimiza el desgaste asociado a este tipo de grupo. Es muy importante que los responsables del grupo se reúnan con frecuencia con el terapeuta individual, para garantizar el avance del tratamiento.

La formación en habilidades psicosociales según el modelo de TDC se compone de cuatro módulos de habilidades específicas (*habilidades básicas de conciencia, habilidades de tolerancia al malestar, habilidades de regulación de las emociones y habilidades de efectividad interpersonal*) que describiremos brevemente a continuación. En la adaptación para adolescentes (Miller et al., 2007) se añadió el módulo “*Avanzando por el camino del medio*”, que ha sido incluido recientemente en la última edición del manual (Linehan, 2015) de formación en habilidades psicosociales para adultos como explicaré de forma más detallada posteriormente.

-Habilidades básicas de conciencia (HBC): La incorporación de técnicas de *mindfulness* a la psicoterapia ha supuesto toda una revolución y está consiguiendo resultados muy

prometedores en el tratamiento de diversas patologías (Schnyder, 2009). En la TDC, las técnicas de *mindfulness* se explican y entrenan de forma específica en el módulo de habilidades básicas de conciencia, aunque están presentes a lo largo de toda la formación. Las habilidades básicas de conciencia son las primeras que se enseñan y su entrenamiento se trabaja durante todo el tratamiento por medio de fichas que los pacientes rellenan cada semana. Estas habilidades están basadas en las filosofías orientales de meditación, y van especialmente dirigidas a los sentimientos de vacío y desconocimiento del yo. El objetivo, tal como se expone a los pacientes, es: “Aprender a controlar nuestra propia mente, en vez de dejar que la mente nos controle a nosotros”. Controlar la mente implica, en cierta medida, controlar los procesos atencionales, decidir qué se atiende y durante cuánto tiempo se atiende. Los ejercicios de *mindfulness* ayudan a que el paciente concentre su atención en el “aquí y ahora”. En este módulo se plantean tres estados mentales fundamentales: 1) la mente racional -que piensa de forma lógica y fría-, 2) la mente emocional -que actúa en caliente, dejándose guiar por las emociones del momento-, y 3) la mente sabia -que integra las dos anteriores-. Para equilibrar la mente racional y emocional y, por tanto, dejar aflorar la mente sabia se trabajan tres habilidades “qué”: observar, describir y participar y tres habilidades “cómo”: no emitir juicios, unicidad mental y hacer lo que funciona.

-Habilidades tolerancia al malestar (HTM): Las habilidades de tolerancia al malestar, como las habilidades básicas de conciencia, están basadas en el *mindfulness* y las filosofías zen y budistas relacionadas con la aceptación.

Lo importante, en este caso, no es evitar el dolor o el sufrimiento, sino aprender a manejarlo con habilidad. Así, desde esta perspectiva, el dolor es parte de la vida y su aceptación es parte de cualquier proceso de cambio.

Las estrategias propuestas en este módulo se dividen en dos bloques: “habilidades de supervivencia a las crisis” y “habilidades de aceptación de la realidad”.

Las *habilidades de supervivencia a las crisis* van dirigidas a aprender a tolerar el dolor de una situación dada sin recurrir a conductas que mantengan o aumenten el sufrimiento. Los pacientes con TLP suelen responder a las situaciones dolorosas por medio de una respuesta impulsiva, por ejemplo, una autolesión. Estas respuestas suponen un alivio a corto plazo, pero empeoran el problema a largo plazo. Las técnicas que se enseñan en esta parte se dirigen a aprender, a dar una nueva respuesta a las crisis: distraerse, proporcionarse

estímulos positivos, mejorar el momento por medio de la imaginación y la relajación y pensar en los pros y los contras de conducta impulsiva.

Las *habilidades de aceptación de la realidad* tienen que ver con aceptar, de una forma no sentenciosa, a uno mismo y a la situación actual tal como se presenta en el momento. Son técnicas para aprender a percibir y experimentarse a uno mismo y a su ambiente sin intentar cambiar o modificar nada. Estas técnicas incluyen la aceptación radical, dirigir la mente hacia la aceptación y cultivar la buena disposición. Se trabajan, con este propósito, ejercicios de conciencia de uno mismo y del entorno, de media sonrisa y de auto-observación.

-Habilidades regulación de las emociones (HRE): Desde la perspectiva de la TDC, la desregulación emocional es un aspecto nuclear del trastorno límite de la personalidad, y la aplicación de técnicas que permitan un mejor manejo de las emociones es uno de los aspectos centrales de la psicoterapia. En este módulo, por tanto, se aprende a identificar y nombrar emociones y a reconocer la función que éstas cumplen en el entorno. Se adoptan, además, técnicas destinadas a reducir la vulnerabilidad asociada a un estilo de vida poco saludable respecto al sueño o la alimentación. Como forma de intervenir en la respuesta emocional, se ensayan técnicas para aumentar la conciencia y frecuencia de las emociones positivas, por ejemplo, por medio de actividades agradables, y para reducir el impacto de las emociones negativas, por ejemplo, cambiando la respuesta que se da a ellas mediante la acción opuesta a la emoción.

-Habilidades de efectividad interpersonal (HEI): En este módulo el objetivo que se plantea a los pacientes es «ser eficaz interpersonalmente». En este contexto, «ser eficaz» implica conseguir los objetivos en una relación, por ejemplo, obtener ayuda, y hacerlo de forma que no dañemos la relación con la otra persona ni pongamos en juego nuestro respeto personal.

La primera parte del módulo trata de que los pacientes analicen las situaciones y determinen los objetivos a lograr en las mismas. La segunda parte analiza los factores que contribuyen a la efectividad interpersonal y aquellos que interfieren en la misma. La tercera parte está dedicada a analizar aspectos que hay que considerar antes de pedir algo, expresar una opinión o decir que no. En la última parte se tratan las habilidades específicas, por ejemplo, mantener la posición, utilizar un enfoque cortés y sosegado o no amenazar. Estas habilidades se trabajan por medio de *role playing* de situaciones hipotéticas o situaciones reales planteadas por los pacientes que puedan resultar problemáticas.

-Avanzando por el camino del medio (ACM): inicialmente este módulo fue diseñado específicamente para los conflictos habituales entre los adolescentes y sus padres. Se abordan conceptos como dialéctica, validación y modificación de conducta. En la última manualización para adultos (Linehan, 2015) también se incluye, pero no como un módulo independiente, parte del contenido se introduce dentro del módulo de *HBC* y otra parte en el módulo de *HEI*.

En la figura 2 y en la tabla 6 se representa la problemática nuclear de los pacientes con diagnóstico de TLP y el impacto que tiene en diversas áreas de su funcionamiento, así como las habilidades que se proponen para hacer frente a las diversas problemáticas.

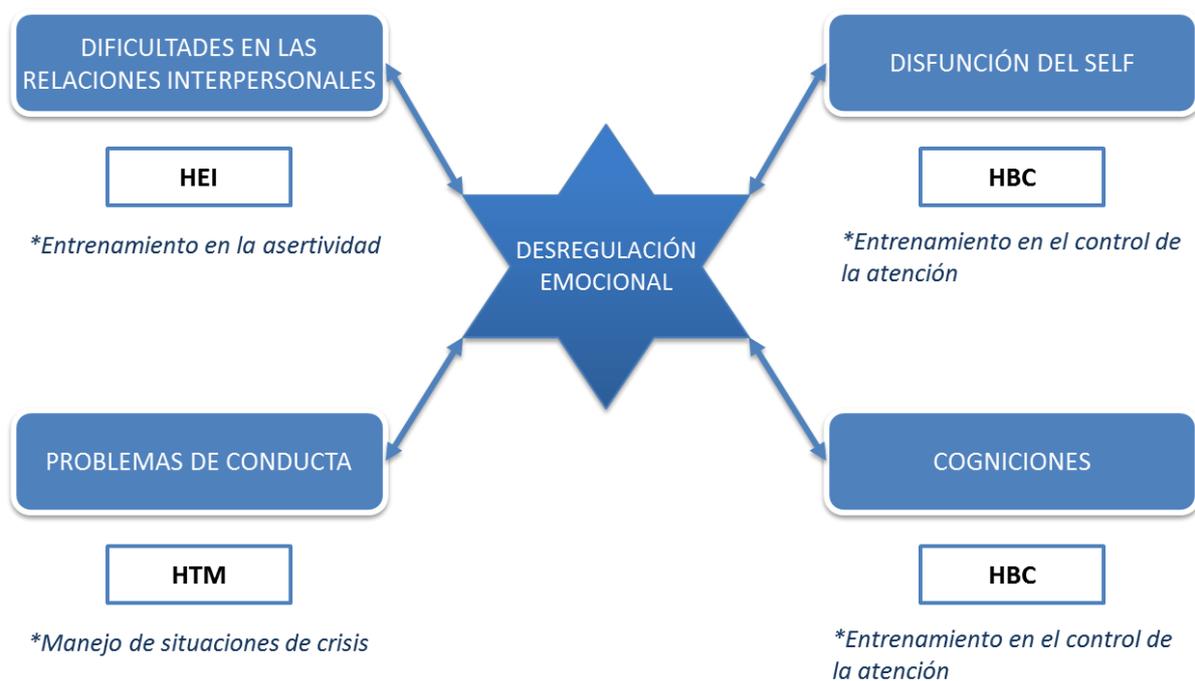


Figura 2. Desregulación emocional y habilidades psicosociales

PROBLEMAS	HABILIDADES
CONFUSIÓN SOBRE UNO MISMO: confusión acerca de las emociones, del sí mismo, disociación	HABILIDADES BÁSICAS DE CONCIENCIA
IMPULSIVIDAD: acting outs, autolesiones, agresiones	HABILIDADES DE TOLERANCIA AL MALESTAR
INESTABILIDAD EMOCIONAL: Rápidos e intensos cambios de humor con poco control o estado emocional continuo negativo	HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL
PROBLEMAS INTERPERSONALES: Dificultad para mantener relaciones estables, conseguir lo que uno quiere o para mantener el autorrespeto; esfuerzos frenéticos por evitar el abandono	HABILIDADES DE EFECTIVIDAD INTERPERSONAL
DILEMAS ADOLESCENTE-FAMILIA: <ul style="list-style-type: none"> • Aceptación frente a cambio, posiciones polarizadas del adolescente frente a la familia. • Pensamientos, sentimientos y conductas muy polarizadas y cambiantes del adolescente. 	AVANZANDO POR EL CAMINO DEL MEDIO

Tabla 6. Dificultades y entrenamiento en habilidades psicosociales

2.3.2. Psicoterapia individual

La psicoterapia individual es la piedra angular del tratamiento y articula el resto de los componentes. Antes del comienzo del tratamiento, y en una fase previa, el terapeuta ha de conseguir que el paciente esté motivado para iniciar la terapia y establecer un vínculo terapéutico. La psicoterapia individual se apoya en gran medida en la relación terapéutica, el paciente debe concebir al terapeuta como alguien con el que se puede contar, y el terapeuta debe esforzarse por no repetir el ambiente patológico invalidante que el paciente ha experimentado a lo largo de su vida. Se ha de lograr un equilibrio (dialéctica) entre la aceptación de las emociones y las conductas y el esfuerzo por lograr su cambio.

2.3.3. Coaching telefónico

El coaching telefónico tiene como objetivo atender las situaciones de crisis. El terapeuta tratará de promover el uso de las habilidades que puedan ser aplicadas en una situación

determinada; de esta forma, aumenta la generalización de las habilidades aprendidas a los ámbitos cotidianos.

2.3.4. Equipo de supervisión

El equipo de supervisión está conformado por todos los profesionales que trabajan en los diferentes componentes de la TDC (grupo de entrenamiento en habilidades, grupo de licenciados/graduados, psicoterapia individual, coaching telefónico). Las reuniones semanales del equipo de supervisión son la manera que tiene la TDC de cuidar al terapeuta o terapeutas encargados de un caso. Además de la coordinación y el establecimiento de objetivos y estrategias comunes, estas reuniones tienen la función de servir de apoyo y ayudar a los profesionales implicados, sin olvidar que somos un grupo de terapeutas atendiendo a un grupo de pacientes.

2.4. Eficacia del entrenamiento en habilidades como componente único de la TDC

Desde sus primeras formulaciones, la TDC ha sido planteada como un tratamiento multicomponente, con objetivos específicos y claramente delimitados para cada uno de ellos. En congruencia con esto, la evidencia empírica acumulada hasta el momento avala la eficacia conjunta de los distintos componentes de la TDC (terapia individual, entrenamiento en habilidades grupal y consultoría telefónica). Sin embargo, parecería ser que el entrenamiento en habilidades tendría algunas ventajas asociadas a la duración del tratamiento y el coste económico, motivando su uso como tratamiento independiente (sin terapia individual). En este formato de intervención grupal a lo largo de 6 meses se lleva a cabo el aprendizaje de cuatro módulos de habilidades (*HBC*, *HTM*, *HRE* y *HEI*) orientados a mejorar las áreas disfuncionales claves del paciente con TLP (problemas interpersonales, identidad, impulsividad, cognición y labilidad afectiva). El último estudio de M. Linehan publicado en JAMA (Linehan et al., 2015) señala la relevancia del grupo de formación en habilidades psicosociales en la TDC. En este trabajo se realizó un análisis de componentes de la terapia para determinar la eficacia aislada de cada uno de ellos y compararlos entre sí. En este ensayo clínico randomizado participaron 99 mujeres con diagnóstico de TLP con al menos dos intentos de suicidio y/o autolesiones en los últimos 5 años, y un intento de suicidio o autolesiones en las 8 semanas anteriores al comienzo del tratamiento. Las participantes

fueron asignadas aleatoriamente a uno de los tres grupos: 1) TDC en formato estándar, 2) entrenamiento en habilidades 3) terapia individual. La dosis de tratamiento se controló para que fuera similar en las tres condiciones y todos los profesionales utilizaron el protocolo de la TDC para evaluar y manejar el riesgo suicida. Las participantes asignadas a las tres condiciones mostraron mejorías en relación a la frecuencia y la gravedad de las tentativas suicidas, la ideación suicida, el uso de servicios de urgencias por ideación suicida y razones para vivir. En comparación con el tratamiento de terapia individual, las intervenciones que incluyeron el entrenamiento en habilidades psicosociales fueron más eficaces para disminuir la frecuencia de autolesiones, los síntomas de depresión y los síntomas de ansiedad durante el periodo de tratamiento (1 año). En comparación con la terapia individual, hubo menos abandonos de terapia en la terapia estándar y los pacientes de este grupo utilizaron menos recursos de urgencias y menos hospitalizaciones psiquiátricas durante el seguimiento (1 año). Los resultados de este estudio son de gran relevancia puesto que confirman la eficacia de los tres componentes de la TDC para disminuir el número de intentos de suicidio. Además, estos hallazgos sugieren que el entrenamiento en habilidades es un componente fundamental del tratamiento, ya que tanto el grupo de terapia estándar como el grupo de entrenamiento en habilidades fue más eficaz que la terapia individual.

Un trabajo más reciente (Vickers, 2016) en el que se evalúa la efectividad de la formación en habilidades psicosociales (TDC) en 40 participantes con diagnóstico de TLP y otras enfermedades mentales, se objetiva una mejoría significativa en el funcionamiento y en la sintomatología, especialmente ansiedad y depresión. Por ello, impresiona que este componente del tratamiento TDC sea un componente efectivo y rentable para personas con enfermedades mentales graves.

En estudios anteriores ya se había evaluado la eficacia del entrenamiento en habilidades como componente único de tratamiento (sin terapia individual). El primer estudio en esta línea (Soler et al., 2009), 59 pacientes con diagnóstico de TLP fueron randomizadas al entrenamiento en habilidades TDC (n=29) o a tratamiento grupal estándar (n = 30). Después de 13 semanas de tratamiento, los participantes asignados al grupo de entrenamiento en habilidades TDC mostraron, en comparación con el grupo control, menores índices de depresión, ansiedad, irritabilidad, ira e inestabilidad afectiva. Además, se encontraron diferencias significativas en relación a la adherencia de ambos tratamientos: 34,5 % de

abandonos en el grupo de entrenamiento en habilidades TDC versus 63,4% en la intervención control. Por tanto, los resultados indican que el entrenamiento en habilidades de TDC de 13 semanas de duración es un tratamiento eficaz para reducir sintomatología asociada al TLP.

Si bien las habilidades fueron desarrolladas inicialmente para pacientes con conductas suicidas y diagnóstico de TLP, el carácter multimodal del entrenamiento en habilidades permite adaptarlo fácilmente a otras poblaciones y se ha utilizado para el tratamiento de otras patologías relacionadas con la desregulación emocional. En una revisión sistemática (Valentine et al., 2015) se encontraron 17 trabajos en los que adaptaba el entrenamiento en habilidades TDC para distintas poblaciones como por ejemplo: trastornos de la personalidad (Long et al., 2011) (Soler et al., 2009), trastornos del estado de ánimo (Blackford & Love, 2012) (Feldman et al., 2009) (Harley et al., 2008), trastorno por atracón (Safer & Joyce, 2011), bulimia nerviosa (Safer et al., 2001), autolesiones no suicidas (Sambrook et al., 2007), trastorno oposicionista desafiante (Nelson-Gray et al., 2006) y trastorno por déficit atencional (Hirvikoski et al., 2011). De estos trabajos, en el 60% se utilizaron los 4 módulos de la TDC, mientras que en el restante 40% se omitieron uno o más módulos (los estudios en trastorno por atracón omiten el módulo de *HEI*). La comparación entre estos estudios resulta difícil debido a las diferencias metodológicas entre ellos. Los estudios se diferencian fundamentalmente en: 1) adaptaciones específicas de las habilidades para cada población, 2) número total de sesiones de terapia (rango de 9 a 32 sesiones), 3) cantidad de horas de entrenamiento en habilidades (rango entre 17.5 y 47 horas), 4) rama comparativa (la mayoría de los estudios no comparan el entrenamiento en habilidades con una intervención control), 5) finalmente, también hay grandes variaciones en cuanto al porcentaje de individuos que terminan la terapia (rango entre 51% y 96%), así como en relación al mínimo de sesiones requeridas para considerar que un individuo culminó el tratamiento. A pesar de las diferencias metodológicas entre los estudios evaluados, los autores de esta revisión concluyen (a partir de estudios en los que el entrenamiento en habilidades TDC se comparó con una intervención control) que dicho entrenamiento es eficaz como tratamiento aislado para reducir síntomas del trastorno depresivo mayor, TDAH y el trastorno por atracón (Valentine et al., 2015). De los trabajos en los que se han utilizado las habilidades como componente único de tratamiento destaca un estudio publicado por Neacsiu y colaborado-

res en el que se evaluó la eficacia de este entrenamiento para un grupo de sujetos con sintomatología diversa asociada a la desregulación emocional sin cumplir criterios para el diagnóstico de TLP (Neacsiu et al., 2014). Para este estudio se utilizó una combinación de habilidades de los 4 módulos (HBC, HEI, HRE, HTM) para crear un programa de 16 semanas cuyo objetivo diana de tratamiento es la desregulación emocional. En este estudio se utilizan habilidades para aprender a reducir la vulnerabilidad a la desregulación emocional, manejar crisis, aumentar el control atencional sobre los estímulos emocionales y manejar la activación fisiológica asociada a las emociones. Un total de 44 sujetos con síntomas depresivos y/o ansiosos y alta desregulación emocional (criterio de exclusión: diagnóstico de TLP), fueron randomizados a dos intervenciones grupales. Los resultados indican la superioridad del entrenamiento en habilidades TDC en la disminución de la desregulación emocional ($d = 1.86$), el aumento de uso de habilidades ($d = 1.02$) y la disminución de la ansiedad ($d = 1.37$) pero no de la depresión ($d = 0.73$); además, la adherencia fue mejor en dicho grupo que en el grupo control (78% vs. 41%).

Considerando los estudios que hemos comentado con anterioridad, el entrenamiento en habilidades parece ser eficaz en el tratamiento de patologías con un alto predominio de desregulación emocional. El entrenamiento en habilidades de la TDC es un tratamiento que implica necesariamente la práctica diaria y la generalización de las habilidades en todos los contextos de la vida del paciente. Teniendo esto en cuenta, algunos autores se han interesado en determinar la asociación entre la práctica o el uso de habilidades y la mejoría clínica. Para determinar la relación entre el uso de habilidades y el éxito terapéutico, Neacsiu y colaboradores (Neacsiu et al., 2010) realizan un análisis post-hoc de resultados de un RCT previo (Linehan et al., 2006). Este artículo demuestra la importancia del uso de habilidades como mediador del éxito terapéutico, en concreto en la reducción de intentos de suicidio y de síntomas depresivos, y la mejoría en el control de la ira. Sin embargo, es importante señalar que si bien este trabajo destaca la importancia del uso de habilidades en la mejoría terapéutica, estos pacientes recibían dos componentes de la TDC (terapia individual más entrenamiento en habilidades), y por tanto resulta difícil aislar la eficacia del entrenamiento en habilidades TDC. En otro estudio, Stepp y colaboradores (Stepp et al., 2008) exploran la relación entre el uso de habilidades y la mejoría de los síntomas de TLP, concluyendo que el uso de habilidades se relaciona con la mejoría de síntomas del trastorno (mejoría global y

específica en relación a inestabilidad afectiva, problemas de identidad y problemas en el área interpersonal). Otros estudios se han focalizado en explorar la utilidad de las distintas habilidades, reportando que no todos los módulos de habilidades se practican con igual frecuencia ni son valorados del mismo modo por los pacientes. Un estudio (Lindenboim et al., 2007) sugiere que las habilidades más practicadas por los pacientes son las *HBC* (*mindfulness*) y las *HTM*, seguidas por las *HRE* y por último, las menos practicadas, las *HEI*. Los autores de este artículo sugieren que esta preferencia por las habilidades orientadas a la aceptación (*mindfulness* y *HTM*) podría indicar de algún modo una mayor utilidad. De esta forma, ante un problema interpersonal, los pacientes elegirían practicar habilidades de *mindfulness* orientadas a aceptar la situación o las características personales de la otra persona en lugar de aplicar directamente las *HEI*. Además, encuentran que el uso de habilidades se incrementa con el tiempo, resultado que ya había sido reportado por Stepp (Stepp et al., 2008). La evidencia acumulada hasta este momento indica que los pacientes practican las habilidades (una media de 4.5 habilidades al día según el estudio de Lindenboim) y parecería ser que el uso de las habilidades se relaciona con la disminución de sintomatología asociada al TLP.

Para poder determinar cuáles son los componentes activos del entrenamiento en habilidades, así como la especificidad terapéutica de cada módulo, es necesario realizar estudios en los que se explore cada módulo independientemente de los demás. Hasta el momento, el módulo de *mindfulness* es el que ha despertado más interés y cuenta con un par de estudios controlados no aleatorizados (Feliu-soler et al., 2014) (Soler et al., 2012). En uno de estos estudios (Soler et al., 2012), se comparó el módulo de *mindfulness* con *HTM* en pacientes con diagnóstico de TLP. Según los resultados obtenidos en un test neuropsicológico (CPT-II; Conners, 2004) el entrenamiento en *mindfulness* parecería asociarse a mejoras relacionadas con la atención y la impulsividad. Estos hallazgos coinciden con los obtenidos en otras poblaciones en los que se destaca la utilidad del *mindfulness* sobre todo en relación a la mejoría de parámetros atencionales. Más recientemente en un estudio aleatorizado (Elices et al., *in press*; Soler et al., 2016), 64 pacientes con diagnóstico de TLP fueron asignadas a un entrenamiento de 10 semanas de duración en *mindfulness* ($n = 32$) o *HEI* ($n = 32$). En comparación con el grupo de *efectividad interpersonal*, los pacientes que recibieron el entrenamiento en *mindfulness* mostraron una reducción significativa de la clínica borderline

medida a través de la Borderline Symptom List-23 (Soler et al., 2013). El porcentaje de pacientes que respondieron al tratamiento según índices de significación clínica, también favoreció al grupo de *mindfulness* (40% vs. 13%). Además, impresiona que el entrenamiento en *mindfulness* se asocia a un aumento significativo de la capacidad de decentering, definida como la habilidad de tomar distancia de los contenidos mentales, observándolos como fenómenos de la mente (Fresco et al., 2007). Este resultado es interesante, ya que niveles bajos de decentering han sido asociados a distintas patologías y por tanto parece ser un indicador transdiagnóstico de psicopatología (Soler et al., 2014). En un estudio más reciente (Soler et al., 2016) en el que se comparó el módulo de *mindfulness* con el módulo de HEI, también se encontraron mejorías relativas a la impulsividad en parámetros relacionados con una mayor tolerancia a los refuerzos demorados y un aumento en la percepción del tiempo medidos mediante tests computerizados (Dougherty et al., 2005). Estos resultados son interesantes para el tratamiento del TLP, ya que la baja tolerancia a las recompensas demoradas es un tipo de impulsividad que ha sido asociada a las conductas desadaptativas del trastorno (autolesiones, abuso de sustancias, atracones...) (Bornovalova et al., 2005). En este sentido, parece que el *mindfulness* facilitaría una postura menos reactiva y más reflexiva, permitiendo que el individuo responda a las demandas ambientales en lugar de actuar impulsivamente (Kabat-Zinn, 1990) (Shapiro et al., 2006). En estos últimos estudios, la intervención en *mindfulness* se basó en la propuesta de la TDC (Linehan, 1993b), con la diferencia de que se incluyeron prácticas de meditación formal (*body scan* o *sitting meditation*). Algunas características del TLP, especialmente los altos niveles de autocrítica y de autoinvalidación, sugieren que, además de las prácticas tradicionales de *mindfulness* y aceptación enseñadas en el contexto de la TDC, estos pacientes podrían beneficiarse de prácticas de *loving kindness* y compasión. Para explorar esto, Feliu-Soler y colaboradores (Feliu-Soler et al., 2015), realizaron un estudio piloto en el que se investigaron los efectos del entrenamiento en *loving kindness* y compasión en pacientes con diagnóstico de TLP. Como grupo control, se utilizó el entrenamiento en *mindfulness* estándar. Después de 3 semanas de intervención, los participantes en el grupo de *loving kindness* y compasión mostraron un aumento significativamente mayor que el grupo control en la aceptación del momento presente. Además, se observaron mejorías en relación a la severidad de los síntomas del TLP y en la autocrítica, así como un aumento de las capacidades de *mindfulness*, y de autocompasión. En forma conjunta, estos resultados indican que una intervención en *loving*

kindness y compasión puede ser una estrategia complementaria al módulo de *mindfulness* de utilidad clínica para pacientes con diagnóstico de TLP.

2.5. Eficacia de la TDC para TLP

En 1991, Linehan publica el primer ensayo clínico (Linehan et al., 1991), en el que 44 pacientes con diagnóstico de TLP y conductas parasuicidas recientes, fueron aleatorizadas a un año de TDC o un año de tratamiento habitual (TH). Las pacientes en el grupo de TDC mostraron una mayor disminución en frecuencia y severidad de las conductas parasuicidas, y en la frecuencia y duración de los días de ingreso, así como una mejor tasa de adherencia al tratamiento respecto al TH. Estas mejoras se mantuvieron a los 6 y 12 meses de seguimiento, observándose también una mejoría significativa en la Impresión Clínica Global (ICG), una disminución de la ira, y una mayor adaptación social (Linehan et al., 1994). A partir de este primer estudio, la evidencia en relación a la eficacia de la TDC ha ido creciendo de forma exponencial y así lo demuestra el creciente número de citas acumuladas desde el año 2000 hasta hoy. En la actualidad, hay un total de 11 ensayos randomizados y controlados llevados a cabo en sitios independientes en los que se compara la TDC versus el TH (Carter et al., 2010) (Koons et al., 2001) (Linehan et al., 1991) (Linehan et al., 1999) (Linehan et al., 2002) (Linehan et al., 2006) (McMain et al., 2009) (Pasiieczny & Connor, 2011) (Soler et al., 2009) (Turner, 2000) (Verheul et al., 2003). En general, estos estudios reportan efectos beneficiosos en distintos aspectos de la sintomatología de la estructura de personalidad límite: conducta suicida, depresión y ansiedad (tamaños del efecto muy importantes), rabia (tamaño del efecto importante), conductas parasuicidas (tamaño del efecto moderado), y salud mental general (tamaño del efecto de moderado a importante). En aquellos estudios en los que la TDC fue evaluada en contraste con una rama de tratamiento más rigurosa que el TH, como por ejemplo el tratamiento según guías APA (McMain et al., 2009) o la terapia de expertos (Linehan et al., 2006), la TDC mostró superioridad en uno de los estudios (Linehan et al., 2006) pero no en el otro (McMain et al., 2009), siendo en este último ambas ramas de tratamiento eficaces en la mejoría de la clínica (conductas parasuicidas, suicidas y depresión).

2.6. Otras aplicaciones clínicas de la TDC

Desde el primer estudio publicado a principios de los años 90, la mayor parte de la investigación en TDC se concentró en el estudio de la eficacia de la terapia para pacientes con diagnóstico de TLP y un alto grado de severidad y descontrol conductual. Los primeros estudios se focalizaron entonces en demostrar la eficacia de la TDC en estos aspectos, pero más tarde el interés comenzó a situarse en relación a la aplicabilidad de la TDC en otros trastornos o problemas clínicos. En un análisis post-hoc del estudio en el que se compara la TDC con tratamiento de expertos (Linehan et al., 2006), se estudia la eficacia de la TDC para el tratamiento de distintos trastornos del eje I comórbidos al TLP (Harned et al., 2008). Los resultados indican que la TDC es eficaz en la reducción de: trastorno por abuso de sustancias (reducción del 87%), trastorno depresivo mayor (reducción del 68%), trastornos de la alimentación (reducción del 64%). Sin embargo, parecería ser que la TDC no es tan eficaz para reducir trastornos de ansiedad, como el trastorno por pánico (reducción del 47%) o el trastorno por estrés postraumático (TEPT) (reducción del 35%). Estos resultados indican la necesidad de mejorar la eficacia de la terapia en estos aspectos y por tanto, abren una línea de investigación. En los últimos años, la aplicación de la TDC al segundo estadio de tratamiento (síntomas de estrés postraumático) ha dado lugar a varios estudios. Bohus y colaboradores publican en el año 2013 un estudio en el que se evalúa la eficacia de una adaptación de la TDC para individuos con diagnóstico de TLP y diagnóstico de TEPT comórbido, víctimas de abuso sexual en la infancia (Bohus et al., 2013). Este programa combina el enfoque de la TDC con enfoques cognitivo-conductuales diseñados para el trauma y tiene 3 objetivos principales: 1) que el paciente reduzca el miedo a las emociones primarias relacionadas con el trauma, 2) reducir las emociones secundarias asociadas al trauma, y 3) promover la aceptación radical del evento traumático. Un total de 74 pacientes (de las cuales aproximadamente el 50% cumplía con criterios para el TLP) fueron randomizados a 12 semanas de TDC-TEPT (tratamiento intensivo en unidades de hospitalización) o tratamiento usual (lista de espera). Pacientes que se autolesionaban en el momento del estudio fueron excluidos. Los resultados muestran una reducción significativa en relación a los síntomas de TEPT. Por otra parte, el equipo de Linehan también desarrolló un protocolo para pacientes con TLP y TEPT, incluyendo en sus estudios (a diferencia de Bohus), pacientes que presentan autolesiones en el momento de la inclusión en el estudio. Este protocolo consiste en TDC

estándar más un programa de exposición prolongada (Foa et al., 1995). Tanto en el estudio piloto (Harned et al., 2013), como en un estudio randomizado posterior en el que se compara un año de TDC vs. TDC-TEPT (Harned et al., 2014), se evidencia que al final del tratamiento, aproximadamente el 80% de los pacientes asignados a esta última intervención (TDC-TEPT) ya no cumple criterios para el diagnóstico de TEPT. Además, se describen resultados beneficiosos en relación a otras variables asociadas al trauma como ideación suicida, disociación y vergüenza.

La TDC ha sido adaptada también para patologías asociadas a la alimentación (bulimia nerviosa y trastorno por atracón) caracterizadas por la desregulación emocional y de alta comorbilidad con el TLP. Safer desarrolló un programa grupal de 20 semanas de duración para pacientes con estos diagnósticos. En los primeros estudios, (Safer et al., 2001) (Telch et al., 2001), se compararon pacientes en TDC con pacientes en lista de espera. Se reportaron resultados favorables a la TDC, tanto en la reducción de la sintomatología como en la adherencia al tratamiento. En el 2010 se publicó un estudio comparando la TDC con otro tratamiento activo también de formato grupal (Safer et al., 2011). La tasa de abandonos de tratamiento fue significativamente menor para el grupo de TDC (4% vs. 33.3%) y los pacientes asignados a TDC lograron reducir la sintomatología (abstinencia de atracones y disminución de la frecuencia) más rápidamente. En otros trabajos en los que se evaluó la eficacia de la TDC completa (terapia individual, entrenamiento en habilidades, coaching telefónico) en el tratamiento de pacientes con trastornos de la alimentación (trastorno por atracón y bulimia nerviosa) y diagnóstico de TLP comórbido se reportaron resultados prometedores (Chen et al., 2008) (Palmer et al., 2003).

La TDC también ha sido aplicada a pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor. En dos estudios realizados por Lynch y colaboradores (Lynch et al., 2007) (Lynch et al., 2003) se comparó el tratamiento de TDC y medicación antidepresiva con un tratamiento únicamente farmacológico. En el primer estudio (Lynch et al., 2003) no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en relación a la reducción de la sintomatología depresiva o a las tasas de remisión post-tratamiento. Sin embargo, a los 6 meses de seguimiento, el porcentaje de pacientes que continuaba en remisión fue significativamente más grande para el grupo de TDC + medicación antidepresiva que para el grupo control (75% vs. 31%). Estos resultados se confirmaron en el siguiente estudio (Lynch et al., 2007), en el

que, en comparación con el grupo control, un porcentaje mayor de pacientes en la condición de TDC alcanzó criterios de remisión una vez finalizado el tratamiento.

2.7. Aplicaciones de la TDC en población adolescente

Otra de las aplicaciones interesantes de la TDC, y motivo de la presente investigación, es la adaptación realizada por Rathus y Miller para la población adolescente con conductas suicidas y rasgos de personalidad límite (Rathus & Miller, 2002) (Miller & Rathus, 2006) (Rathus & Miller, 2015). La terapia dialéctica conductual para adolescentes (TDC-A) es un tratamiento manualizado de 16 semanas de duración que incluye terapia individual y un grupo de entrenamiento en habilidades multifamiliar. Aunque el tratamiento para adolescentes sigue las directrices del tratamiento estándar en TDC, presenta también algunas modificaciones. Considerando que el ambiente familiar suele ser una fuente de conflicto para el adolescente, en la TDC-A la familia tiene un rol más activo en el tratamiento y por tanto participa en el grupo de habilidades e incluso en sesiones de terapia familiar. El tratamiento tiene una duración mas corta que el tratamiento de adultos, pero una vez terminadas las 16 semanas el paciente tiene la opción de participar en otro abordaje grupal (“grupo de graduados/licenciados”) en el que se busca principalmente, la generalización y reforzamiento de las habilidades aprendidas en el entorno cotidiano del adolescente. En los grupos de adolescentes se enseñan los 4 módulos de habilidades del modelo estándar (HBC-*mindfulness*, *HTM*, *HRE* y *HEI*) y se agrega un quinto (*ACM*). En este módulo se enseñan principios de validación, principios generales de modificación de conducta y habilidades para lograr un comportamiento más equilibrado y menos polarizado ante ciertos dilemas dialécticos.

Diversos trabajos avalan la efectividad de la adaptación del modelo estándar de TDC para población adolescente con problemática diversa. En una revisión de veinte estudios entre el año 1997 y el año 2008 (Groves et al., 2012), se señala la efectividad de la TDC para el TLP, TCA, problemas externalizantes, autolesiones, ideación suicida, trastornos depresivos, trastorno bipolar, impulsividad y comportamientos agresivos en adolescentes. Otra revisión (McPherson et al., 2013) señala resultados prometedores de la TDC-A en adolescentes con TLP, trastornos afectivos, problemas externalizantes, TCA, autolesiones, ideación suicida

tanto para pacientes ambulatorios, ingresados, en hospital de día o en dispositivos correccionales.

Un estudio (Nelson-Gray et al., 2006) realizado con 32 adolescentes diagnosticados de Trastorno Oposicional Desafiante que participaron en el grupo de formación en habilidades psicosociales (TDC) durante 16 semanas (2 horas a la semana) y cuatro sesiones postratamiento (periodicidad mensual) tuvo resultados muy positivos. Los cuidadores señalaron una reducción significativa de clínica TOD y síntomas externalizantes (CBCL), mientras que los adolescentes señalaron una reducción significativa puntuación total del YSR, de los síntomas internalizantes, y de la clínica depresiva (CDI). Del mismo modo en un trabajo (Conason et al., 2006) realizado en población adolescente con abuso de OH y drogas, los resultados señalaron a la TDC como una psicoterapia prometedora para el comportamiento suicida en adolescentes con abuso de OH y drogas.

En lo que respecta a conductas suicidas en población adolescente, un estudio piloto cuasiexperimental (Katz et al., 2004) en el que se aleatorizó a 62 adolescentes ingresados al tratamiento TDC y al tratamiento TAU respectivamente. En la unidad del tratamiento TDC se objetivó una reducción significativa de las alteraciones de comportamiento durante el ingreso. Ambos tratamientos demostraron semejante eficacia en reducir comportamientos suicidas, síntomas depresivos e ideación suicida.

En un estudio naturalístico abierto más reciente (Courtney & Flament, 2015) con 61 adolescentes en un marco de atención terciaria que presentaban pensamientos/comportamientos autolesivos y síntomas de TLP se les ofreció participar en el programa de tratamiento TDC (sin coaching telefónico 24 horas) durante 15 semanas y se realizó una evaluación pre/pos de la intervención psicoterapéutica. Se trataba de una muestra de relevante gravedad clínica con apoyo parental limitado, y como resultados se objetivó una reducción significativa de la ideación suicida, las autolesiones y los síntomas TLP. Sin embargo, solo finalizaron el estudio 31 adolescentes (51%), una tasa de adherencia más baja de lo esperado si la comparamos con otras publicaciones existentes.

Por tanto, diversos estudios de naturaleza cuantitativa han evaluado la eficacia de la TDC-A para el tratamiento de adolescentes con rasgos de TLP, ideación o conductas suicidas y/o autolesiones (Nixon et al., 2004) (McDonnell et al., 2010) (Memel et al., 2012) (Fleischhaker et al., 2011) (Mehlum et al., 2014) (Rathus & Miller, 2002). Estudios cuasi experimentales

muestran que, en comparación con el tratamiento habitual, la TDC-A se asocia a menos hospitalizaciones psiquiátricas durante el tratamiento, menos abandonos de terapia, y a una reducción mayor en relación a la ideación suicida, síntomas psiquiátricos generales y síntomas de TLP (Fleischhaker et al., 2011) (Mehlum et al., 2014) (Rathus & Miller, 2002). En el único RCT publicado hasta ahora (Mehlum et al., 2014) la TDC-A demostró ser superior que el tratamiento habitual para la disminución de la frecuencia de autolesiones, severidad de ideación suicida y síntomas depresivos. Los resultados preliminares de un meta-análisis (Cook & Gorraiz, 2015) que trató de demostrar evidencia sobre la efectividad de la TDC para el tratamiento de adolescentes con autolesiones y depresión incluyó doce estudios, de los cuales los 12 tenían valoración pre/pos intervención de clínica depresiva y 6 de los 12 tenían valoración pre/pos intervención de las autolesiones. Los resultados preliminares señalaron que el efecto de la intervención tanto para las autolesiones como para la clínica depresiva fue positivo, siendo mayor el tamaño del efecto para las autolesiones. Por tanto, dichos resultados sugieren que la TDC puede ser una herramienta de utilidad para disminuir las autolesiones y mejorar la clínica depresiva en adolescentes.

No existe por el momento investigaciones cualitativas en población adolescente que recoja y estudie la experiencia subjetiva de los adolescentes que han participado en el abordaje TDC descrito con anterioridad.

2.8. Nuestra adaptación del modelo TDC para población adolescente y justificación

A lo largo del otoño del 2009 en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto (Bilbao) revisamos el material de TDC desarrollado por Linehan para pacientes adultos con diagnóstico de TLP (Linehan, 1993) y el desarrollado por Miller para adolescentes con conductas suicidas (Miller, 1997). Una vez revisado el material y teniendo en cuenta la creciente demanda asistencial de adolescentes de 14 a 17 años con problemas de conducta, impulsividad, desregulación emocional, estrategias de modulación de las emociones inadecuadas o desadaptativas, rasgos límites de personalidad o diagnóstico de TLP consideramos que esta subpoblación de pacientes podría beneficiarse de la herramienta psicoterapeuta descrita.

El programa de TDC arrancó en nuestra unidad con el grupo de formación en habilidades psicosociales, para ello adaptamos el material existente a población adolescente de habla española. Distribuimos el contenido en 16 sesiones que se realizarían semanalmente, respetando el calendario escolar, con una duración de dos horas cada sesión. A lo largo de las 16 sesiones incluimos los siguientes módulos en el orden que se describe a continuación: *HBC-Mindfulness*, *HTM*, *HRE*, *HEI*, *ACM*. Optamos por grupo semiabierto, permitiendo la entrada de pacientes al finalizar cada módulo, momento en el que se repasan las *HBC-Mindfulness*.

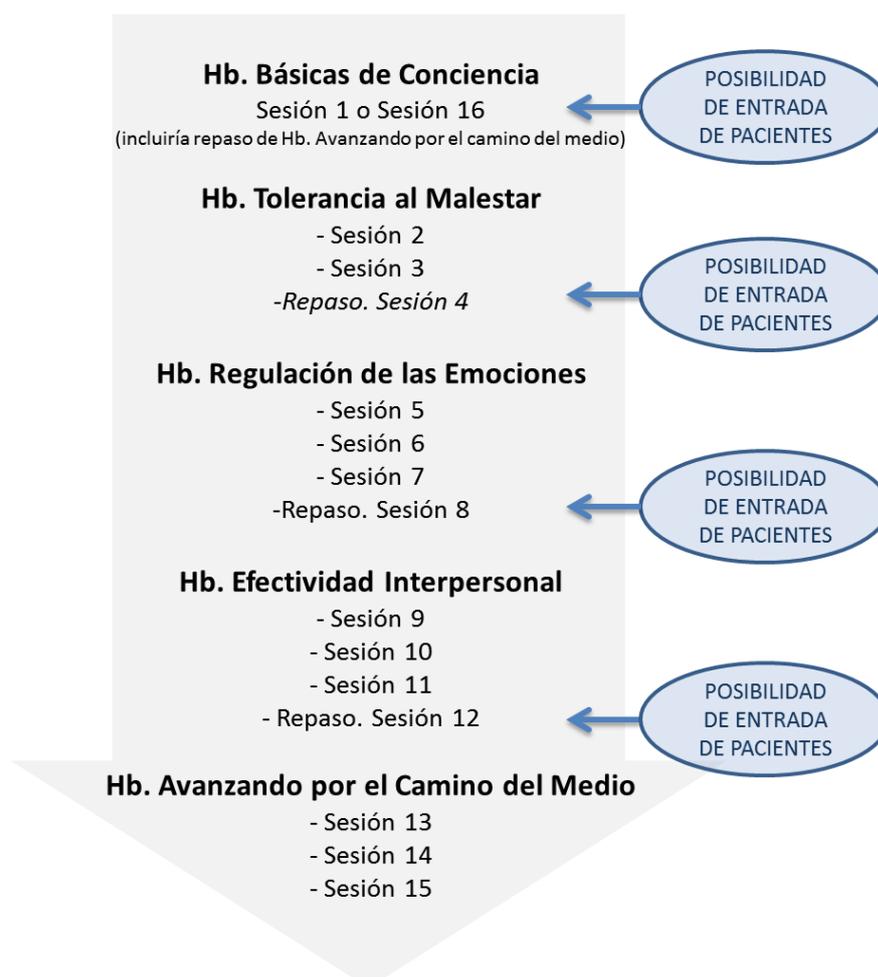


Figura 3. Cronograma grupo de formación en Habilidades Psicosociales TDC

Tras valorar pros y contras de grupos heterogéneos vs. homogéneos, nos decantamos por grupos heterogéneos.

El primer grupo de formación en habilidades psicosociales para adolescentes según del modelo TDC se desarrolló en Enero del 2010.

En Enero del 2012 añadimos el componente del equipo de Supervisión, desde ese momento lo realizamos de forma continua, semanalmente, los miércoles con una duración de una hora.

Desde la puesta en marcha del grupo de formación en habilidades para adolescentes, observábamos que muchas veces las familias necesitaban conocer dichas habilidades para ayudar a los adolescentes en situaciones de crisis e incluso no bloquear sus avances, por ello, a partir de Enero 2013 pusimos en marcha el grupo de formación en habilidades psicosociales para familias. En este caso, el material se reparte en diez sesiones y también se trata de un grupo semiabierto, pudiendo entrar las familias/educadores de los adolescentes en el módulo de *Habilidades Básicas de Conciencia-Mindfulness*. En este punto, nuestro modelo difiere del modelo inicial desarrollado por Rathus & Miller (Rathus & Miller, 2002) en el que se describen grupos multifamiliares e incluyen a un adolescente y a su progenitor en el mismo espacio grupal. Tal y como está descrito en la literatura, existen diversas posibilidades a la hora de incluir a los familiares/educadores de los adolescentes en el grupo; así, algunos equipos optamos por realizar un grupo de familiares y otro de adolescentes, mientras que otros equipos deciden enseñar las habilidades solo a los adolescentes.

En Enero 2014 comenzamos con el primer grupo de licenciados/graduados en el que podían participar todos aquellos adolescentes que habiendo completado la formación en habilidades psicosociales y con conocimiento de las mismas, tuvieran motivación para su generalización en la vida cotidiana. Se trata de un grupo de una naturaleza más experiencial.

Y, por último, también en Enero 2014 añadimos el componente del coaching telefónico pero adaptado a la realidad de nuestra práctica asistencial. Ante la imposibilidad para dar cobertura las 24 horas los 7 días de la semana (24x7) tal y como plantea Linehan en su manual, cubrimos los días laborables (de lunes a viernes) de ocho de la mañana a ocho de la tarde (12x5).

Por tanto, desde Enero 2014 en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto contamos con el programa completo, todos los componentes, de TDC tanto para población adolescente como para población adulta. Sin embargo, la realidad de la práctica clínica hace que no podamos asumir a todos los pacientes en el programa completo de tratamiento y por ello, el componente del tratamiento que ofrecemos a todos los adolescentes de Vizcaya y a sus familias es la posibilidad de participar en los grupos de

formación en habilidades psicosociales que, como se ha documentado anteriormente (Soler, 2009), (Linehan et al., 2015), (Vickers, 2016), se trata del componente más efectivo de la TDC y objeto de estudio del presente trabajo de investigación.

2.9. Puntos convergentes y divergentes de la TDC con otras herramientas psicoterapéuticas

Las diversas herramientas psicoterapéuticas desarrolladas para pacientes con diagnóstico de Trastorno de Personalidad tienen como objetivo conseguir una mejoría sintomática de la conducta y paralelamente una mejora de la estructura de la personalidad.

La *Terapia Basada en la Mentalización* (TBM) (Bateman & Fonagy, 2009) se centra en la mentalización de los problemas con la idea de que al fomentar la capacidad de metacognición, mejorara la regulación emocional.

La *Terapia Focalizada en la Transferencia* (TFP) se centra en el análisis de la transferencia, de las primitivas relaciones objetales internalizadas y los mecanismos de defensa primitivos, activados en el “aquí y ahora” del marco (Kernberg & Mischels, 2009).

A día de hoy, con las investigaciones realizadas, no se puede concluir que una herramienta psicoterapéutica sea mejor que otra (Leichsenring & Beiling, 2003). Además, hay un importante nivel de solapamiento entre ellas; por ejemplo, no hay gran diferencia entre el observa/describe/participa de la TDC y el dibuja/escrive/habla de la TBM. Ambas estrategias buscan caminos que faciliten el proceso de mentalización del paciente respecto a los sucesos y emociones que vive en el “aquí y ahora”. El debate, ya no es qué tratamiento es más eficaz y menos iatrogénico, sino cuál se debe aplicar a un paciente concreto en un momento u otro de su vida (*“What works for whom” -Qué funciona y para quién-, Fonagy*).

En un trabajo publicado recientemente (Choi-Kain et al., 2016) se comparan cuatro modelos psicoterapéuticos: TDC, TFP, TBM, GPM (General Psychiatric Management). En él se describen diversos aspectos comunes de los cuatro modelos que hacen que sean efectivos: la claridad con la que se conceptualizan los problemas de los pacientes con diagnóstico de TLP, las conexiones entre la formulación y la técnica, y el lenguaje compartido con el que los clínicos y pacientes pueden colaborar en el trabajo terapéutico. Los autores sugieren que se podrían utilizar las diversas herramientas terapéuticas en los diversos tiempos del tratamiento. En un primer lugar se podría utilizar la TDC para abordar los comportamientos

más peligrosos o de riesgo que presenta el paciente si la función reflexiva está inestable y bajo una situación de estrés. Tras la estabilización de la situación de crisis, se podría hacer un trabajo más profundo en relación con las emociones asociadas al apego y patrones interpersonales mediante la TBM, la TDC o la TFP. Y al finalizar se podría continuar con el GPM (frecuencia mensual o menor) como tratamiento de mantenimiento. Del mismo modo, los autores aseguran que la alianza terapéutica es el factor más relevante en la efectividad de una psicoterapia.

Existe evidencia científica sobre que modificar herramientas psicoterapéuticas dirigidas a población adulta es efectivo para adolescentes que presentan dificultades similares. Del mismo modo, la evidencia sugiere que las adaptaciones para población adolescente y sus familias son efectivas (Rathus & Miller, 2002) (Rossouw & Fonagy, 2012). Como se ha descrito anteriormente, Miller y colaboradores (2007) elaboraron un manual con las modificaciones de la terapia dialéctica conductual adaptada a población adolescente (TDC-A). En una prueba no aleatoria de TDC-A y tratamiento habitual (TH), los pacientes que recibieron 12 semanas TDC-A tuvieron un número significativo menor de hospitalizaciones psiquiátricas y mayores tasas de finalización del tratamiento (Rathus & Miller, 2002).

El tratamiento basado en la mentalización para adolescentes (TBM-A) también fue modificado sobre la base de un tratamiento para adultos (Bleiberg et al., 2012). Asimismo, en una prueba clínica aleatoria de 80 adolescentes en la que se comparó la TBM-A con el TAU en adolescentes que se autoagredían, se observó que la TBM-A fue más efectivo que el TAU en la reducción de las autolesiones y de la depresión (Rossouw & Fonagy, 2012). Vistas como un todo, las adaptaciones de los tratamientos para adultos y los estudios posteriores son una clara muestra de la efectividad de dichas técnicas.

2.9.1. TDC y Terapia Basada en la Mentalización (TBM)

La habilidad mentalizadora o función reflexiva es un requisito indispensable en cualquier modalidad psicoterapéutica. Al mejorar la función reflexiva se va a favorecer una mejor identificación de los estados mentales propios, con sus componentes emocionales, somáticos y de tendencia a la acción, y va a permitir que el paciente incremente su habilidad para mejorar la percepción de los estados mentales del otro a través de una mayor agudeza en la detección de los componentes no verbales (Mirapeix, 2015).

La TBM es un modelo de tratamiento inicialmente desarrollado y puesto a prueba en tratamiento de adultos con TLP. Está arraigado en un marco psicodinámico y en la teoría del apego.

La TBM-A se sostiene sobre la idea de que el problema central en los adolescentes, en especial los que presentan síntomas de un emergente TLP, es la vulnerabilidad al fallo en su capacidad mentalizadora en determinadas situaciones emocionales e interpersonales. Las pruebas apuntan a que esta vulnerabilidad se origina en la combinación de varios factores constitucionales, y las primeras relaciones de apego, que muchas veces se convierten en apegos desorganizados; patrones que son reforzados por experiencias traumáticas, surgiendo posteriormente el TLP en el contexto de los cambios del neurodesarrollo en la adolescencia que comprometen la mentalización y la regulación del afecto. La no-mentalización está asociada a la sensibilidad interpersonal, la cual desencadena impulsividad, hiperactivación del apego, comportamiento coercitivo y no-mentalizador, desregulación del afecto y esfuerzos defensivos para afrontar la experiencia de pérdida de control. Estas respuestas, a su vez, tienden a provocar la pérdida de mentalización en los demás y de esta manera generar ciclos de no mentalización coercitivos que mantienen y exacerbaban la no-mentalización en los adolescentes.

El constructo de mentalización fue introducido por Fonagy para definir la capacidad de entender el comportamiento propio y de los otros en términos de estados mentales (Fonagy et al., 1991). La mentalización integraría procesos cognitivos, ya que involucra un proceso metacognitivo y afectivo, en tanto implica la capacidad de contener, regular, experimentar y dar sentido a las emociones y sentimientos (Slade, 2005).

La mentalización se desarrolla en el contexto de las relaciones del niño con los adultos significativos, especialmente en relaciones de apego seguro. Una relación segura le ofrece la posibilidad de explorar la mente del adulto, cuando este le atribuye estados mentales (Fonagy et. al., 2002). La capacidad de mentalizar fue operacionalizada por Fonagy bajo el término de Función Reflexiva (Fonagy et.al., 2002). La mentalización es considerada como una habilidad fundamental del ser humano al posibilitar el dar sentido a las experiencias propias y de los otros. Tener una postura mentalizadora implica tener una perspectiva psicológica que permite, por una parte, reconocer que existe un mundo interno que da forma al comportamiento, y por otra, comprender que este mundo interno es una

representación que se relaciona, aunque no es idéntica, al mundo externo que modela (Wallin, 2007). Por tanto, la mentalización es un proceso con el que tratamos de dar un sentido al mundo que nos rodea, atribuyendo a nosotros mismos y a los demás estados mentales. Esto nos permite comprender nuestro propio comportamiento, el de los demás y las relaciones interpersonales. Podríamos decir que la mentalización es la capacidad de vernos a nosotros mismos desde fuera y a los otros desde dentro, es tener la mente del otro en mente, siendo capaces de diferenciarnos psicológicamente de los demás (Bateman & Fonagy, 2016).

El núcleo de la terapia psicológica con pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad severo es la facilitación de los procesos reflexivos (Fonagy & Bateman, 2008; Fonagy, 2000). La meta del tratamiento es la mentalización con el fin de fomentar el desarrollo de representaciones internas estables. De esta manera, fomentar la formación de un sentido coherente del self y posibilitar que el paciente pueda establecer relaciones más seguras en las cuales las motivaciones de su self y las de los otros sean mejor comprendidas (Fonagy & Bateman, 2003).

En un trabajo posterior (Fonagy & Bateman, 2008) se propone que el objetivo que se pretenden alcanzar con el paciente es que desarrolle un mejor conocimiento sobre: 1) cómo piensa y siente sobre sí mismo y sobre los demás, 2) la forma en que dirige sus respuestas a los demás y, 3) cómo “errores” en la comprensión de sí mismo y de los otros, conducen a acciones en un intento de mantener la estabilidad y dar sentido a sentimientos incomprensibles.

Es fundamental lograr establecer una alianza terapéutica basada en la seguridad del apego, y que a través de este nuevo vínculo con el terapeuta el paciente pueda reparar el déficit en la mentalización por la carencia en las experiencias vinculares tempranas. Una vez lograda la alianza terapéutica, el terapeuta guiará y acompañará al paciente en un proceso de elaboración y simbolización de su historia personal, de tal manera que el paciente logre comprender su historia personal en términos de estados mentales de sí mismo y de los otros, para que de este modo pueda establecer nexos entre sus experiencias de la infancia y sus experiencias actuales.

La principal intervención del terapeuta que trabaja desde la TBM-A es la validación de la experiencia emocional del adolescente. La cooperación entre el terapeuta y el adolescente en

la comprensión de los pensamientos y las emociones del joven es el objetivo del tratamiento. Del mismo modo, mentalizar la transferencia, no interpretar la transferencia que sería nuclear en la TFP, sirve para hacer pensar a los pacientes sobre la relación en la que están aquí y ahora, con el objetivo de hacerles poner la atención en otra mente acompañándoles en el proceso de contrastar la propia percepción de sí mismos con la percepción del otro sobre ellos.

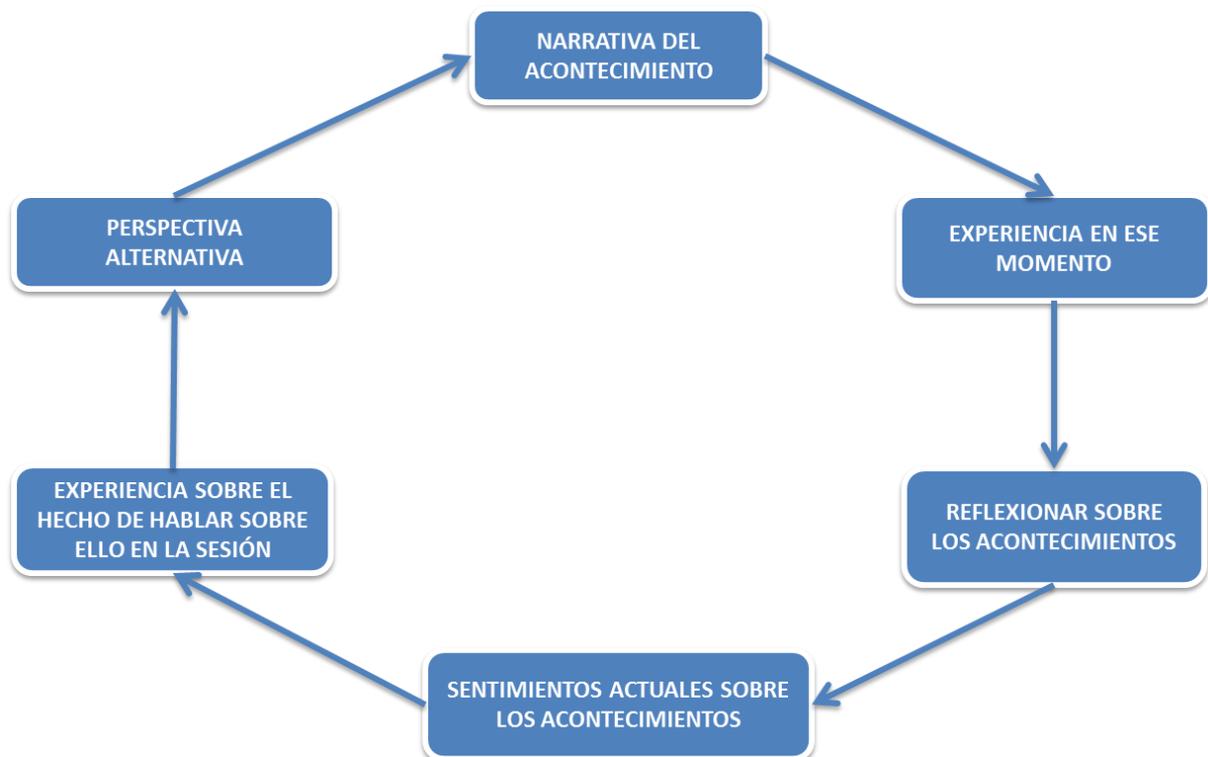


Figura 4. Proceso de mentalización

Respecto a los hallazgos empíricos de esta psicoterapia, destaca el hecho de que ha mostrado ser efectiva en la disminución de los síntomas más severos de estos pacientes, evidenciándose la disminución del riesgo suicida y las conductas autoagresivas, así como un mayor ajuste social y adecuación en las relaciones interpersonales (Fonagy & Bateman, 2009) (Fonagy et al., 2007). Hay dos estudios controlados (Bateman & Fonagy, 1999, 2008) que encuentran evidencia de eficacia en la disminución de autolesiones en adultos, con mantenimiento de los cambios en un seguimiento a 8 años.

El tratamiento basado en la mentalización para los adolescentes (TBM-A) también se modificó a partir de un tratamiento para adultos. El TBM-A sitúa a la mentalización en el centro del tratamiento. Tiene como objetivo estimular continuamente la mentalización en

varios contextos de apego: sesiones de familia, de grupo y sesiones individuales de psicoterapia. La TBM-A fomenta la curiosidad acerca de los estados mentales propios en conjunción con lo que subjetivamente sienten en realidad -esto es, tomar conciencia y acercarse a la experiencia consciente-, y cómo estos estados mentales motivan y explican la conducta de uno mismo y de los demás, y hacen las relaciones más efectivas y comprensivas, permitiendo así que el afecto se entienda más y se maneje mejor. El único estudio controlado con adolescentes (Rossouw y Fonagy, 2012) en el que se compara TBM-A con TAU, incluye a adolescentes con autolesiones (n=80) con y sin intencionalidad suicida, con depresión y síntomas TLP. Los resultados señalan que la TBM-A es superior al TAU en mejorar las autolesiones, la depresión, los síntomas TLP y mejorar la mentalización y el estilo de apego. Los adolescentes que se encontraban en el grupo del TAU no mejoraron su capacidad de mentalizar, mientras que los adolescentes que se encontraban en el grupo de TBM-A mejoraron mucho su capacidad de mentalizar. Por tanto, parece que la TBM-A es eficaz para adolescentes con autolesiones por encima del TAU, y además la TBM-A mejora las capacidades de mentalización mientras que otras psicoterapias mejoran la clínica, pero no las capacidades de mentalización al mismo nivel. Los autores del trabajo sugieren que, si no se aborda directamente la mentalización, ésta no mejora.

En un trabajo (Pereplechikova & Goodman, 2014) en el que se compara la TDC y la TBM en preadolescentes con severos problemas emocionales y de conducta, se analizan los puntos convergentes y divergentes de ambas técnicas que a continuación señalaremos. Ambas herramientas psicoterapéuticas tienen como objetivo mejorar la regulación emocional y en consecuencia la funcionalidad global, en lo que difieren ambas es en el modo de conseguirlo. La TDC aborda las conductas problemáticas de forma directa, mientras que en la TBM dichas conductas se abordan de forma indirecta al ayudar a mentalizar al paciente a través de una relación terapéutica basada en la confianza epistémica. Tanto el mindfulness de la TDC como la TBM subrayan la importancia de observar y describir los fenómenos mentales, ayudando al preadolescente a observar sus sentimientos, pensamientos e intenciones, trabajando en el aquí y en el ahora. El “STOP: *Suspende lo que estás haciendo, Tómate un respiro, Obsérvate ahora, Procede*” de Habilidades de Tolerancia al Malestar de la TDC es lo que se corresponde con la mentalización de la TBM. Cuando el paciente está estancado y el objetivo es promover

el cambio, en la TBM se usa el humor y las respuestas de confrontación mientras que en la TDC se utilizan las estrategias irreverentes.

La TDC enseña cómo observar, describir y etiquetar estados mentales como si de una clase se tratara; una vez aprendido el material se queda en la mente y es aplicado en la vida real con el fin de generalizarlo. El terapeuta de la TBM espera de las experiencias in vivo de la sesión que simulen situaciones reales de activación afectiva que vaya mejorando la mentalización en estas situaciones. Para la TBM la sesión de juego con el preadolescente es un el vehículo para ese “aprendizaje” ya que toda la acción está pasando en el aquí y en el ahora. El terapeuta de la TBM aborda las representaciones del estado mental del niño de los contenidos de la propia mente del terapeuta, que es la otra mitad de la ecuación interpersonal no tratada en la TBM.

El principal foco de la TBM es obtener una representación precisa de las emociones actuales y asociarlas a representaciones internas mientras acontecen conversaciones sobre asuntos no directamente unidos a los sentimientos inmediatos del paciente, y las creencias son excluidas a propósito y sistemáticamente del proceso terapéutico. Los progresos que va realizando el paciente dependen en gran medida de la calidad de la relación terapéutica.

Para la TDC los problemas del preadolescente son déficits de habilidades, inhibición emocional, contingencias emocionales defectuosas, creencias y expectativas problemáticas, y las soluciones que propone a estos problemas son el aprendizaje de habilidades, exposición a situaciones conflictivas, manejo de contingencias, reestructuración cognitiva y promoción del insight. La evaluación de la efectividad de la terapia se hace de forma continua al chequear la aplicación de las habilidades aprendidas y cómo funcionan ante las situaciones problemáticas

Para la TBM las conductas problemáticas son el resultado de una insuficiente habilidad para mentalizar, por ello se centra primariamente en el rol de la mentalización de los estados propios y de los otros bajo unas condiciones de ambiente afectivo con el fin de mejorar la autorregulación emocional. El logro de la cercanía mental y la diferenciación son vistos como los primeros objetivos de la terapia, para posteriormente darle la habilidad al paciente de resolver los problemas por sí solo. No incluye la discusión de forma directa sobre los problemas existentes o los síntomas, y en su lugar trata de proporcionar un entorno seguro para la exploración de la mente y el proceso reflexivo del estado mental propio y/o del otro.

La evaluación de la efectividad de la terapia se examina evaluando a través de la observación el desarrollo de la relación terapéutica. Ante la pregunta de si el desarrollo del insight precede, sigue u ocurre simultáneamente con el cambio de comportamiento, para la TBM es primario (1. Desarrollo del insight, 2. Cambio de la conducta problemática) mientras que para la TDC es secundario (1. Cambio de la conducta problemática, 2. Desarrollo del insight).

Otro trabajo más reciente que compara las dos herramientas psicoterapéuticas (Swenson & Choi-Kan, 2015) de nuevo plantea cómo el trabajo de la mentalización está presente en diversos componentes de la TDC y se subraya el papel complementario bidireccional de ambos modelos; hay trabajo de mentalización en la práctica del mindfulness, en la validación y en la efectividad interpersonal dentro del a TDC. El terapeuta TDC puede incorporar la mentalización en el trabajo con los pacientes ya que la mentalización permite al paciente y al terapeuta incorporar el significado y la individualidad en sus vidas para facilitar un sentido único de sí mismo. Teniendo en cuenta palabras de Linehan durante un workshop, *“así como los jugadores de hockey pueden beneficiarse de un entrenamiento de patinaje artístico, los terapeutas TDC pueden encontrar en la mentalización la posibilidad de proporcionar nuevos y efectivos movimientos dirigidos hacia un apego seguro”*. El terapeuta TDC lleva a cabo dos actividades fundamentales, meterse en el infierno con el paciente y entenderlo desde la perspectiva de este y posteriormente sacarle del infierno al proporcionarle estrategias de resolución de problemas y habilidades que el paciente utiliza por sí mismo. El análisis en cadena de la TDC puede ser entendido como una forma estructurada de mentalización, tener la mente abierta y no asumir el conocimiento pleno de las actitudes de los demás se correspondería con una postura mentalizadora. Para el terapeuta TBM el mindfulness es el fundamento y el primer paso en la mentalización.

En la tabla 7 se representan los principales puntos convergentes y divergentes de ambas herramientas psicoterapéuticas a modo de resumen.

TDC	TBM
<ul style="list-style-type: none"> Equilibra estrategias de cambio con estrategias de aceptación 	<ul style="list-style-type: none"> Basada en la teoría de la mentalización y en el contexto de la teoría del apego
<p>Principio terapéutico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Proporciona la síntesis entre tres paradigmas: <ul style="list-style-type: none"> conductas para fomentar el cambio mindfulness para fomentar la conciencia y la aceptación dialéctica que equilibra la aceptación y el cambio 	<p>Principio terapéutico:</p> <ul style="list-style-type: none"> “mantener la cercanía mental” con el fin de realizar mejoras en la capacidad de mentalizar. Tres aspectos fundamentales: <ol style="list-style-type: none"> intensificar la actividad reflexiva ofrecer oportunidades para “jugar” trabajar en la transferencia
<ul style="list-style-type: none"> Aquí y ahora 	<p>Aquí y ahora</p>
<ul style="list-style-type: none"> Origen de la conducta problema en el déficits de habilidades Objetivo: mejorar la regulación emocional y por consiguiente la funcionalidad global 	<ul style="list-style-type: none"> Origen de la conducta problema en la insuficiente habilidad para mentalizar Objetivo: mejorar la regulación emocional y por consiguiente la funcionalidad global
<ul style="list-style-type: none"> Abordaje de la conducta problemática de forma directa 	<ul style="list-style-type: none"> Abordaje de la conducta problemática de forma indirecta
<ul style="list-style-type: none"> Habilidades de conciencia “Qué”: observar y describir los fenómenos mentales 	<ul style="list-style-type: none"> Mentalización
<ul style="list-style-type: none"> Técnica: relevancia de la relación terapéutica Estrategias irreverentes 	<ul style="list-style-type: none"> Técnica: relevancia de la relación terapéutica Humor y confrontación
<ol style="list-style-type: none"> cambio de la conducta problemática desarrollo del insight (secundario) 	<ol style="list-style-type: none"> desarrollo del insight (primario) cambio de la conducta problemática

Tabla 7. TDC y TBM

2.9.2. TDC y Terapia Focalizada en la Transferencia (TFT)

La Terapia focalizada en la transferencia se centra en el análisis de la transferencia, de las relaciones objetales internalizadas y de los mecanismos defensivos primitivos, activados en el “aquí y ahora” del marco terapéutico.

La adaptación de la TFP para adolescentes (TFP-A) (Normandin et al., 2015) tiene como objetivos: la eliminación de bloqueos para el desarrollo de una identidad normal y promover el funcionamiento adaptativo en los adolescentes que exhiben difusión de identidad. Se basa

en la integración de la teoría de las relaciones de objeto, los sistemas familiares, el apego, la neurobiología del desarrollo y los enfoques de comportamiento cognitivo, llevando a cabo modificaciones en el análisis de la transferencia y en el proceso de clarificación, todo ello con la inclusión del trabajo familiar (y/o entorno). Las técnicas utilizadas en la TFP-A son la clarificación (que podría ser el equivalente del análisis en cadena de la TDC), la confrontación (para señalarles sus fallos en la mentalización) y por último la interpretación (al lanzarles sus fallos en la mentalización a través de la transferencia).

En el estudio llevado a cabo por Clarkin y colaboradores (Clarkin et al., 2001) en el que se estudió la eficacia de la TFP en 23 mujeres con diagnóstico de TLP tratadas con TFP durante 1 año, se objetivó menos intentos de suicidio, reducción significativa en la letalidad del comportamiento autolítico, y menor número de hospitalizaciones y duración de las mismas.

En un ensayo clínico aleatorizado liderado por Clarkin (Clarkin et al., 2007) en el que se asignaron 90 pacientes a TDC, TFP y TAU respectivamente, se objetivó en todos los grupos una disminución en depresión y ansiedad y un aumento en el funcionamiento global y social. Los pacientes asignados al tratamiento con TFP y TDC presentaron una reducción significativa en la probabilidad de suicidio, y los asignados a TFP y TAU una mejoría en la impulsividad. Los pacientes asignados al tratamiento con TFP presentaron una mejoría significativa en la ira, la irritabilidad y los ataques verbales y físicos además de una mejoría significativa en su funcionamiento reflexivo y estilo de apego.

En otro ensayo clínico (Doering et al., 2010) en el que se aleatorizaron 104 mujeres a tratamiento ambulatorio durante un año con TFP y con TAU respectivamente, se objetivó que el grupo de tratamiento con TFP al año cumplían menos de cinco criterios de TLP del DSM-IV, presentaban una mejora en el funcionamiento psicosocial y de la organización de la personalidad, menos intentos de suicidio en comparación con el grupo TAU, el cual se mantuvo sin cambios, y menos hospitalizaciones.

En resumen, en relación con la efectividad de las diversas herramientas psicoterapéuticas en población adolescente, se puede concluir que la TDC-A ha demostrado efectividad en 13 estudios (7 estudios son de contexto clínico comunitario y 6 de contexto residencial), demostrando una disminución de las autolesiones, con o sin intencionalidad suicida, disminución en la tasa de hospitalización psiquiátrica, disminución de síntomas asociados al TLP y trastorno depresivo mayor durante el tratamiento. Se ha observado un mantenimiento

significativo de la disminución de las autolesiones, de la ideación autolítica y de la sintomatología depresiva tras doce meses de finalizar el tratamiento. Del mismo modo, se objetiva una mejoría del funcionamiento general del adolescente y de la sintomatología depresiva en los cuidadores. Es una herramienta que presenta alta aceptabilidad y la baja tasa de abandono. La TBM-A es una herramienta eficaz para el tratamiento de las autolesiones en adolescentes al haber demostrado diferencias significativas en un estudio controlado.

Las principales revisiones sistemáticas y los estudios de meta-análisis avalan la eficacia diferencial de la TDC sobre otros tipos de terapias, sin embargo, se debe hacer uso de las diferentes herramientas psicoterapéuticas en función de la sintomatología y la gravedad de la misma en cada momento de la evolución de la enfermedad, tal y como se representa en la tabla 8.

ESTADIO CLÍNICO	GRAVEDAD	DEFINICIÓN	INTERVENCIONES POTENCIALES
Preclínico	Por debajo del nivel	Síntomas aislados, riesgo por AF o eventos vitales o tipo de apego. *No autolesión, no tentativa suicida	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación (paciente y familia) Foco: apoyo y resolución de problemas
Inicial-Leve	1º episodio cumple criterios de TLP	Si autolesión *No tentativa suicida	<ul style="list-style-type: none"> GPM/Manejo de caso/ Grupo de habilidades TDC
Moderado	Tiempo manteniendo criterios TLP	No responde al tratamiento básico Si autolesión Si tentativa suicida	<ul style="list-style-type: none"> GPM con medicación Grupo de habilidades TDC Terapia TDC/TBM/TFP
Severo	Remite y recae	Si autolesión Si potenciales tentativas suicidas graves	<ul style="list-style-type: none"> GPM con manejo médico Tratamiento más intensivo en Hospital de Día o ámbito residencial Cambiar de terapia o integrar varias
Crónico-Persistente	No responde a intervenciones No remisión	Sin respuesta a tratamientos anteriores	<ul style="list-style-type: none"> GPM Terapia de apoyo

Tabla 8. Modelos psicoterapéuticos

3. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Haciéndonos uso de la definición clásica de Taylor y Bogdan (1992) los *"métodos cualitativos son todos aquellos que pretenden responder a por qué, qué o cómo, más que a cuántas veces o cuánto. Se refiere a la investigación que produce datos descriptivos basados en las propias palabras de las personas o en la observación de su conducta. El objetivo de la investigación cualitativa es el desarrollo de conceptos que nos ayuden a entender los fenómenos sociales en su ambiente natural, ofreciendo el adecuado énfasis a los significados, experiencias y puntos de vista de los participantes"*.

La metodología cualitativa es esencial para las ciencias de la salud porque permite estudiar aspectos que no podrían ser investigados con otras metodologías como conductas, valores, actitudes, expectativas, interacción entre las personas, impacto del sufrimiento, factores económicos, sociales, culturales y políticos que influyen en la salud y en la enfermedad. Permite dar voz a las personas, generar hipótesis y dar sentido a cuestiones complejas. La metodología cualitativa cuestiona la identificación de realidad y ciencia exclusivamente con lo cuantificable dado que esta visión limita la comprensión de realidades complejas (Berenguera et al., 2014). Sin embargo, como afirman Munarriz y San Juan, la fascinación por el número domina nuestra especialidad (Munarriz & San Juan, 2001). El uso de metodología cuantitativa ha contribuido a la consideración de la psiquiatría como una disciplina científica rigurosa, ha restado disputas más basadas en diferencias de escuela que en pruebas y ha aportado un buen conjunto de datos que permiten falsar hipótesis sobre la génesis, desarrollo, identificación y manejo de los trastornos mentales. Sin embargo, esta orientación, llevada a sus extremos con el reduccionismo biológico, no ha estado exenta de problemas. Para Bracken et al (Bracken et al., 2012), la psiquiatría ha estado hasta ahora guiada por un paradigma tecnológico que, aun no ignorando aspectos como significados, relaciones y valores, los ha mantenido como asuntos secundarios. El predominio de este paradigma ha llevado a entender los sistemas clasificatorios, modelos causales de conocimiento del sufrimiento mental y encuadre del cuidado psiquiátrico como una serie de intervenciones discretas que pueden ser analizadas y medidas generalmente de forma cuantitativa e de forma independiente del contexto. El "paradigma tecnológico" trabaja con una orientación positivista e implica las siguientes asunciones:

- Los problemas de salud mental son causados por mecanismos o procesos defectuosos de alguna clase, implicando sucesos fisiológicos o psicológicos anormales que ocurren dentro del individuo.
- Estos mecanismos o procesos pueden ser modelados en términos causales. No son dependientes del contexto.
- Las intervenciones tecnológicas son instrumentales y pueden ser diseñadas y estudiadas independientemente de relaciones y valores.

Aunque los problemas de salud mental tienen una dimensión biológica indudable, en su misma naturaleza alcanzan más allá del cerebro e implican dimensiones sociales, culturales y psicológicas. Si se trata de trabajar en un modo basado en la evidencia y de forma colaborativa con los usuarios de servicios, se necesita una psiquiatría que sea intelectual y éticamente adecuada para ocuparse de la clase de problemas que se le presentan (Bracken et al., 2012). Bradley Lewis, en este mismo sentido, considera que en este momento el paradigma dominante en psiquiatría, y concretamente el excesivo peso que se ha otorgado en el mismo a los abordajes farmacológicos, está siendo objeto de críticas procedentes de muchos sectores que recuerdan a las que sirvieron de motivación para el cambio del sistema de atención a la salud mental en los años 60 y 70. Invita a los psiquiatras a utilizar para entender la situación de la disciplina los mismos instrumentos que los psiquiatras narrativistas utilizan para intentar ayudar a sus pacientes a dar sentido a sus experiencias. Se trataría de entender que es lo que nos permite utilizar metáforas de cerebros rotos, conflictos inconscientes, distorsiones cognitivas o disfunciones familiares para dar cuenta de nuestro trabajo y, desde allí ser capaces de construir una historia alternativa, una nueva identidad narrativa. El autor recalca que lo que propone no es el abandono de los modelos biológicos sino el reconocimiento de que todos los modelos pueden ser útiles (Lewis, 2014). Al mismo tiempo que se produce esta reflexión crítica de los profesionales sobre su práctica, se desarrollan los modelos de recuperación (Division of Clinical Psychology, 2014) y los movimientos de usuarios y ex usuarios de salud mental que reivindican su propia voz, el conocimiento por la experiencia (Correa, 2010) y una escucha que no cosifique (Stastny et al., 2007).

Una característica fundamental de la investigación cualitativa es la importancia que se da a la teoría. No es una aproximación ateorética. Hay un nivel de los datos y otro de

fundamentos teóricos, en interacción dialéctica. La construcción dialéctica del conocimiento es consustancial a lo cualitativo (González Rey, 2000). Por eso sus diseños están atentos a lo emergente, son inductivos, partiendo siempre de los datos. El investigador tiene una suposición preconcebida antes de iniciar la investigación, la utiliza y modifica en su desarrollo y considera que la generación de teoría es uno de los resultados posibles (Ortí, 1986) (Strauss & Corbin, 1998).

La metodología cualitativa trata de acceder a la comprensión de las emociones y cogniciones construidas por los sujetos a lo largo de determinadas experiencias, las cuales nos revelan a través de su discurso.

3.1. El proceso de investigación cualitativa

Podemos decir que las características más específicas de un diseño cualitativo son:

- El carácter abierto y recurrente del proceso de investigación. A lo largo del desarrollo de un estudio cualitativo, la interacción entre el encuadre teórico, la orientación de los investigadores, los sujetos y el campo de la investigación, lleva a replanteamientos frecuentes del trabajo. Los criterios de calidad no incluyen que el proceso se desarrolle fielmente según el modelo inicial, sino que sepa a adaptarse a los hallazgos en el trabajo de campo. Estos cambios han de documentarse, explicarse y justificarse.
- La predilección por las opciones multimétodo, de manera que sucesiva o simultáneamente se utilizan distintas metodologías, diferentes informantes o diversos paradigmas. Pueden combinarse métodos cuantitativos y cualitativos, o buscarse información de diferentes informantes. Con estas operaciones, se pretende una aproximación a la realidad de la manera más completa posible, y no es correcto entenderlas únicamente como estrategias de verificación de la validez.
- La incorporación de todas las reflexiones sobre el diseño, el trabajo previo de los investigadores y sus consensos, al cuaderno de bitácora de la investigación, como material sobre el que también se trabaja a la hora de elaborar las conclusiones.
- El interés por una visión lo más completa y próxima a la realidad posible.

3.2. Criterios de calidad en investigación cualitativa

En la investigación cuantitativa, criterios como la validez o la fiabilidad están muy desarrollados. Las diferentes operaciones a las que se someten los datos para poder ser adecuadamente incorporados al aparato numérico y estadístico, requieren de un sofisticado sistema de control que dé confianza a los investigadores y a los destinatarios de la investigación. Así, la validez de la información no se suele cuestionar, en tanto que es recogida directamente, y el carácter especulativo, subjetivo y sujeto a discusión de los resultados, se da por sentado.

En general, hay una creciente preocupación por el tema del rigor, que trata de combinar la especificidad de lo cualitativo con ciertas normas que provienen de una mentalidad cuantitativista.

Gergen (Gergen, 2014) se sitúa en lo que le parece una transición que están viviendo la Psicología y las ciencias sociales en general al pasar de una visión completamente dominada por la ciencia empírica a una más pluralista en la que tienen cabida perspectivas, puntos de vista y propósitos distintos para guiar el trabajo de investigación y se pregunta por si pueden articularse unos criterios de excelencia para ésta. Parece claro que los criterios que permiten evaluar la calidad de la investigación cuantitativa no sirven para la cualitativa. Se han hecho varias propuestas para valorar la calidad y excelencia de investigaciones realizadas con metodología cualitativa (Denzin & Lincoln, 2011) (Devers, 1999) (Elliott et al., 1999) (Fossey et al., 2002) (Gergen & Gergen, 2000) (Guba & Lincoln, 1994) (Jeanfreau & Jack, 2010) (Lietz & Zayas, 2010) (Maxwell, 2011) (Reicher, 2000).

Guba y Lincoln (Guba & Lincoln, 1994) proponen que la integridad de los resultados de investigación cualitativa depende de la credibilidad (*confianza en la "verdad" de los hallazgos*), transferibilidad (*mostrar que los hallazgos son aplicables en otros contextos*), confianza (*mostrar que los hallazgos son consistentes y pueden ser repetidos*) y confirmabilidad (*los resultados del estudio están conformados por los encuestados y no por sesgos del investigador o por otros intereses*). Proponen técnicas para mejorar cada uno de estos cuatro puntos, como la reflexividad del equipo o la triangulación. Yardley (Yardley, 2000) propone unos criterios de evaluación que están relacionados con la sensibilidad al contexto y el papel del investigador en el mismo, la minuciosidad en la recogida y análisis de los datos, la reflexividad del equipo investigador y la importancia de la investigación en

términos de utilidad práctica y teórica. Otros autores (Miles & Huberman, 1994) (Patton, 1999) (Popay et al., 1998) abundan en la selección de criterios que puedan definir la excelencia en investigación cualitativa. Con el objetivo de formular y definir las normas para la presentación de informes de investigación cualitativa, preservando la flexibilidad necesaria para adaptarse a diferentes paradigmas, enfoques y métodos, el grupo de O'Brien (O'Brien et al., 2014) repasaron las directrices, estándares y criterios de evaluación crítica para la investigación cualitativa mediante la búsqueda en PubMed, Web of Science y Google hasta julio de 2013 y elaboraron las normas para la Investigación Cualitativa (SRQR) que se compone de 21 puntos. Los autores definen y explican los elementos clave de cada tema y dan ejemplos de artículos publicados recientemente para ilustrar las formas en las que se puedan cumplir las normas. Abarcan aspectos que van desde la identificación en el título de la aproximación cualitativa o el método de recogida de datos, la formulación del problema y el propósito de la investigación en la introducción, múltiples aspectos de la metodología (aproximación cualitativa, características de los investigadores y experiencia, relación con los participantes, contexto, estrategia de muestreo, instrumentos para la recogida de datos, proceso y análisis de los datos y utilización de técnicas para mejorar la confiabilidad), síntesis e interpretación de los datos y relación con datos empíricos en los resultados e integración con el trabajo previo, implicaciones, transferibilidad, contribución y limitaciones en las conclusiones.

Otro grupo de trabajo (Tong et al., 2007) desarrolló un checklist para estudios cualitativos que hubieran utilizado grupos focales o entrevistas en profundidad. Los criterios incluidos en COREQ (anexo VI), una lista de 32 ítems, pueden ayudar a los investigadores a informar de los aspectos importantes del equipo de investigación y reflexividad, diseño y contexto del estudio, resultados, análisis e interpretaciones.

Plataformas como BioMed Central, que permite la publicación y acceso en abierto a más de 200 publicaciones científicas revisadas por pares también han acogido criterios de excelencia para la publicación de artículos que utilizan metodología cualitativa. En el caso de Bio Med Central, son los criterios RATS (anexo VI), modificados de Clark (Clark, 2003). RATS hace referencia a:

- R.- *Relevance*. Relevancia del estudio. ¿Es relevante desde el punto de vista de la clínica, la salud pública, la política de salud?

- A.- *Appropriateness*. Pertinencia de la metodología cualitativa. ¿Es la metodología cualitativa la mejor aproximación para los objetivos del estudio?
- T.- *Transparency*. Transparencia de los procedimientos. Referido a aspectos relacionados con el muestreo, reclutamiento, recolección de datos, papel de los investigadores y aspectos éticos.
- S.- *Soundness*. Solidez del enfoque interpretativo. ¿Es el tipo de análisis el apropiado para el tipo de estudio?, ¿se presentan las interpretaciones claramente y están basadas en la evidencia?, ¿son las citas utilizadas apropiadas y efectivas?, ¿se comprobó la fiabilidad de los datos y la interpretación?

En nuestro medio, Gaceta Sanitaria ha elaborado normas para la publicación de artículos que utilizan metodología cualitativa (Briones et al., 2013) (Vives-Cases et al., 2013) que hacen referencia a la relevancia y consistencia del estudio.

Gergen (Gergen, 2014) considera que estos criterios de calidad en investigación cualitativa no proporcionan pautas satisfactorias. Plantea que probablemente no es posible hacerlo, pero hace unas consideraciones que pretenden ser esclarecedoras. Comienza sugiriendo 5 alternativas a las asunciones y objetivos de la investigación empírica tradicional que en lugar de pretender poner a prueba hipótesis para mejorar nuestra capacidad de predicción y control persiguen otros objetivos como: indagar en la estructura del significado de los seres humanos, liberar a los lectores de convenciones opresoras, dar voz a minorías, revelar formas de vida cultural a través de revelaciones personales y actuar para cambiar la sociedad. Repasa las principales corrientes de la investigación cualitativa (fenomenología, análisis del discurso, análisis narrativo, autoetnografía y acción investigación) y revisa las aportaciones a la búsqueda de la excelencia propias de cada una de las comunidades de práctica (Lave & Wenger, 1991) que se corresponden con los cinco enfoques anteriormente citados. Por el interés que tiene para la metodología de este trabajo de investigación, recogemos sus propuestas en cuanto a análisis del discurso y narrativas:

1. *El análisis del discurso*

Como el principal objetivo del análisis crítico del discurso es la liberación de las convenciones, uno de los principales criterios de excelencia es el poder retórico de la crítica. Aquí no se trata de buscar una verdad sino resultados útiles de acuerdo con unos valores.

Ello ha obligado a buscar alternativas a la validez objetiva que se han llamado validez interpretativa, validez transformacional, o validez catalítica. En esta perspectiva una marca de excelencia es que el investigador incluya una reflexión crítica sobre el carácter de construcción de su investigación y que encuentre el modo de invitar al lector a un diálogo reflexivo sobre la práctica de la investigación.

2. El estudio de narrativas

La necesidad de que las narrativas seleccionadas sean representativas hace que algunos de los criterios del enfoque positivista sean de aplicación. En este caso a esto se añade una dimensión ética que implica mostrar respeto y honrar la voz de los representados. Gergen se pregunta si se pueden generar criterios más allá de cada comunidad particular. Considera que los intentos de hacerlo han dado lugar a posiciones positivistas o postpositivistas - categoría en la que analiza las propuestas de Saldaña (Saldaña, 2013) o Fossey (Fossey et al., 2002)-. Para Gergen hay que ser cautelosos y sería más útil acordar una serie de criterios muy generales que especifiquen mínimamente la clase de actividades que deben incluirse en el amplio espectro de la investigación cualitativa. Pone como ejemplos cuestiones como si la investigación contribuye a nuestra capacidad de entendimiento, enlaza con diálogos relevantes en el campo, es riguroso en su diseño y su forma de llevarlo a cabo y está escrito de un modo coherente e inteligible. Gergen alerta de las múltiples formas en las que unos criterios semejantes podrían convertirse en restricciones al conocimiento y recomienda huir de la metodolatría, invertir la óptica tradicional y empezar por plantear cuáles son los objetivos que pretendemos lograr para preguntarnos luego qué prácticas de indagación nos facilitarán el conseguirlos (Gergen, 2014). Concluye que estamos en una situación de transición después de casi un siglo de dominio de la ciencia empírica en Psicología y que van a coexistir distintos paradigmas y ninguno va a poder reclamar la supremacía. Su opinión es que habrá que seguir dialogando, pero es preciso renunciar a disponer de unos criterios unívocos de excelencia. Sí existen, sin embargo, criterios compartidos por diferentes comunidades. Cuando los acuerdos en el seno de las comunidades son frágiles y los límites de las mismas porosos, hay que estar abiertos a una continua reflexión sobre los criterios. Considera que el pragmatismo reflexivo puede ser una buena aproximación a la indagación y la evaluación. La primera pregunta es si las prácticas en cuestión efectivamente contribuyen

a lograr los propósitos y, luego si están suficientemente claros cuáles son los valores en que se sustentan y los que se sustituyen.

Aun de acuerdo con Gergen en que lo que debe guiar la elección del método de investigación es el propósito de la misma y que la excelencia está relacionada con poder contestar esa pregunta de investigación, hemos decidido someter este estudio a los criterios RATS (Clark, 2003) que aparecen en el anexo VII. Hemos optado por estos criterios por el rigor con el que hay que argumentar la relevancia del estudio, la pertinencia de la metodología cualitativa, la transparencia en el procedimiento y la solidez de la aproximación interpretativa.

3.3. Grupo focal como método de recogida de la información para la investigación cualitativa

Para Morgan y Krueger (Morgan & Krueger, 1998), un grupo focal es una técnica de investigación cualitativa que consiste en la celebración de reuniones de grupos de entre 4 y 12 personas, seleccionadas de acuerdo con criterios determinados, para que sostengan una conversación lo más espontánea posible acerca de unos temas que el conductor o facilitador les va presentando. El discurso, así obtenido, es transcrito, analizado e interpretado en diferentes grados de complejidad y abstracción (Kitzinger, 1995).

Es un método que se centra en la realidad social, es flexible, obtiene resultados rápidos, tiene una gran validez subjetiva y aprovecha las ventajas de la interacción grupal. En su contra, se encuentra la dificultad de un análisis detallado, el papel muy determinante de los conductores, la dificultad para tratar algunos temas delicados y los problemas logísticos para la reunión del conjunto de individuos.

Los aspectos para los que hay unas directivas más consensuadas, son:

- *Tamaño del grupo*

Hay acuerdo en que el tamaño ha de oscilar entre 4 y 12 miembros. La decisión final depende del número de preguntas a realizar, el tiempo disponible, el tipo de conducción y sobre todo de los objetivos del estudio. En un trabajo exploratorio, es mejor celebrar muchos grupos de pequeño tamaño. Si el objetivo es confirmatorio, el tamaño grupal puede ser mayor.

- *El número de grupos*

Depende de las divisiones que se puedan suponer en la muestra. Los participantes en el grupo han de tener suficientes características comunes como para que la interacción sea posible y suficientes diferencias como para que se establezcan puntos de vista diferentes y se genere discusión. No hay una regla fija y la elección ha de hacerse considerando al mismo tiempo el tema que se trata, las características del medio social y cultural en el que se realiza la investigación, y los objetivos a seguir. Cuantas más características de corte se establezcan, más grupos se necesitarán.

- *Número de sesiones*

Depende también de los objetivos y de la implicación de los participantes con el tema a tratar.

- *Duración de las sesiones*

Se terminan cuando ya la información que aparece es redundante. Hay acuerdo en que no es conveniente extenderse más allá de 90 minutos.

- *Conducción*

Antes de la sesión del grupo, el conductor -y el observador si lo hay-, han de elaborar un guion con las preguntas a formular o los temas que se van a tratar.

Conviene tener preparada de antemano la presentación inicial, que consiste en un agradecimiento por la participación, un reconocimiento de la importancia de la misma, la descripción del encuadre, una invitación a la discusión libre y espontánea, y una pregunta inicial.

Durante el desarrollo de la sesión, el conductor va introduciendo con flexibilidad los temas que se han de tratar si estos no aparecen espontáneamente, y limita o restringe las intervenciones poco pertinentes. El grado de directividad, depende del objetivo del estudio. Si es exploratorio, conviene dejar un amplio margen a la discusión. Si, por lo contrario, se pretende una aproximación en profundidad a un tema, el conductor interviene más, pero procurando reservar las preguntas más cerradas para el final.

La convocatoria concluye cuando se agota el tiempo señalado, cuando se han completado todos los temas o ya el discurso es redundante. La tarea del conductor es la de establecer la agenda de la reunión sin que se note.

3.4. Diferencias entre investigación cualitativa y cuantitativa

Las técnicas cualitativas pretenden responder a por qué o cómo, más que cuántas veces o cuánto. Producen datos descriptivos basados en las propias palabras de las personas o en la observación de su conducta. El objetivo es el desarrollo de conceptos que nos ayuden a entender los fenómenos sociales en su ambiente natural, ofreciendo el adecuado énfasis a los significados, experiencias y puntos de vista de los participantes.

En la tabla 9 resumimos brevemente las diferencias entre el método cuantitativo y cualitativo (Munarriz & San Juan, 2001).

	CUANTITATIVO	CUALITATIVO
Elementos básicos de la definición	Número Explicar Contar ¿Cuánto? Hechos Objetividad	Palabra Entender Describir ¿Qué? Significados Relativismo
Aspectos metodológicos	Análisis estadístico Comprobar Muestreo aleatorio Fiabilidad Deductivo Ámbito experimental Controlado, reduccionista Diseño prefijado Encuesta Sedentaria (axiomática)	Conceptualización Generar Muestreo teórico Validez Inductivo Ámbito natural Abierto, integrador Diseño emergente Observación, entrevista Nómada
Actitud del investigador	Insensible al contexto Externo a la praxis Objetividad Neutral	Sensible al contexto Inmerso en la praxis Subjetividad Comprometido

Tabla 9. Diferencias entre el método cuantitativo y cualitativo

3.5. Análisis cualitativo en investigaciones psicológicas

En las últimas décadas se observa un impulso investigador hacia las aproximaciones cualitativas en las áreas de desarrollo de las ciencias sociales (Trinidad et al., 2006) en general y de la psicología en particular (Carrera et al., 2012).

El equipo de trabajo de Gergen (Gergen et al., 2015) saluda a lo que llaman la nueva ola de la investigación cualitativa puesta de manifiesto en el campo de la psicología por la creación de la *Society for Qualitative Inquiry in Psychology*, el cambio de la denominación de la sección quinta de la Asociación de Psicólogos Americanos que ha pasado a llamarse *Division of Quantitative and Qualitative Methods* y la aparición de la nueva revista de la APS *Qualitative Psychology*. Consideran que este movimiento supone una expansión y enriquecimiento de la investigación en Psicología. Ponen en relación este crecimiento tanto con la reactivación de los movimientos por el cambio social que se han sucedido desde los años sesenta y los movimientos críticos en la psicología como con el debilitamiento de las visiones más positivistas de la ciencia interesadas sólo en las relaciones causa-efecto. También han contribuido a este movimiento el enorme desarrollo de los métodos cualitativos en otros campos de las ciencias sociales y el gran desarrollo de la comunicación global. El mismo equipo de trabajo (Gergen et al., 2015), desde la perspectiva que denominan como *pragmatismo reflexivo*, afirman que cualquier forma de conocimiento conlleva valores implícitos y privilegia unas formas de vida frente a otras. Consideran que ambas aproximaciones, cuantitativa y cualitativa, pueden ser complementarias y citan tres tradiciones que consideran que están siendo, de algún modo, reactualizadas: la hermenéutica, la construccionista y las basadas en la praxis.

La expansión de la investigación cualitativa pretende ser inclusiva y aboga no por la confrontación sino por la confluencia con otras formas de hacer en investigación, por el uso de métodos mixtos y por una apertura a múltiples culturas y a la construcción de un conocimiento global. De igual manera, se ha producido un rechazo progresivo de la tajante distinción establecida en la tradición empirista de la psicología entre el científico observador y los sujetos observados y su corolario de autoritarismo. El objetivo ha dejado de ser conocer “sobre” para pasar a ser conocer “con” y eso ha modificado las relaciones entre el científico y la sociedad.

Podemos encontrar una extensa bibliografía y multitud de propuestas sobre cómo analizar los datos de narrativas autobiográficas. Sin embargo, según Demazière y Dubar (Demazière & Dubar, 1997) existen serios déficits metodológicos al respecto. Es importante aclarar que los investigadores cualitativos, ya sea inspirándose en un paradigma fenomenológico o constructivista, no están en la búsqueda de una verdad definitiva sobre la experiencia. Ellos no consideran la realidad como fija, sino que presuponen que los individuos traen una perspectiva única en su manera de ver y comprender el mundo que les rodea. Por otra parte, el investigador puede utilizar diferentes métodos para la comprensión de los datos y para resaltar ciertos hallazgos, sean estos complementarios al fenómeno en estudio, o bien contradictorios o ausentes (Lyons & Coyle, 2007). Lyons y Coyle en su obra citada sobre los análisis cualitativos en investigaciones psicológicas, distinguen cuatro métodos:

- *Análisis Narrativo*
- *Análisis del Discurso*
- *Teoría Fundamentada*
- *Análisis Interpretativo Fenomenológico*

Es necesario diferenciar entre *análisis narrativo* y *análisis del discurso*, a pesar de que varios autores ven a la narrativa como una forma de discurso, considerando por lo tanto al análisis narrativo como un tipo de análisis de discurso (Riessman, 2008) (Demazière & Dubar, 1997). Sin embargo, Lyons y Coyle (2007) esgrimen diferencias fundamentales que giran en torno a dos ideas:

- 1) en el *análisis del discurso* no interesa la experiencia subjetiva sino la manera en que el sujeto usa el lenguaje como reflejo de su forma particular de crear la realidad, en cambio en el *análisis narrativo* este aspecto es fundamental, puesto que este se enfoca en la comprensión de cómo los sujetos experimentan y dan sentido a su mundo, además de priorizar las historias y narrativas personales.
- 2) las diferencias epistemológicas entre ambos análisis influyen en el rol que asume el investigador, en la importancia que se les da a los datos y en las conclusiones a las que se llega. En este sentido, el análisis narrativo se inspira en el *construccionismo contextual*, cercano al realismo crítico, el cual reconoce que el conocimiento, si bien no es objetivo (pues depende del contexto y de la perspectiva de quien lo perciba y del lenguaje usado que refleja el sentido de la experiencia), sí debe ser interpretado

por el investigador. En cambio, el análisis del discurso se acercaría al *construccionismo radical*, que rechaza tajantemente la idea que los datos reflejen la realidad, interesándose más bien en conocer cómo es esta realidad construida por el lenguaje. Es decir, en la interpretación de los datos del análisis narrativo, el investigador está activamente implicado ya que pone en juego sus creencias y concepciones. Dicho aspecto debe ser explicitado por el investigador desde un comienzo, lo cual permite asumir que la fase de interpretación, si bien se basa en los datos, es siempre una construcción subjetiva (Lyons, 2007) (Capella, 2011).

Por otra parte, Demazière y Dubar (1997), quienes consideran la narrativa como una forma de discurso, dividen los análisis en dos grandes tipos: *ilustrativo* e *hiperrealista*.

El *ilustrativo* hace un uso selectivo de las palabras al servicio de lo que quiere mostrar el investigador. El *hiperrealista* trata de dar todo el valor a las propias palabras, intentando no traicionar la palabra de los sujetos, transcribiendo todo literalmente y reduciendo los comentarios al mínimo (Bolívar, 2001). Dichos autores proponen otro método analítico para abordar las narrativas, el cual no se queda en la mera transcripción de citas descontextualizadas, ni tampoco deja al lector que saque solo sus conclusiones a través de la lectura completa y literal. Para ello proponen tres principios a tener en cuenta:

- 1) el texto transcrito es un fenómeno discursivo, por lo tanto, se debe analizar el uso del lenguaje del autor y los posibles sentidos
- 2) durante el proceso de análisis, se debe generar categorías, para lo cual el investigador puede inspirarse en la *Teoría Fundamentada* (Glaser & Strauss, 1967)
- 3) tener cuidado en el cómo se hace la inducción para extraer las categorías y que éstas den cuenta del sentido que los entrevistados atribuyen subjetivamente a sus prácticas. Aquí los autores creen que las propuestas de Glaser y Strauss son insuficientes, y por ello proponen buscar ayuda en la semántica estructural desarrollada en Francia por Barthes y Greimas en los años sesenta (Bolívar, 2001).

Respecto a la *Grounded Theory* o *Teoría Fundamentada* (Glaser & Strauss 1967), que sería el tercer tipo de método de análisis cualitativo dentro de la clasificación que hace Lyons (2007), tendría ciertas semejanzas con el análisis narrativo, pero se diferencia sustancialmente en la manera de abordar y analizar los datos. La *Teoría Fundamentada* se concentra en segmentos del discurso, descontextualizando los datos, mientras que en el análisis narrativo se

considera la narrativa en su conjunto, mirando la historia como un todo (Riessman 2008) (Capella 2011). La *Teoría Fundamentada* es el tipo de análisis cualitativo más usado y es el que da prioridad a las palabras de las personas en los discursos o entrevistas. Este método está dirigido a generar teoría y no a descubrir, y ello se hace a partir de los datos en el curso de la investigación. Es inductivo, es una metodología que busca desarrollar teorías fundamentadas en datos obtenidos y analizados sistemáticamente y que nos debiera conducir a explicar los fenómenos. Se analiza milimétricamente el material, para así generar categorías con los datos (Bolívar, 2001). La teoría emerge de los datos y es contrario a la elaboración de los datos de forma logicodeductiva sin un apoyo empírico. Pretende que el análisis no sea una simple descripción de los hechos, sino que avance hacia la generación de conceptos y de teoría (Andreu et al., 2007). La teoría fundamentada es un método de análisis encaminado hacia la generación de teoría basada en los datos. Aunque sus creadores (Glaser & Strauss, 1967) señalaron que podría servir tanto para análisis cualitativos como cuantitativos, lo cierto es que su utilización ha sido en datos cualitativos fundamentalmente.

La teoría emergente o fundamentada trata de entender y explicar el fenómeno que estudia mediante el método de comparación constante. La recolección y análisis de los datos es simultánea. De esta forma se generan categorías conceptuales que son diseccionadas para determinar sus propiedades y poder establecer relaciones entre estas y otras categorías (Pla, 1999). En el estudio que presentamos a continuación (De Andrés Pizarro, 2000) se desglosa este tipo de análisis en tres etapas, modelo que hemos seguido en la presente investigación:

- 1) *Segmentación*: Se trata de una etapa básicamente descriptiva y clasificatoria en la que se separa el conjunto de datos en unidades. Se puede segmentar a partir de los temas, las características de los participantes, la evolución temporal de la narración o por su combinación.
- 2) *Establecimiento de categorías*: Cada categoría incluye un significado o un tipo de significados, lo que permite clasificar conceptualmente unidades en torno a un tema determinado. Las categorías pueden definirse a priori o irse modificando y ampliando a lo largo del análisis.

- 3) *Codificación*: Se asigna un código indicativo a cada categoría que permita distinguir cada fragmento de información para agruparlo, compararlo e identificar su relación con los elementos teóricos que configuraban nuestra aproximación previa.

En cuanto al método de *Análisis Interpretativo Fenomenológico* que distingue Lyons (2007), es descrito como un procedimiento que consiste en hacer preguntas acerca del significado o sentido que les dan los individuos a sus relatos, siendo su objetivo último la comprensión de la perspectiva personal que tenga el sujeto para dar sentido a su mundo externo e interno.

3.6. Investigaciones cualitativas en adolescentes

La población adolescente ha sido objeto de diversas investigaciones cualitativas tanto en el ámbito social como médico.

Varios son los trabajos cualitativos que estudian los aspectos socioculturales del embarazo y la maternidad en población adolescente. En uno de ellos (Perrotta, 2006) el discurso de las adolescentes entrevistadas confirma la importancia que tiene para ellas el hecho de contar con espacios de reflexión y con referentes con los que hablar de sus dudas y dificultades, y la diferencia que implica para ellas tener a su disposición herramientas o no tenerlas a la hora de enfrentar las decisiones referidas a su sexualidad. Cuantos más espacios de promoción de la salud existan, más posibilidad hay para que cada sujeto se encuentre con sus dudas y contradicciones, pudiendo tomar posición frente a ello en compañía de profesionales de la salud. Otro trabajo (Gómez-Sotelo et al., 2012) en el que se lleva a cabo una investigación cualitativa pretende identificar las representaciones sociales de la maternidad y el embarazo en adolescentes primigestas y en adolescentes multigestas. Las representaciones sociales que se describen tanto en primigestas como multigestas son nuevo estatus social, miedo al rechazo familiar y decisiones trascendentales, y las representaciones sociales exclusivas de las primigestas son el posponer los estudios, la dependencia económico-familiar, y la función del padre del hijo que esperan como contenedor emocional. Además, el bebé ocupa un lugar diferenciado en los dos grupos; mientras que en las multigestas hace parte del núcleo figurativo de la representación ligado al amor, en las primigestas no es el centro de atención y queda relegada su importancia frente a otros contenidos de la representación.

Diversas publicaciones han tenido como objetivo el estudio de la experiencia subjetiva de la enfermedad oncológica tanto en pacientes adultos (Orgaz, 2010) como adolescentes.

Centrándonos en población adolescente, un reciente trabajo (García & Gómez, 2016) tiene como objetivo describir el estilo de afrontamiento y la calidad de vida en un grupo de adolescentes con cáncer, así como indagar acerca de la presencia de diferencias en estas variables en las distintas fases del proceso oncológico. La muestra está constituida por 23 adolescentes con una media de 16 años, a los que se les aplicaron dos instrumentos (Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes 3 y la versión estandarizada de la forma general del Inventario de Calidad de Vida Pediátrico), más una entrevista semiestructurada. Se realizó un análisis descriptivo de los instrumentos y un análisis cualitativo de las entrevistas. En dicho estudio se objetivó que la estrategia de afrontamiento más utilizada fue la religión, mientras que la impotencia y la autolesión fueron menos frecuentes. Los participantes apuntaron una calidad de vida media y las áreas más afectadas fueron el malestar emocional y cognitivo, y el funcionamiento emocional. Este trabajo señala que los adolescentes con cáncer hacen uso de distintos estilos de afrontamiento y presentan deterioro en su calidad de vida independientemente de la fase del proceso oncológico, resultados similares a los reportados en estudios previos (Kameny & Bearison, 2002).

Del mismo modo, varias han sido las investigaciones cualitativas que han tenido como objetivo el estudio del consumo de tóxicos en adolescentes con el fin de estudiar las características de dicho consumo en esta subpoblación e identificar las variables que influyen en el mismo, con la finalidad de desarrollar estrategias de intervención y campañas de prevención. En uno de estos trabajos que utiliza la técnica de los grupos focales como herramienta de recogida de información para llevar a cabo la investigación cualitativa (Carreter et al., 2011) distribuyeron las reuniones en cuatro grupos diferenciados: adolescentes de 14 a 18 años (3º/4º de la ESO y 1º/2º bachillerato), padres de adolescentes, profesores de los centros de educación secundaria y profesionales sanitarios del equipo de atención primaria (médicos y enfermeras). Se elaboró un guion con el fin de delimitar los siguientes bloques temáticos a tratar: patrón, causas y consecuencias del consumo, perfil del consumidor, accesibilidad a los tóxicos, recursos sanitarios disponibles y maniobras de prevención. Se realizaron reuniones hasta saturación de la información (15 reuniones entre los cuatro grupos) con una duración media de una hora. Se procedió a la transcripción de las reuniones y se procesaron los datos con ayuda del programa "ATLAS.ti". Las conclusiones señalan que los adolescentes tienen fácil acceso a los tóxicos y existe una gran magnitud del

consumo. Los sanitarios manifiestan falta de formación específica y consideran que los recursos disponibles son insuficientes. Se observa una gran permisividad sociofamiliar y existe la percepción de que la prevención debe orientarse a las familias ya que un buen ambiente sociofamiliar protege del consumo. Otro trabajo del mismo año (Vasters & Pillon, 2011) pretendía conocer el uso de drogas entre adolescentes (14-19 años) partiendo del inicio del uso hasta las percepciones sobre la adhesión al tratamiento con el fin de conocer la experiencia subjetiva de los adolescentes. Como instrumento de recolección de datos se utilizó un guión para la entrevista semiestructurada a partir de los objetivos propuestos. Atendiendo al discurso de los catorce adolescentes que participaron en el estudio, la marihuana fue la droga más utilizada en la primera experiencia. Los amigos, el tiempo libre, y las fiestas son los factores que favorecen la aproximación con las drogas, aunque reconocen que en ocasiones el consumo de drogas es utilizado a modo de fuga de los conflictos y sentimientos. Ellos aseguran que el inicio del tratamiento especializado para abandonar el consumo se produjo esencialmente por motivaciones externas a ellos, en ocasiones por indicación judicial o por motivación de la familia. De los catorce adolescentes entrevistados solo tres buscaron el tratamiento por motivación propia. Una vez en el proceso terapéutico, ellos enumeran una serie de factores que favorecen la adhesión al tratamiento y el éxito de éste como son: la constitución de una nueva red de relaciones sin la presencia de consumidores de tóxicos, la “fuerza de voluntad”, la buena relación terapéutica y al apoyo sociofamiliar. Del mismo modo, la influencia negativa de los amigos consumidores de tóxicos fue relatada repetidas veces por los adolescentes entrevistados. En este sentido, la búsqueda de una nueva red social protectora puede representar el intento de organizar la vida sin la presencia de las drogas. La participación de la familia en el tratamiento es señalada por los adolescentes como un factor positivo de cara al éxito del tratamiento, mientras que la ausencia de este apoyo fue referida como determinante en el abandono del tratamiento. Estos aspectos intrínsecos y extrínsecos a los adolescentes corroboran los hallazgos de la literatura sobre los factores que dificultan la adhesión al tratamiento. Por último, los adolescentes señalan como elemento de gran ayuda dentro del proceso terapéutico el contar con un espacio que favorezca el diálogo y el acogimiento, con un componente motivacional claro por parte de los terapeutas.

En lo que respecta a investigaciones cualitativas en población adolescente en el marco de la Salud Mental, en un estudio reciente (Westerman et al., 2017) se examinaron las narrativas de los niños y adolescentes que desarrollaron trastorno de estrés postraumático (TEPT) después de un desastre natural y que fueron tratados con la terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma. El primer autor desarrolló un sistema de codificación que utilizó tres conceptos principales (coherencia, elaboración y evaluación) para identificar los cambios de las narraciones a medida que se volvían a narrar en cada sesión terapéutica. El análisis utilizando este sistema de codificación con ayuda de la herramienta informática ATLAS.ti identificó que la lógica interna (coherencia) de las historias se mantuvo, mientras que el detalle (elaboración) disminuyó, y el nivel de evaluación aumentó. La comprensión emergió como un patrón importante, junto con la reducción de la angustia de los participantes durante el curso del tratamiento. A pesar de que estos resultados requieren replicación, los conceptos tienen el potencial de analizar las narrativas del trauma y mejorar las observaciones clínicas.

Como hemos citado con anterioridad, los Trastornos del Comportamiento Disruptivo son la razón más común de derivación a los Servicios de Salud Mental de Niños y Adolescentes (CAMHS). Gran parte de las pautas de tratamiento actuales se centran en los programas de entrenamiento para padres. En un trabajo de naturaleza cualitativa llevado a cabo con madres de adolescentes diagnosticados de Trastorno del Comportamiento Disruptivo, se pretendía conocer la experiencia subjetiva de ellas en lo que respecta a dar sentido al comportamiento problemático de sus hijos. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con seis madres, reclutadas a través de CAMHS. El Análisis Fenomenológico Interpretativo (IPA) reveló cuatro temas principales: *"Comprender al niño emocional"*, *"El padre emocional"*, *"Obtener ayuda"* y *"El viaje"*. Los participantes usaron una variedad de explicaciones para dar sentido al comportamiento de sus hijos, incluyendo el impacto de la pérdida y el trauma. La búsqueda de ayuda se asoció con sentimientos de vergüenza, y los servicios a menudo fueron considerados inconsistentes y estigmatizantes. En cambio, las experiencias positivas fueron aquellas que se caracterizaron por no juzgar, normalizar y tener en cuenta el contexto familiar más amplio, incluidas las propias necesidades emocionales de las madres.

El objetivo de otro estudio cualitativo llevado a cabo entre población adolescente (Sikirica et al., 2015) exploró las necesidades insatisfechas de niños/adolescentes con Trastorno por

Déficit de Atención (TDA) y sus cuidadores en ocho países europeos. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con 38 cuidadores de niños/adolescentes (6-17 años) con TDA con o sin comorbilidades y 28 adolescentes (13-17 años) con TDA con o sin comorbilidades. El reclutamiento se llevó a cabo por internet y las entrevistas semiestructuradas se realizaron vía telefónica. Dichas entrevistas fueron grabadas en audio, transcritas, y codificadas para el análisis con ayuda de la herramienta informática MAXQDA 10. Los cuidadores reportaron sus propios problemas relacionados con el TDA en lo que respecta al impacto social y a las relaciones tensas que establecían, y plantearon como factor a mejorar el dedicar más tiempo al cuidado de su hijo. La medicación se consideró generalmente útil, sin embargo, la mayoría de los niños experimentan síntomas nucleares de TDA mientras estaban tomando la medicación (informado por el 88% de los cuidadores y el 100% de los adolescentes). Los adolescentes a menudo reportaron dificultades para la actividad escolar (96%) y problemas con iguales (75%), mientras que los cuidadores informaron sobre dificultades para la actividad escolar (84%) y problemas con iguales (79%). Los cuidadores solicitaron una educación mínima sobre el TDA y apoyo comunitario. Los cuidadores (29%) y los adolescentes (54%) deseaban medicamentos que controlaran mejor los síntomas, pero tenían la preocupación de que el efecto de la medicación estaba sobredimensionado. Los cuidadores transmitieron su preocupación por los efectos adversos (21%) de dichos tratamientos. Por tanto, los cuidadores europeos de niños/adolescentes con TDA identificaron múltiples necesidades no satisfechas, que persisten a pesar del tratamiento. Los adolescentes señalaron como factores susceptibles de mejora el impacto de la enfermedad en el ámbito escolar y las interacciones con los cuidadores. Es necesaria una investigación futura para cuantificar los hallazgos del estudio y, en última instancia, aliviar el impacto del TDA tanto en los pacientes como en sus cuidadores.

Otro trabajo de naturaleza cualitativa (Balagna et al., 2013) realizado entre adolescentes latinos, estudiantes de Educación Secundaria, con problemas emocionales y de conducta que se encontraban en riesgo de fracaso escolar, pretendía entender sus experiencias y percepciones con el fin de diseñar intervenciones dirigidas a promover su adherencia académica y consecuente éxito. Para ello se contó con 11 adolescentes (11-13 años) a los que se realizó una entrevista cualitativa en profundidad y posteriormente se llevó a cabo el análisis interpretativo fenomenológico (IPA). Los participantes reportaron ser el blanco del

racismo manifiesto y las microagresiones de sus pares. Ellos creen que tuvieron más éxito académico cuando los profesores demostraron flexibilidad, proporcionaron ayuda extra y se comunicaron con afecto y protección. Los datos de este estudio sugirieron que los psicólogos del ámbito escolar podrían beneficiarse de la atención a las percepciones de los estudiantes en riesgo lo que, en el contexto de este estudio, requeriría facilitar un clima escolar inclusivo, fomentar la eficacia del profesor y facilitar tanto las relaciones estudiantiles como las relaciones padres-profesor durante la difícil transición de primaria a secundaria. Otro trabajo cualitativo llevado a cabo entre adolescentes con problemas emocionales y de comportamiento (Vander, 2009) pretendía conocer el modo de llegar a ellos a través de campañas de prevención para el consumo de tóxicos. Participaron 160 adolescentes (12-21 años) de lugares residenciales y se llevaron a cabo grupos focales, técnicas de grupo nominal y sesiones de feedback. Los resultados de este trabajo señalaron que era posible realizar investigaciones cualitativas en población adolescente con problemas emocionales y de conducta, se trataba de una población vulnerable, negativamente influenciada por sus experiencias previas y por el grupo social al que pertenecían. Ellos tenían aversión a ser estudiados y su autoestima era baja, sin embargo, parece posible construir confianza. Los autores de este trabajo concluyen que la investigación es posible en este subgrupo de población adolescente proporcionando un esfuerzo para aumentar la confianza de estos jóvenes emocionalmente marcados, ya que el principal problema que ven en su participación es el temor a la no confidencialidad ya que lo viven como posibilidad de una traición. Finalmente, los participantes valoran de forma positiva el hecho de que sus opiniones se tengan realmente en cuenta.

Otra investigación cualitativa realizada con familias de adolescentes con trastornos disruptivos (Ukamaka et al., 2014) pretendía detectar las necesidades que tenían dentro de los servicios de Salud Mental para lo que se les pidió que describieran el programa ideal para atender sus preocupaciones. Para ello participaron 15 familias a las que se les realizó entrevistas semiestructuradas, posteriormente se seleccionó a 8 con el fin de obtener información adicional para lo que se les propuso participar en grupos focales, aceptando la participación exclusivamente 3 de ellas. Como resultados de las entrevistas semiestructuradas, las familias solicitaron grupos multifamiliares, terapia de familia, terapia individual y líneas telefónicas comunitarias. Tras la realización del grupo focal, las familias

que participaron reportaron la necesidad de que los programas deberían dirigirse a mejorar la comunicación familiar, la resolución de conflictos, la psicoeducación sobre los trastornos disruptivos y las estrategias para mejorar las interacciones con el Servicio de Protección a la Infancia. Por tanto, los datos reportados de este estudio sugieren que los clínicos deben tener en cuenta que todos los miembros de la familia pueden necesitar apoyo para manejar con éxito los estresores asociados al cuidado y a la convivencia con un adolescente que padece un trastorno disruptivo. Al trabajar con las familias, los clínicos debemos proporcionar información sobre la etiología y el manejo de la patología del adolescente, así como ayudar a manejar las interacciones con el Servicio de Protección a la Infancia y emplear estrategias para mejorar la comunicación y el funcionamiento intrafamiliar.

En la actualidad no existen investigaciones cualitativas que valoren la experiencia subjetiva de los adolescentes que han participado en el grupo de formación en habilidades psicosociales según el modelo de TDC, de ahí parte el interés y motivación para llevar a cabo la investigación actual.

3.7. Investigaciones cualitativas en TDC

El primer estudio de naturaleza cualitativa en TDC se realizó en el 2000 (Araminta, 2000) en el que se exploró tanto las experiencias en TDC de los pacientes como de los terapeutas que trabajaban en el programa. Todos los participantes describieron la estructura y las directrices explícitas del programa como útiles, sin embargo los pacientes subrayaban la relación terapéutica como el factor más relevante de cara a la efectividad de la terapia y los terapeutas de TDC enfatizaban el valor de las técnicas y enseñanza de habilidades de la TDC.

En la misma línea que el estudio anterior fue el realizado en el 2003 por el grupo de Perseus (Perseus et al., 2003) en el que incluyeron a diez pacientes con diagnóstico de TLP que habían permanecido al menos un año en el tratamiento y a cuatro terapeutas TDC. Se realizaron entrevistas con el fin de conocer la perspectiva sobre la herramienta psicoterapéutica de los pacientes que habían participado en el programa y la perspectiva de los terapeutas que habían dado el tratamiento TDC usando el análisis de contenido cualitativo. Todos describieron la terapia como una salvación ya que les proporcionó las habilidades para superar los impulsos suicidas y autolesivos. Los participantes y terapeutas describieron aspectos fundamentales de la relación terapéutica, como la comprensión y el

respeto, para que los diversos componentes de la terapia sean efectivos. Asimismo, los participantes señalaron que el grupo de entrenamiento en habilidades psicosociales era el componente fundamental del tratamiento, pese a ser en ocasiones la parte más difícil, ya que proporcionaba herramientas para regular las emociones y aceptar los sentimientos sin hacerse daño. Todos los participantes reportaron valoraciones positivas en comparación con experiencias previas de atención en el marco de Salud Mental.

En el 2004 otro estudio cualitativo se llevó a cabo por el equipo de Cunningham (Cunningham et al., 2004) con el fin de conocer qué es lo efectivo en TDC y el por qué, desde la perspectiva de los participantes que tenían la experiencia de dicho tratamiento. Participaron catorce mujeres con diagnóstico de TLP que al menos haber estado seis meses en TDC. Se llevaron a cabo entrevistas abiertas y semiestructuradas y se les preguntó sobre los diferentes componentes de la TDC y el impacto de la TDC en los diferentes ámbitos de su vida (relaciones interpersonales, control de las emociones, grado de sufrimiento y de esperanza). El discurso de las participantes señala que la TDC es una terapia muy práctica que cambia la vida, ya que les da herramientas para manejar las dificultades mediante el uso generalizado de las habilidades aprendidas en el grupo. Valoran de forma positiva el aprendizaje de las habilidades en un ambiente de aprendizaje activo y colaborativo facilitado por los conductores de los grupos que presentaban un interés genuino de ayuda. Ellos subrayan que el entorno grupal es una parte esencial del entrenamiento de habilidades ya que el apoyo que reciben dentro del grupo, tanto por compañeros como por terapeutas, es un factor relevante en su avance personal dentro del proceso terapéutico. Las habilidades más valoradas fueron mindfulness y HTM. Del mismo modo, ellas señalan que aprendieron a comunicarse eficazmente y a volverse más asertivas mejorando con ello las relaciones interpersonales, gracias también a un mejor manejo de sus emociones. Aseguran que algunas de las habilidades aprendidas se han vuelto tan básicas que su implementación era casi automática cuando la carga emocional de la situación no era muy intensa. Tras la participación en la terapia su autoestima mejora y algunas mujeres sentían que su nivel de sufrimiento había bajado significativamente. Las participantes aseguraron que la terapia es eficaz en la construcción de una vida digna de ser vivida.

Un estudio cualitativo posterior (Hodgetts et al., 2007) con similares directrices que los trabajos anteriores, estudió la experiencia subjetiva en TDC de cinco participantes con

diagnóstico de TLP que habían permanecido en el programa al menos 6 meses. Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas y el análisis fenomenológico interpretativo (IPA) con el fin de conocer las motivaciones para participar en el programa TDC, su experiencia en el tratamiento y su evaluación de la herramienta terapéutica. Los participantes reportaron haber alcanzado una etapa en sus vidas donde una serie de experiencias y motivaciones les impulsaron a buscar el cambio, aunque esto fuera independiente de cualquier opción de tratamiento específica. Pese a que la literatura científica identifica varios tratamientos psicoterapéuticos adecuados para el trastorno de la personalidad, los participantes en este estudio informaron que sólo se les ofreció TDC como tratamiento posible. El compromiso de los pacientes con el programa varía desde la curiosidad hasta la incredulidad total, lo que pone de manifiesto una falta de motivación propia inicial. Ellos señalan que para que la TDC sea efectiva requiere de compromiso con la terapia y de motivación para el cambio por parte del paciente. Revelan resultados positivos de cara a la mejora de su funcionalidad en diversos ámbitos de su vida aunque no establecen una relación exclusiva de esta mejora con la herramienta TDC y plantean la posibilidad de que otros factores externos contribuyan en dicha mejora.

Un trabajo de naturaleza cualitativa del equipo de McSherry (McSherry et al., 2012) realizó entrevistas semiestructuradas y grupos focales con 8 pacientes diagnosticados de TLP para conocer su experiencia subjetiva sobre la TDC y la repercusión que este tratamiento había tenido en sus vidas. En lo que respecta al grupo de entrenamiento de habilidades muchos de los participantes señalaron que las habilidades eran útiles para ayudar a regular las emociones y el malestar. En particular, las *HBC* (mindfulness) fueron identificadas como las más útiles, y sugirieron mayor duración de la sesiones grupales ya que sentían que se requería más tiempo para evitar que las habilidades nuevas se dieran de modo apresurado en determinadas ocasiones. La mayoría de los participantes señalaron que un aspecto importante de grupo de entrenamiento era el reunirse con otras personas que compartían una experiencia de sufrimiento similar, lo que provocó un sentimiento de pertenencia entre los participantes de la terapia ya que todos habían reportado el hecho de sentirse de alguna manera diferente a las demás personas de su entorno debido al estigma asociado a la enfermedad mental. Para ellos, identificarse con otros participantes les proporcionó un renovado sentido de la identidad, reduciendo de forma efectiva su nivel de soledad y de esta

forma poder desarrollar el valor y la confianza para establecer de nuevo relaciones interpersonales. Una participante también informó de un cambio después de su participación en el programa, momento en el que ya no se sentía definida por el diagnóstico de TLP. El desacoplamiento del yo del "yo diagnosticado" pone de manifiesto un cambio adaptativo en la identidad, que desafía el "autoestigma" y proporciona resiliencia para manejar las dificultades. Del mismo modo, todos los participantes reportaron cambios positivos en sus vidas desde que participaron en el programa y recomendaron el tratamiento a otros. Los participantes aseguraron que las habilidades adquiridas en el grupo estaban ahora integradas en su rutina diaria.

En una reciente revisión (Katsakou & Pistrang, 2017) se han sintetizado los hallazgos de estudios cualitativos que exploran las experiencias de los pacientes diagnosticados de TLP sobre el tratamiento que han realizado y sus percepciones de recuperación. Para ello, se identificaron 14 estudios y se utilizó un análisis temático para sintetizar los hallazgos. Como resultados se identificaron diez temas que fueron agrupados en tres dominios. El primer dominio fue las "áreas de cambio" identificadas por los participantes que consistían en el desarrollo de la autoaceptación y la confianza en sí mismos, el ser capaces de controlar pensamientos y emociones difíciles, el practicar nuevas formas de relacionarse y la generalización de estos cambios en su vida diaria. El segundo dominio fue las "características de tratamiento útiles e inútiles", resaltando elementos de ayuda del tratamiento como la seguridad, la contención, ser cuidado y respetado, y que el tratamiento se centre en el cambio. Y por último el tercer dominio se refirió a "la naturaleza del cambio", en el que los participantes explicaban la experiencia de cambio como un viaje abierto con una serie de logros y retrocesos. En este trabajo se destacan las áreas de cambio experimentadas por los pacientes que recibieron diferentes tratamientos efectivos para el TLP, no solo TDC, y se describen las características del tratamiento más valoradas por ellos aunque son precisos más estudios con el fin de entender cómo se logran los cambios descritos.

No existen trabajos de naturaleza cualitativa que valoren la experiencia subjetiva de la población adolescente que ha participado en un programa de TDC.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1. OBJETIVOS

Aunque este estudio constituye un proceso reflexivo y por lo tanto está a priori abierto a cierta indeterminación metodológica y va al encuentro del significado que generen los propios participantes, el diseño no se configura de forma totalmente emergente y con el fin de determinar la validez de las hipótesis planteadas, planteamos los siguientes objetivos:

- Conocer la experiencia subjetiva de los adolescentes con Trastorno de Conducta que han participado en el grupo de formación en Habilidades Psicosociales según el modelo de Terapia Dialéctica Conductual.
- Valorar la utilidad de las Habilidades Psicosociales según el modelo de Terapia Dialéctica Conductual para adolescentes con Trastornos de Conducta.
- Objetivar los beneficios que aporta a los adolescentes con Trastorno de Conducta la participación en un grupo como un espacio de aprendizaje y convivencia con iguales y figuras de autoridad.

2. HIPÓTESIS

El discurso de los adolescentes que han participado en el grupo de formación en Habilidades Psicosociales según el modelo de Terapia Dialéctica Conductual aportará significados de utilidad en la comprensión de aspectos relacionados con:

- Los Trastornos de Conducta.
- La utilidad de las Habilidades Psicosociales.
- La importancia del grupo como un espacio de aprendizaje y convivencia con iguales y figuras de autoridad en una atmósfera de seguridad y respeto mutuos.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. DISEÑO DEL ESTUDIO

En el presente trabajo se pretende realizar un estudio de corte cualitativo cuyo objetivo esencial reside en valorar la experiencia subjetiva de los adolescentes cuyo diagnóstico incluya síntomas como alteración de conducta, desregulación emocional o impulsividad, que han completado el entrenamiento en Habilidades Psicosociales según el modelo de Terapia Dialéctica Conductual, utilizando el modelo específico de adolescentes (Miller et al., 2007).

Dentro de las técnicas de uso habitual en los estudios de tipo cualitativo, creemos que los grupos focales ofrecen unas ventajas claras. El flujo de información que sirve de base para extraer las ideas vertidas y categorizarlas se ve incrementado en gran medida por el entorno grupal en el que se produce. Los miembros del grupo construyen sus opiniones también a partir de las intervenciones de los otros, matizando y enriqueciendo sus propias percepciones a través de un diálogo múltiple que genera una tormenta de ideas dirigida por el conductor de la experiencia.

Por otra parte, el equipo investigador posee experiencia en la investigación cualitativa mediante grupos focales habiendo estudiado a colectivos tanto de pacientes como de familiares.

2. ÁMBITO DEL ESTUDIO

Nuestra pretensión residió en el reclutamiento de pacientes que habían completado el entrenamiento en Habilidades Psicosociales (TDC) y que por tanto eran aptos para la participación en el grupo focal.

Teniendo en cuenta que en nuestro dispositivo asistencial (Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto) se han llevado a cabo grupos de formación en Habilidades Psicosociales (TDC) desde Enero 2010 de forma continua, se estimó que existía una disponibilidad inmediata de pacientes para realizar un número de grupos focales suficientes hasta alcanzar el punto de saturación, momento en el que ya la información obtenida es redundante.

3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Los participantes, atendiendo a los criterios de selección, fueron invitados vía telefónica a colaborar en la presente investigación; aquellos que accedieron a participar fueron citados en entrevistas individuales presenciales. En dichas entrevistas individuales se les explicó el proyecto con detalle y firmaron el consentimiento informado (anexo I) si aceptaban participar en la investigación.

4. EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA

En las entrevistas individuales presenciales se recogieron datos clínicos, sociodemográficos (anexo III) y las puntuaciones de diversos cuestionarios -CBCL, YSR, CDI- (anexo IV) que se administran antes de iniciar el grupo de formación en habilidades psicosociales según el modelo de TDC, por lo que fueron utilizados para determinar el perfil clínico de la muestra.

- Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991a): evalúa las competencias de la población infanto-juvenil en las tareas habituales de la vida cotidiana, las relaciones sociales y los rendimientos escolares. Por otro lado, obtiene información acerca de los trastornos emocionales, comportamentales y sociales. Los padres son los que proporcionan información. Ofrece puntuaciones en seis escalas de orientación diagnóstica según el DSM: problemas afectivos, de ansiedad, somáticos, de déficit de atención con hiperactividad, de conducta negativista desafiante y de conducta antisocial. Consta de tres factores denominados internalización, externalización y competencia social.

- Youth Self Report (YSR) (Achenbach, 1991c): evalúa las competencias de la población infanto-juvenil en las tareas habituales de la vida cotidiana, las relaciones sociales y los rendimientos escolares. Por otro lado, obtiene información acerca de los trastornos emocionales, comportamentales y sociales. Es un cuestionario autoaplicado. Ofrece puntuaciones en seis escalas de orientación diagnóstica según el DSM: problemas afectivos, de ansiedad, somáticos, de déficit de atención con hiperactividad, de conducta negativista desafiante y de conducta antisocial. Consta de tres factores denominados internalización, externalización y competencia social.

- Children's Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1982): es uno de los instrumentos más utilizados y mejor aceptados por todos los expertos en depresión infantil, ya que ha demostrado un comportamiento muy sólido desde el punto de vista psicométrico y gran utilidad para los fines clínicos. Consta de 27 ítems, cada uno de ellos enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente, por lo que a efectos de duración es como si la prueba tuviese 81 elementos. El contenido de los ítems cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil. El CDI evalúa dos escalas: Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.) y

proporciona una puntuación total de Depresión. Puede ser contestado directamente por los niños evaluados, como autoinforme, o pueden contestarlo adultos de referencia como el padre, la madre, profesores, enfermeras o cuidadores. Cuando se aplica por este último procedimiento los ítems deben leerse en tercera persona.

5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

-Edad del paciente entre 14 y 17 años.

-Diagnóstico que incluya como síntoma alteración de conducta, impulsividad, o desregulación emocional. Según las clasificaciones CIE-10 o DSM-IV se incluyen los siguientes diagnósticos: Trastorno adaptativo con trastorno de comportamiento, Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento, Trastorno explosivo intermitente, Trastorno control de los impulsos no especificado, Trastorno negativista desafiante, Trastorno disocial, Trastorno comportamiento perturbador no especificado, trastorno de conducta alimentaria no especificado.

-Antecedentes de participación en el grupo de entrenamiento en Habilidades Psicosociales (TDC) y haber completado la totalidad de las sesiones.

-Consentimiento informado para la presente investigación firmado por adolescente y padre o responsable legal.

6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Contraindicación clínica para participar en un grupo en el momento de la investigación.
- Incapacidad para dar el consentimiento informado.
- No ser buen informante.

7. ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto de investigación se lleva a cabo siguiendo la normativa local y los principios establecidos internacionalmente en la declaración de Helsinki (última modificación aprobada en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil; octubre 2013). Se respetará en todo momento la confidencialidad (LOPD 15/99).

Se respeta la voluntad de aquellos sujetos que no quisieran participar en el estudio.

Del mismo modo el presente trabajo de investigación fue presentado y aprobado por el Comité Etico y de Investigación del Hospital Universitario Basurto (fecha de aprobación: 16/09/2015) (anexo II).

8. RECLUTAMIENTO DE LOS PARTICIPANTES Y DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

El reclutamiento de los pacientes para el estudio tuvo lugar entre los meses de Julio a Octubre 2015. A todos los adolescentes buenos informantes que cumplían los criterios de inclusión se les invitó vía telefónica a participar, seis rechazaron directamente participar. Tras la entrevista individual en la que se les explica detalladamente el proyecto de investigación y firman el consentimiento informado (adolescente y padre/madre o representante legal), se obtiene un total de 24 candidatos los cuales fueron distribuidos en los diferentes grupos focales. Finalmente, 4 candidatos que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado no acudieron al grupo focal sin alegar motivo. Del mismo modo, los seis candidatos que rechazaron directamente participar en el contacto inicial vía telefónica no aportaron justificación al preguntarles por los motivos de su negativa.

Se trata de una muestra de 20 adolescentes en la que la *edad media* antes de incorporarse al grupo de formación en habilidades psicosociales (TDC) era 15,40 (DS 1,39). De la muestra únicamente 4 participantes eran varones (20%), siendo las 16 restantes mujeres (80%). En cuanto al *nivel académico* el 20% de la muestra cursaba ESO, 30% bachillerato, 10% graduado escolar, 10% grado medio, 10% grado superior, 15% eran universitarios, y un 5% cursaba un PCPI.

En lo que respecta a la *convivencia*, un 70% vivía con sus padres biológicos, el 5% con padres adoptivos, un 20% con uno de los dos progenitores tras la separación de padres, y el 5% con otros familiares.

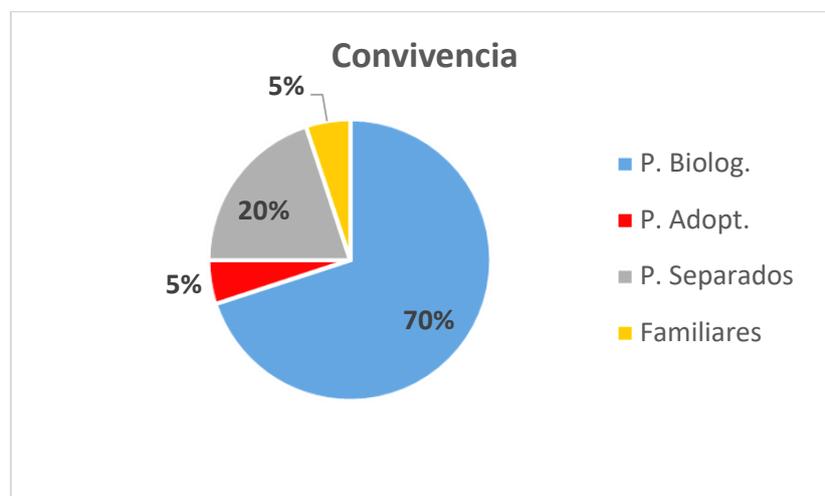


Figura 5. Convivencia de los adolescentes

En lo que se refiere al *diagnóstico principal de la muestra en el eje I*: Trastorno Adaptativo con Trastorno del Comportamiento (5%), Trastorno Adaptativo Con Alteracion Mixta de las Emociones y el Comportamiento (65%), Trastorno Explosivo Intermitente (5%), Trastorno Control de Impulsos No Especificado (15%), Trastorno Disocial (5%), Trastorno del Comportamiento Perturbador No Especificado (5%). En cuanto al *diagnóstico en el Eje II*, en un 75% de la muestra existe diagnóstico de Trastorno de la Personalidad, en el 10% un diagnóstico aplazado, y un 15% no tiene diagnóstico en dicho eje.

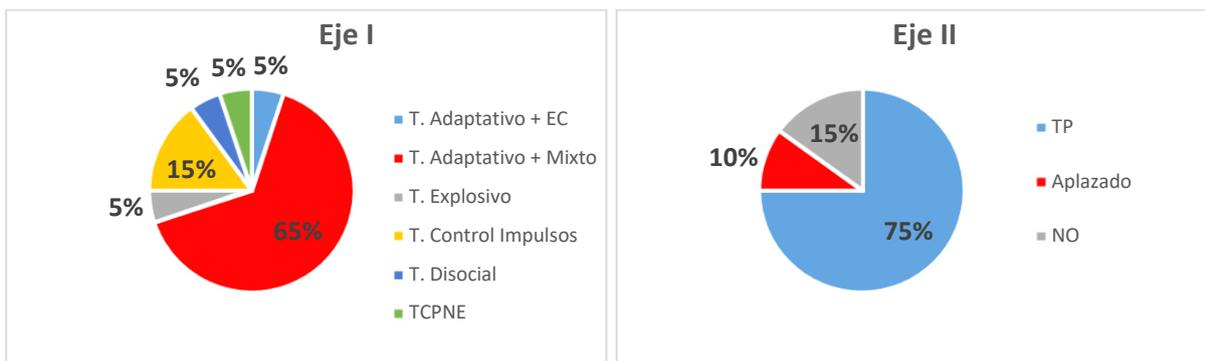


Figura 6. Diagnóstico en Eje I y en Eje II

Atendiendo al *motivo de derivación*, el 15% de los adolescentes fueron derivados por inestabilidad emocional, el 20% por autolesiones, el 35 % por alteración de la conducta, y el 30% restante por impulsividad. En un 55% de los casos el *origen de la derivación* es el Centro de Salud Mental (CSM), el 40% es derivado desde las Consultas Externas del Hospital Universitario Basurto, y un 5% de la UHPIJ.



Figura 7. Motivo y lugar de derivación

En cuanto al *consumo de tóxicos*, se constata que el 50% de la muestra consume OH (considerando consumo de alcohol al consumo de fin de semana), el 30% reconocía consumo de tabaco (considerando consumo de tabaco si al menos se consumía tres veces por

semana), y un 20% consume THC (considerando consumo de THC si al menos se consumía una vez al mes). No existe constancia de consumo de cocaína anfetamina u otros tóxicos.

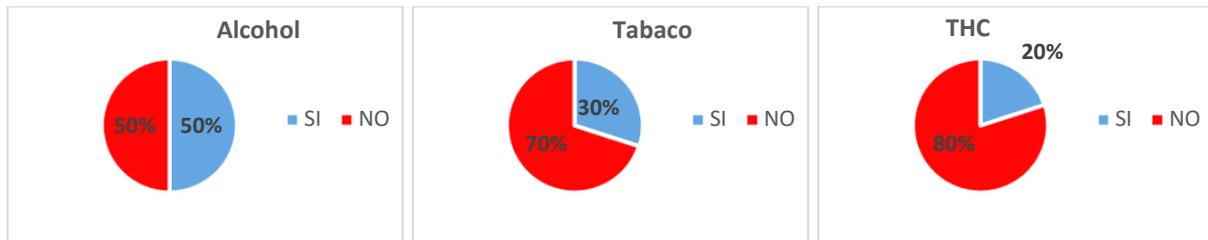


Figura 8. Consumo de tóxicos

El 95% de nuestra muestra presentaba *antecedentes psiquiátricos*. Un 80% habían tenido *ingresos previos* en laUHPIJ. Ninguno de los pacientes de la muestra había realizado tratamiento por problemas de consumo de tóxicos. Un 15% de los adolescentes reportó antecedentes de abuso, maltrato o negligencia en el pasado.

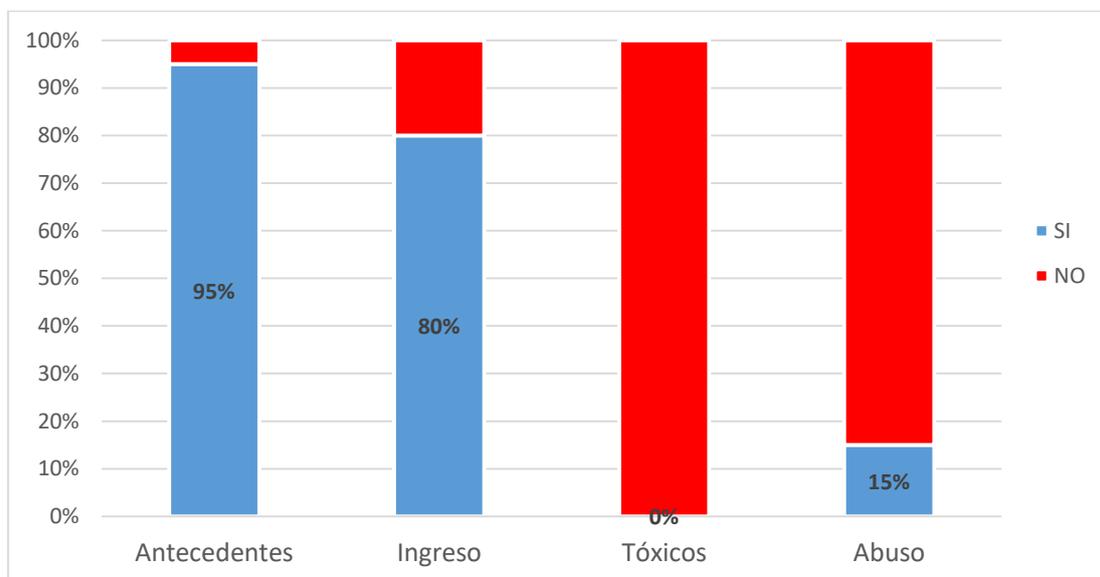


Figura 9. Antecedentes personales psiquiátricos

El 50% de nuestros adolescentes presentaban *antecedentes familiares psiquiátricos*. Un 10% tenían antecedentes de ingreso psiquiátrico en familiares cercanos, un 45% de los adolescentes tenían familiares en tratamiento ambulatorio con Salud Mental, un 25% tenían algún familiar en tratamiento por abuso de alcohol, y ninguno de nuestros jóvenes tenía familiares en tratamiento por consumo de otros tóxicos.

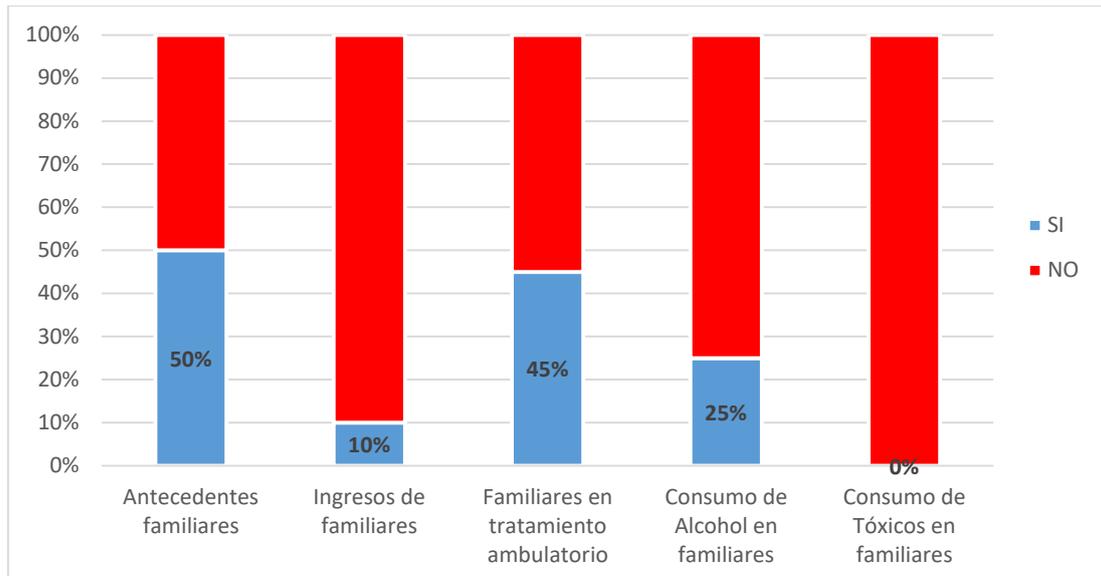


Figura 10. Antecedentes familiares psiquiátricos

En lo que respecta al cuestionario *CDI*, la puntuación media de la muestra es de 28,60, considerándose patológico por encima de 17. El 93% de nuestros adolescentes dieron puntuaciones en rango patológico.

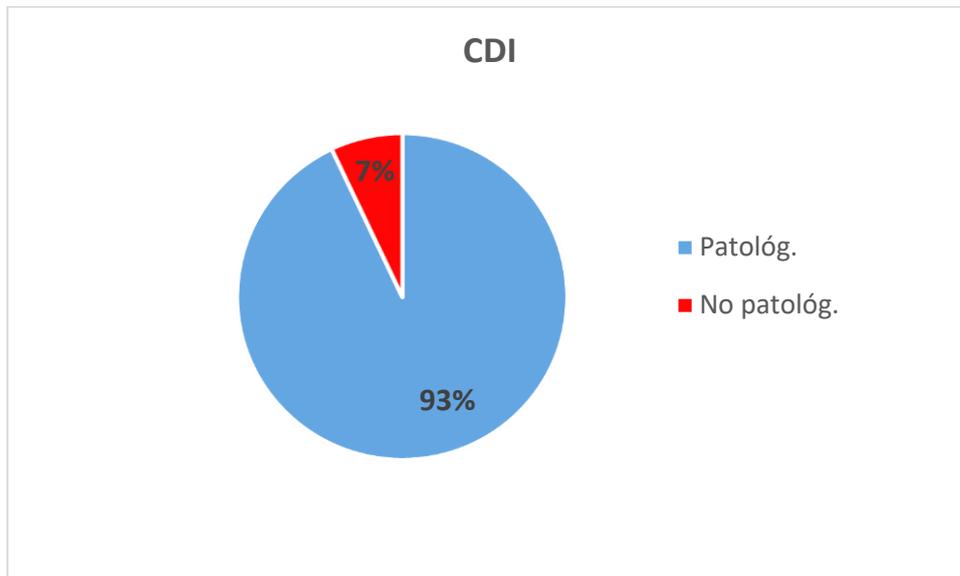


Figura 11. Puntuaciones CDI

En la escala *Youth Self Report* (valoración de adolescentes), el 73% de los participantes puntuaba patológico en clínica internalizante. En cuanto a clínica externalizante, existe un 20% de los adolescentes con puntuaciones en rango patológico.

En la escala *Child Behavioral Check List* (valoración de padres), en lo que respecta a clínica internalizante el 75% de los adolescentes puntuaban patológico en dicha sintomatología

según la visión de sus padres, y el 53% puntuaron patológico en sintomatología externalizante bajo la perspectiva de los progenitores.

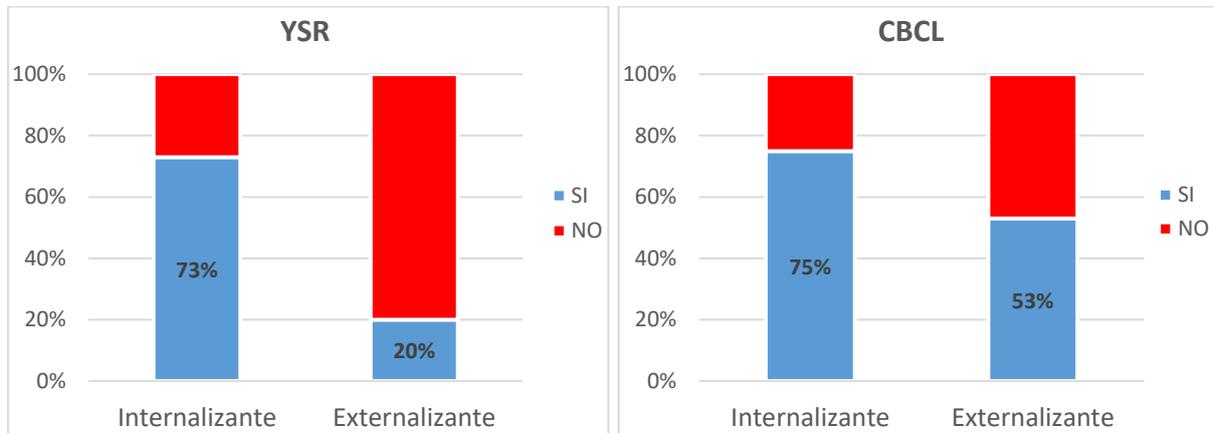


Figura 12. Puntuaciones YSR y CBCL

Por tanto, comparando las perspectivas de padres e hijos en lo que respecta a la clínica internalizante y externalizante, ambos valoran de forma similar la presencia de sintomatología internalizante, sin embargo, los padres señalan mayor presencia de sintomatología externalizante en sus hijos que los propios adolescentes.

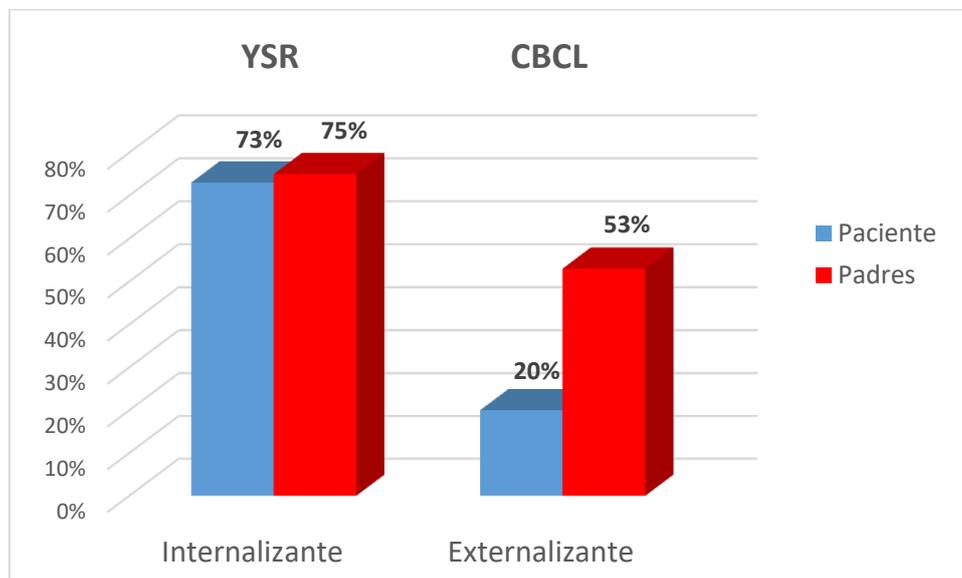


Figura 13. Comparación YSR y CBCL

9. ORGANIZACIÓN Y CURSO DE LOS GRUPOS FOCALES

En todas las reuniones hay un conductor y un observador. El primero coordinará el grupo y hará las preguntas, mientras que el segundo se ocupará de la logística y tomará las notas oportunas. Una de las figuras centrales en el grupo focal es el moderador, quien dirige el diálogo basado en la guía de entrevista previamente elaborada, da la palabra a los participantes y estimula su participación equitativa. Los grupos focales llevados a cabo en la presente investigación han sido realizados por Pablo Orgaz Barnier (psiquiatra) como conductor, contando con amplia experiencia en investigación cualitativa (“Análisis del discurso de un grupo de pacientes oncológicos tras el tratamiento de un episodio depresivo: Un estudio cualitativo”) y en psicoterapia, y Marina Beá (MIR Psiquiatría) como observadora.

El equipo investigador se reunió semanalmente (15/07/2015, 22/07/2015, 29/07/2015) con el fin de llevar a cabo una lluvia de ideas y diseñar una matriz de dimensiones temáticas y preguntas potenciales, para así poder seleccionar las preguntas definitivas a partir de una prueba piloto preliminar. Se llevó a cabo una entrevista piloto individual con una paciente que había completado el entrenamiento en habilidades psicosociales (TDC) y que aceptó participar en el estudio en la que se realizaron las cinco o seis preguntas más adecuadas y pertinentes, y finalmente se elaboró el guion con las preguntas diana (anexo V).

Las preguntas deben ser concretas, estimulantes y flexibles y, en lo posible, deben guiar la discusión de lo más general a lo más específico. Se buscó un lugar amplio, cómodo, iluminado y libre de ruidos para llevar a cabo los grupos focales; se intentó que fuera un lugar neutral y con buena acústica para grabar sin interferencias. La observadora (Marina Beá) se encargó de preparar la sala con anterioridad a llevar a cabo los grupos focales colocando las sillas y el equipo de grabación asegurando una óptima visualización de todos los participantes. Del mismo modo se encargó de organizar las bebidas y los alimentos, así como de recibir y acompañar a la sala a los participantes.

Tras la realización de la entrevista piloto individual y elaborarse el guión con las preguntas diana, se llevaron a cabo tres grupos focales (26/10/2015, 27/11/2015, 29/12/2015) de noventa minutos de duración, llegando en el tercer grupo a alcanzar el punto de saturación, momento en el que ya la información obtenida es redundante.

Respecto al número ideal de personas que deben conformar un grupo focal, diferentes autores han propuesto una gran variedad de rangos de participantes. Según Turney y Pocknee (2005) éste debe estar conformado por 3 a 12 participantes; otros autores como Diaz (2005) establecen un rango más pequeño, de 4 a 8. La mayoría de los autores indican que depende de la complejidad del tema a tratar y de la experiencia del moderador, pero en líneas generales no debe exceder de diez. Así mismo, para tratar temas sensibles o controvertidos, recomiendan la utilización de grupos pequeños, entre 5 y 8 participantes. En nuestro trabajo de investigación, teniendo en cuenta el perfil de los participantes estipulamos que se encontrara entre 6 a 10.

Grupo focal 1 (26/10/2015): citados 7 participantes, acudieron 6.

Grupo focal 2 (27/11/2015): citados 7 participantes, acudieron 7.

Grupo focal 3 (29/12/2015): citados 10 participantes, acudieron 7.

*Total de participantes: 20 + 1 participante en entrevista piloto individual.

Durante la entrevista tratamos de crear un clima empático y de confianza. El objetivo no es obtener respuestas, sino narraciones de los entrevistados, por lo que se favorece siempre el relato espontáneo. El entrevistador comienza por el saludo, la presentación y el encuadre, para después proceder al arranque, en el que se plantean preguntas abiertas tratando de que las indicaciones y la dirección de la entrevista sea la menor posible y si puede ser, ninguna en absoluto. Que sea abierta no significa que las propuestas sobre los temas a desarrollar sean improvisadas o poco claras. Se reconduce la entrevista únicamente cuando el contenido se aleja manifiestamente del objeto del estudio.

Elaboramos un guion sobre los aspectos a debatir durante las entrevistas (anexo V). Este guion es orientativo, de forma que durante la entrevista se vigila que los temas que incluye sean tratados, aunque no necesariamente siguiendo el orden establecido. Al realizar estas entrevistas en profundidad, asumimos que los participantes tienen las respuestas a los objetivos que la investigación ha planteado, aunque en la mayoría de los casos no saben que las tienen. Con las preguntas abiertas se les deja hablar promoviendo el discurso de grupo. Las preguntas directas serían respondidas a un nivel más racional o consciente y buscamos el concurso preconscious de los participantes.

El discurso es grabado en video, tras solicitar el permiso por escrito de los participantes. Después el discurso se transcribe. Las transcripciones configuran los documentos primarios y son la principal fuente de análisis. En las transcripciones se incluye toda aquella información que en la comunicación escrita podría perderse, relacionada con la expresión corporal (rígido, gesticulante) o el tono con el que los participantes acompañan el discurso (irónico, jactante, sumiso...). Después de cada grupo focal se llevaron a cabo reuniones del equipo investigador en las que se examinó el material obtenido, con el fin de valorar la posibilidad de hacer las modificaciones pertinentes de las preguntas diana en el siguiente grupo focal.

10. EL EQUIPO INVESTIGADOR

El equipo investigador se reúne dos veces por semana para analizar las transcripciones de los grupos. En estas reuniones semanales de una hora de duración se marcan las líneas generales sobre la fragmentación del discurso, la codificación abierta y axial, y en ellas se crean y discuten los memorandos.

La metodología cualitativa de análisis de contenido reconoce la imposibilidad de la neutralidad, ya que su carácter es interpretativo. Si bien existen trabajos cualitativos que pueden ser más descriptivos o más interpretativos. El trabajo con el lenguaje implica que la descripción se acompañe inevitablemente de cierta interpretación, pero pretende ser muy exigente a la hora de cuidar la representatividad de los datos, haciendo explícitos los presupuestos teóricos en que se basa y describiendo detalladamente todo el proceso de obtención de datos.

La metodología cualitativa contempla la inclusión de los investigadores en el proceso de elaboración, con la inevitable subjetividad que conlleva. El evaluador no se puede posicionar fuera de los datos y forma parte del estudio. De hecho, el análisis es en realidad la interacción entre el investigador y los datos. Por eso es especialmente relevante la experiencia del equipo investigador en la materia. El núcleo del equipo investigador de este estudio esta compuesto por clínicos con experiencia en el campo de la psicoterapia y en investigación cualitativa.

11. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los grupos se registran en vídeo, se transcriben y se utiliza como ayuda para el análisis cualitativo de los datos el programa de análisis de datos cualitativos MAXQDA (versión 12).

Se ha decidido la utilización de este paquete informático porque permite trabajar con gran cantidad de documentos primarios en distintos formatos (audio, vídeo, texto) y facilita el análisis cualitativo de grandes cuerpos de datos textuales.

Este programa no automatiza el proceso de análisis cualitativo, pero agiliza la fragmentación, etiquetado de los textos y posterior localización de las citas, así como la creación de códigos y categorías (agrupación de varios códigos en función de las relaciones que se establezcan entre ellos). La mínima unidad de texto que codifica es de un carácter y la codificación es no jerárquica e in vivo.

El análisis de los datos de las transcripciones, por exigencias de la propia metodología de análisis cualitativo (exploratoria, inductiva y etnográfica), será llevado a cabo a través de la construcción de la Teoría Fundamentada por parte del equipo investigador. En esta metodología se intenta reconstruir el sistema de significados subjetivos de los pacientes.

Las nomenclaturas de los sistemas de categorías (códigos, categorías, subcategorías, etc) varían según los autores y los trabajos.

En este estudio diferenciamos entre código y categoría. Denominamos códigos a las temáticas unitarias cuyo significado se desprende de fragmentos de texto. Llamamos categorías a los temas principales; las categorías están compuestas por varios códigos y su relación entre ellos. Entre los códigos y las categorías están las subcategorías, que enlazan unas con otras, ayudando a articular los resultados. Esta misma nomenclatura ha sido empleada en otros trabajos (Orgaz Barnier, 2010) (Vega et al., 2012) (Moreno Pérez, 2016).

Nivel conceptual			Nivel textual
Categoría	Subcategoría	Código	Fragmento de texto
			Fragmento de texto
			Fragmento de texto
		Código	Fragmento de texto
			Fragmento de texto
			Fragmento de texto
	Subcategoría	Código	Fragmento de texto
			Fragmento de texto
			Fragmento de texto
Código	Código	Fragmento de texto	
		Fragmento de texto	

Tabla 10. Nomenclatura de los sistemas de categorías

CODIFICACIÓN ABIERTA

La codificación abierta consiste en abrir el texto y sacar a la luz los pensamientos, ideas y significados que contienen los datos. Se trata de un proceso minucioso, en la que analizamos frase por frase, palabra por palabra el discurso de los pacientes. Fragmentamos el texto, examinamos indicadores con el mismo significado y establecemos un concepto, al principio con carácter provisional. Al avanzar el análisis se van modificando los conceptos del plano teórico, según se amplían los significados que nos encontramos al incluir nuevos indicadores que proceden del nivel textual. Constantemente reconstruimos los conceptos provisionales, los fragmentamos o los fusionamos, los modificamos o matizamos su significado. Al ir afianzándose los conceptos, les asignamos un código.

COMPARACIÓN CONSTANTE

Al encuentro del significado que ofrecen los participantes, pasamos del nivel textual al conceptual una y otra vez, mediante el método de la comparación constante. El texto primitivo es prácticamente memorizado por los investigadores. Este proceso inductivo, de progresiva abstracción, permite interpretar los significados de los pacientes, ordenarlos y transformarlos en un lenguaje científico más manejable para los profesionales de la salud

mental. La codificación no consiste en resumir ciertas partes del texto, sino en construir de forma analítica categorías y sus relaciones a través del texto. El proceso genera preguntas, facilita la fragmentación de los datos, favorece la interpretación hacia niveles cada vez más abstractos y se dirige hacia el descubrimiento de las categorías principales.

Por tanto, en un primer momento hemos procedido a la codificación abierta, identificando las temáticas principales que aparecen en el corpus y asignándoles etiquetas o códigos que agrupan temáticas (en este caso fragmentos de texto) que desde el punto de vista del analista presentan características comunes, hacen referencia a un mismo fenómeno o comparten algunas propiedades.

Dentro de la fase de codificación abierta procedemos, en algunos casos, a la agrupación de conceptos en categorías más generales, siguiendo el mismo principio utilizado anteriormente para la identificación de los conceptos más genéricos.

Las categorías se conforman a partir del proceso analítico. No son datos brutos, sino conceptos derivados de los datos con un grado de abstracción teórica. Están conformadas por códigos y por las relaciones entre estos.

CODIFICACIÓN AXIAL Y MEMORANDOS

La codificación axial ha sido el siguiente paso en el análisis. Consiste en el análisis que se realiza sobre un código o categoría cuando se relaciona, en cuanto a propiedades y dimensiones, con otros códigos y las categorías que conforman. Es decir, una vez creados códigos tanto específicos como genéricos, procedemos a la identificación de relaciones entre los mismos (por ejemplo, el código A causa el código B; el código A contradice el código B, etc.).

El programa informático ofrece de nuevo la posibilidad de relacionar códigos entre si de una forma sencilla, permitiendo al analista escoger entre los tipos de relaciones previamente definidos en el programa o creando las suyas propias.

Durante todo el proceso de análisis se van creando memorandos, que son las reflexiones, interpretaciones y descripciones que van apareciendo por parte del equipo investigador en la comparación constante. Los memorandos son abiertos. Pueden guardar relación con las citas de los pacientes, y todas las categorías en sus diversos niveles de abstracción (a los que hemos llamado códigos, subcategorías y categorías).

RESULTADOS

Para llevar a cabo el análisis del discurso de los adolescentes que han participado en la presente investigación cualitativa voy a hacer uso de las habilidades de conciencia “qué” dentro del modelo de Terapia Dialéctica Conductual, observando y describiendo dicho discurso en este apartado. Posteriormente, en el apartado de discusión, juzgaré y elaboraré conclusiones haciéndome uso de la bibliografía existente y mi propia opinión clínica.

Las citas literales de nuestros pacientes se exponen tal y como resultan del cruce de información solicitado al programa MAXQDA. Los nombres de los terapeutas TDC (conductores de los grupos de entrenamiento en habilidades psicosociales o referentes de la psicoterapia individual) que son referidos por los participantes del estudio (Aída Díaz, Iñaki Kerexeta, Arantza Fernández, Eva Sesma, Pablo Orgaz, Eduardo Ruíz, Alberto Penas...) han sido sustituidos por [T] en las transcripciones con el fin de facilitar la lectura de las mismas. Los nombres de los participantes de los grupos focales han sido rebautizados otorgándoles de forma consecutiva participante 1 [P1], participante 2 [P2]... a cada uno de ellos con el fin de proteger la confidencialidad.

Algunos participantes introducen en su discurso palabras en euskera dado que para muchos de ellos es ésta su lengua materna. Con el fin de facilitar la comprensión de las citas se ha añadido la traducción en castellano entre corchetes.

1. EXPERIENCIA DE ENFERMEDAD

"es más abstracto... es que te sientes fatal... no quieres vivir o... haces cosas malas para ti misma"

Los adolescentes que participan en la formación en habilidades psicosociales según el modelo de TDC pueden presentar dificultades en las relaciones interpersonales, problemas para regular las emociones, problemas de identidad o de impulsividad.

En este apartado analizaremos el discurso de los adolescentes en lo que respecta a la experiencia de enfermedad para lo que hemos llegado a crear ocho subcategorías.



Figura 14. Experiencia de enfermedad

1) EXPERIENCIA DE ENFERMEDAD
1.1 Conciencia de problema
1.1.1 Externalización
1.1.2 Ocultación de síntomas
1.2 Relaciones interpersonales
1.2.1 Vivencias de perjuicio
1.2.2 Aislamiento
1.2.3 Repercusión en relaciones que mantienen otros entre sí
1.2.4 Repercusión en las relaciones
1.2.4.1 Con los demás
1.2.4.1.1 Con amigos
1.2.4.1.2 Con familia
1.2.4.2 Con uno mismo
1.3 Impulsividad
1.3.1 Manejo desadaptativo del malestar
1.3.2 Descontrol
1.4 Identidad
1.4.1 Autoconcepto
1.4.2 Identidad de enfermo inmodificable
1.5 Regulación de emociones
1.5.1 Acumulación del malestar
1.5.2 Bloqueo de la comunicación
1.5.3 Trastornos de ánimo
1.5.4 Autoagresividad/autodestrucción
1.5.4.1 Autolesiones
1.5.5 Alimentación
1.5.6 Sentimientos de soledad/abandono
1.6 Repercusión en el funcionamiento global
1.7 Ingreso
1.8 Entorno
1.8.1 Ayuda
1.8.2 Problema
1.8.3 Estigma

1.1. Conciencia de problema

Una de las características que comparten los adolescentes con problemas de impulsividad y desregulación emocional es la ausencia de conciencia de problema.

1.1.1. Externalización

Muchos de los adolescentes plantean la etiología de sus dificultades ajena a ellos y proyectan la responsabilidad de sus propias conductas en la "enfermedad" como un agente externo a ellos y fuera de su control.

"No, no solo por haberlos escuchado [*los síntomas de los demás*], y dices vale yo las quiero hacer, pero lo veo como algo anormal entonces si veo que la gente lo hace pues será algo que mi enfermedad me mandará hacerlo o me lleve a hacerlo, entonces lo hacías" [GF2_transcripción; Posición: 126-126]

"Pues también lo pagaba con los demás, porque era como que intentaba buscar culpables de todo lo que me pasaba porque no quería darme cuenta de que la culpa la tenía yo, y no quería hablar con nadie del tema y así... y pues básicamente eso." [GF1_transcripción; Posición: 6-6]

En ocasiones con una visión más desesperanzadora señalan el papel de la genética (inmodificable) en las dificultades que presentan,

"Yo es que mi madre de pequeña sufrió lo mismo que yo más o menos, porque mi abuelo tuvo depresiones, mi madre también es depresiva, mi hermana es depresiva y... aquí estoy yo" [GF3_transcripción; Posición: 323-323]

y en otras, con una visión más esperanzadora señalan el papel del entorno familiar (modificable) como factores etiológicos de su problemática.

"Puedo echar la culpa a mi madre [*de lo que me pasaba*] por tenerme siete años en un colegio en el que había una panda de hijos de la gran puta, tenían que estar todos en la cárcel, pero bueno..." [GF2_transcripción; Posición: 107-107]

1.1.2. Ocultación de síntomas

Los adolescentes presentan dificultades para poder poner en palabras el malestar que sienten y poder hablar de lo que les sucede.

"pero ya he dicho que hasta ahora el tema [*la enfermedad*] ha sido muy tabú" [GF2_transcripción; Posición: 399-399]

En ocasiones ellos optan por ocultar los síntomas,

"A ver por mi madre, porque me daba vergüenza sin más... que mi madre viera que estoy mal, pero por lo demás no... no fue un problema" [GF2_transcripción; Posición: 377-377]

"Así que luego no lo cuentas [*el problema*]" [GF3_transcripción; Posición: 25-25]

"y lo de estar feliz yo también he estado... mis amigas sabían que estaba mal pero no sabían que estaba tan mal, porque tú me veías con mis amigas y era una loca, una loca feliz de la vida" [GF2_transcripción; Posición: 253-253]

"a mí me pasaba lo mismo, yo no puedo estar mal delante de la gente, no sé por qué, es cosa tuya" [GF2_transcripción; Posición: 254-254]

"un día pues me hice cortes, me autolesioné y pues una amiga mía me pilló, en plan me lo dice una noche y al ir a clase al siguiente día pues mi amiga sin querer me pilló... yo intentaba esconderlo pues utilizando sudaderas gordas y así..." [GF1_transcripción; Posición: 55-55]

"yo mentía hasta mis mejores amigas... pero hasta que un día una de ellas un día me pilló los cortes en todo el brazo y me dijo que a ella no le iba a mentir, que sabía que no venía al médico..." [GF1_transcripción; Posición: 115-115]

y es la negación del problema la salida que eligen

"Yo era de "ay, no me pasa nada, no sé qué no sé cuantos, yo estoy genial", ¿sabes? yo realmente no tengo no sé qué, pero..." [GF2_transcripción; Posición: 119-119]

al percatarse del estigma existente en torno a la enfermedad mental.

"Sientes que si lo cuentas [*el problema*], lo tienes que matar, como si se tratase de un secreto federal o algo... porque luego te enfadas con esa persona y..." [GF3_transcripción; Posición: 21-21]

1.2. Relaciones interpersonales

La problemática en las relaciones interpersonales de los adolescentes que participan en el grupo de formación en habilidades psicosociales (TDC) puede ser por vivencias de perjuicio del entorno. Dichas vivencias de perjuicio en ocasiones les llevan al aislamiento y a la pérdida de relaciones con iguales, así como al deterioro de las relaciones familiares.

1.2.1. Vivencias de perjuicio

Muchos de los adolescentes describen vivencias de perjuicio con percepción de hostilidad en el ambiente que les rodea.

"Yo creo que cuando discutes con alguien que sabe lo que te pasa, lo utiliza como arma" [GF3_transcripción; Posición: 19-19]

"Te sientes que cuando lo cuentas [*el problema*] es como que has contado algo que si lo usan en tu contra te puede hacer mucho daño" [GF3_transcripción; Posición: 20-20]

"quería alejarme de todas las personas porque creía que todo aquel con el que iba a hablar me iba a hacer daño, que la gente solo quería hacerme daño." [GF1_transcripción; Posición: 4-4]

"Y que siempre que me venían yo pensaba "ya me viene a fastidiar o a hacerme algo, que me deje en paz"" [GF1_transcripción; Posición: 14-14]

"o sea era un castigo para mí y también para los demás porque creía que me hacían daño al estar alrededor mío." [GF1_transcripción; Posición: 38-38]

1.2.2. Aislamiento

Del mismo modo, las vivencias de perjuicio y el consecuente malestar llevan a que los adolescentes se aislen como medida autoprotectora.

"y eso pues que no sé... qué vivía como en otro mundo, quería alejarme de todas las personas porque creía que todo aquel con el que iba a hablar me iba a hacer daño, que la gente solo quería hacerme daño." [GF1_transcripción; Posición: 4-4]

"Entonces pues toda esa coraza que me había hecho, lo pagaba conmigo porque no expresaba... cuando estaba mal no decía que estaba mal y entonces nadie sabía cómo estaba..." [GF1_transcripción; Posición: 11-11]

"[estaba] súper hundida no queriendo hablar con nadie ni saber nada de nadie. Y que siempre que me venían yo pensaba "ya me viene a fastidiar o a hacerme algo, que me deje en paz" y yo ya iba a malas y no pensaba las cosas antes de hacerlas..." [GF1_transcripción; Posición: 14-14]

"yo no estaba bien en esos momentos, estaba bastante mal, no me gustaba hablar tanto con la gente..." [GF1_transcripción; Posición: 85-85]

"mis padres estaban separados, yo vivía con mi madre que es la que más estaba conmigo, mi madre ya al sentir impotencia de no poder hacer nada porque tu no quieres cambiar, pues eso hace que te alejes de tu familia, te aíslas" [GF2_transcripción; Posición: 112-112]

"mi padre no me importaba pero... te aíslas, a veces ves que sientes que pierdes todo" [GF2_transcripción; Posición: 112-112]

"me ingresaron tres veces, la primera porque adelgacé mucho, y las otras dos... una era para regular medicación y la otra porque no salía de casa." [GF2_transcripción; Posición: 141-141]

"No sé, es que yo realmente externamente pues nada porque yo estaba como muy sola y tal, porque me había criado en un entorno que a mí no me gustaba y estaba súper aparte, tanto con mi familia como con mis supuestas amigas y tal..." [GF2_transcripción; Posición: 393-393]

La vivencia de este síntoma, pese a ser una elección propia del adolescente, es egodistónica, la relatan con notable malestar.

"Y luego con mis amigas... igual vale quedábamos a las cinco, salía a las cinco pero las 5:30 me iba casa porque yo las veía a ellas tan felices y tan todo que yo decía, es que no, yo no me encontraba emocionalmente igual que ellas entonces pues dejé durante una temporada salir con ellas." [GF1_transcripción; Posición: 30-30]

En otras ocasiones es la sintomatología comórbida (trastornos de conducta alimentaria) la que precipita y agrava el aislamiento social progresivo.

"yo no salía de casa por ejemplo, no quedaba con mis amigas ni nada, pasaba los fines de semana o dándome atracones o haciendo ejercicio o no comiendo y mis habilidades sociales obviamente empeoraron un montón porque yo siempre he sido una persona muy extrovertida y muy abierta a la gente y di un cambio total... no quería saber nada de nadie" [GF2_transcripción; Posición: 391-391]

En algunos casos el establecer relaciones a través de las redes sociales, a través del ciber espacio sin una exposición física en lo real, puede ser una medida alternativa al aislamiento social que ellos eligen.

"Yo es que realmente no tenía vida social digamos física, yo estaba... tan solo tenía vida social por el ordenador, entonces pues..." [GF2_transcripción; Posición: 375-375]

1.2.3. Repercusión en relaciones que mantienen otros entre sí

Al menos con posterioridad a su participación en la experiencia grupal, los adolescentes son capaces de señalar cómo su propia problemática repercute y deteriora la relación que mantienen otros entre sí (padres) e incluso se llegan a sentir responsables de ello.

"yo creo que más fue también ahí la mala relación más que entre yo con mis padres, también entre ellos surgió muy mala relación en un tiempo y así..." [GF1_transcripción; Posición: 25-25]

"fue consecuencia, al final hay muchísima tensión en casa cuando yo estaba mal y entonces pues... también se pagaba entre ellos [padres]. Aunque ellos evitasen tener una discusión delante de mí, se les veía muy muy muy

mal" [ante la pregunta de el conductor del GF sobre si la enfermedad era causa o consecuencia de la mala relación que había entre los padres] [GF1_transcripción; Posición: 29-29]

Los adolescentes describen figuras evacuadoras del malestar sustitutivas al referirse a los familiares más cercanos, fundamentalmente la figura materna.

"yo en este caso toda mi frustración y toda mi rabia la pagaba con mi madre... hacía que mi madre estuviste mal también y eso que lo pagase con el resto de la familia." [GF1_transcripción; Posición: 30-30]

1.2.4. Repercusión en las relaciones

La sintomatología que presentan los adolescentes repercute de forma directa en el deterioro de las relaciones tanto con los demás como con ellos mismos.

1.2.4.1. Con los demas

Las propias dificultades de los adolescentes repercuten en las relaciones que mantienen tanto con su entorno familiar como social (pareja, amigos, profesores).

"Salí con un chico unos dos años y al final esa relación, bueno relación... yo lo quería más como amigo para que me escuchase que para otra cosa ... acabó mal." [GF3_transcripción; Posición: 17-17]

"Así que nunca llegué a tener ningún problema grave, pero sí que he tenido bastantes problemas... con los profesores en general... actos disciplinarios y todas estas cosas." [GF2_transcripción; Posición: 34-34]

"bueno me dejó mi pareja, se aprovechó de la situación por así decirlo para ver si cambiaba" [GF2_transcripción; Posición: 57-57]

"sí, bueno, [mi novio] me dijo que si cambiaba volveríamos pero bueno, que no estamos juntos pero..." [GF2_transcripción; Posición: 59-59]

"pero lo tuyo [lo que refiere la P10] realmente lo entiendo porque estar todos los días o todo el tiempo que estés con una persona que está mal pues al final te acaba venciendo..." [GF2_transcripción; Posición: 67-67]

"A mí me daba un poco igual porque... la mayoría de la gente ya me caía mal" [GF2_transcripción; Posición: 368-368]

"Yo es que realmente no tenía vida social digamos física, yo estaba... tan solo tenía vida social por el ordenador, entonces pues..." [GF2_transcripción; Posición: 375-375]

"y mis habilidades sociales obviamente empeoraron un montón porque yo siempre he sido una persona muy extrovertida y muy abierta a la gente y di un cambio total... no quería saber nada de nadie" [GF2_transcripción; Posición: 391-391]

"estaba autodestruyéndome por dentro, no tenía autoestima y todo eso lo pagaba con mi familia y con mis amigos..." [GF1_transcripción; Posición: 4-4]

"Pues también lo pagaba con los demás, porque era como que intentaba buscar culpables de todo lo que me pasaba" [GF1_transcripción; Posición: 6-6]

"[mi malestar lo pagaba] con la familia, con los amigos, con todo el mundo" [GF1_transcripción; Posición: 8-8]

"me hacia daño a mí misma y a los demás... porque tuve una experiencia de bullying y también una relación de pareja bastante... bastante mala..." [GF1_transcripción; Posición: 11-11]

"vamos a decir [*que sentía*] como una rabia que iba acumulando y acumulando y cuando ya explotaba pues lo pagaba con todos y no solo un día, igual una semana o así de mal humor, súper hundida no queriendo hablar con nadie ni saber nada de nadie." [GF1_transcripción; Posición: 14-14]

"corté con mi novio de mucho tiempo, dejé de salir con mis amigas de siempre... con mi familia súper mal... así que sí tenía repercusión [*con los demás*]" [GF1_transcripción; Posición: 18-18]

"yo no me hablaba con mis padres y con mis amigas..." [GF1_transcripción; Posición: 22-22]

Del mismo modo los adolescentes describen ambientes invalidantes en ambos niveles que pueden precipitar e incluso agravar la sintomatología existente.

"porque este hombre [*pareja de la madre*] siempre me estaba gritando y yo me ponía peor todavía y me decía pues tú háblale bajito, y le decía ya pero es que si le hablo bajito se va a encabronar más e igual me suelta un sopapo." [GF3_transcripción; Posición: 198-198]

"Con mi novio al final tuve que dejarlo porque recibí malos tratos psicológicos y físicos de él" [GF1_transcripción; Posición: 30-30]

1.2.4.1.1 Con amigos

La sintomatología que presentan los adolescentes interfiere directamente en el deterioro de las relaciones que establecen con iguales.

"yo no salía de casa por ejemplo, no quedaba con mis amigas ni nada, pasaba los fines de semana o dándome atracones o haciendo ejercicio o no comiendo" [GF2_transcripción; Posición: 391-391]

"yo con las amigas tampoco tenía muchas ganas" [GF1_transcripción; Posición: 25-25]

Los adolescentes relacionan el deterioro de las relaciones con iguales con las dificultades que presentan para dar un manejo adaptativo a las emociones que sienten.

"También tuve depresión, me corté varias veces, y eso me afectaba a todo, las relaciones entre mis compañeros de clase y todo... pues estaba bastante mal" [GF3_transcripción; Posición: 4-4]

"Y además con las amigas empecé a descuidarlas porque no tenía ganas de encargarme o estar pendiente de alguien que no sea yo." [GF3_transcripción; Posición: 17-17]

"pues porque yo a esas chicas [*compañeras de clase*] antes no las aguantaba, no sabía ni yo él porqué y a una acabé en sexto echándole un vaso de cristal a la cabeza y a la otra en primero de la eso intentándole abrir una brecha con la taquilla... porque no las tragaba" [GF1_transcripción; Posición: 224-224]

Ellos subrayan la importancia de la respuesta que dan los iguales a la sintomatología, en ocasiones dicha respuesta puede ser un factor motivador para el cambio.

"a mí mis amigas también me decían esas cosas y al final no resultaba ser cierto porque siempre me decían cosas: "si no cambias, no podemos estar contigo" cosas así y luego cuando cambié, o cuando tuve la intención de cambiar me di cuenta que no iban a estar igualmente, así que ..." [GF2_transcripción; Posición: 65-65]

Al menos tras su paso por la experiencia grupal los adolescentes tienen en cuenta la repercusión que puede tener en su entorno de iguales el conocer la sintomatología que presentan, sintiéndose responsables del impacto que puede generar en ellos.

"si alguien decía es que me duele la tripa no voy a comer y ella decía "no digas esto que luego esta o no va comer" y comentarios así pues que al final te dolían." [GF1_transcripción; Posición: 111-111]

"no tengo que contar tantas cosas o así o dar tantos detalles [*sobre mi enfermedad*], sentía que hacía mal al contarlo y desahogarme a veces" [GF1_transcripción; Posición: 117-117]

1.2.4.1.2 Con familia

La sintomatología que presentan los adolescentes interfiere en la relación que mantienen con la familia, fundamentalmente con padres y hermanos produciendo un deterioro en dicha relación.

"Hombre, es que yo con mi padre no tengo relación, es como si estuviese muerto para mí." [GF2_transcripción; Posición: 315-315]

"Y con mi hermana deje de hablarme..." [GF1_transcripción; Posición: 30-30]

"si tenemos un problema dejamos que pase el tiempo pero nunca hablamos de ese problema y hoy en día sigue siendo así... entonces la relación con mi padre como que siempre ha sido igual" [GF1_transcripción; Posición: 203-203]

"yo antes todos, todos los días discutía con mi madre y acabamos enganchándonos y dos veces tuvo que venir la ertzaina [*policía*] a separarnos" [GF1_transcripción; Posición: 210-210]

"Y también me molestaban un poco los comentarios que me hacían mis aitas [*padres*], pues eso me hacía un poco reaccionar mal" [GF3_transcripción; Posición: 2-2]

"pues yo tenía muchos problemas en casa" [GF3_transcripción; Posición: 4-4]

"perdí a mi familia, perdí a mi hermana que era la que más quería..." [GF2_transcripción; Posición: 112-112]

"Yo es que empecé todo... como mis padres siempre me habían tenido como en una especie de silla de la reina, en cuanto empecé a notarlos lejos, empecé como a intentar llamar la atención..." [GF3_transcripción; Posición: 11-11]

"A mi hermana, es más pequeña, y empecé a no tenerla en cuenta para nada." [GF3_transcripción; Posición: 17-17]

Dicha sintomatología puede generar un impacto en el medio familiar el cual puede buscar ayuda en el ámbito sanitario,

"pero siempre cuando yo hacía algo o lo que sea, negativo, [*mis padres*] se asustaban mucho y no sabían qué hacer... rompían a llorar y lo primero que se les pasaba por la cabeza era ir al hospital, a urgencias." [GF3_transcripción; Posición: 320-320]

o tratarles como "enfermos mentales" con un posicionamiento que se acercaría al estigma sobre la enfermedad mental pero dentro del ámbito familiar.

"y luego además te tratan [*los demás*] como una enferma, a mi por ejemplo me tratan como si todavía estuviese enferma... no sé sin más, no quiero hablar de mi madre porque..." [GF2_transcripción; Posición: 332-332]

Al menos al finalizar la terapia, los adolescentes se sienten responsables del sufrimiento que la sintomatología propia ha ocasionado en el medio familiar, siendo capaces de ponerlo en palabras.

"entonces pues me sentía mal porque en el fondo veía el sufrimiento que tenía mi familia... y luego ya cuando era más consciente de todo... de cómo perjudicaba mi enfermedad pues ya..." [GF2_transcripción; Posición: 4-4]

"de hecho todavía me siento culpable por todo lo que les he hice pasar" [GF2_transcripción; Posición: 103-103]

"Sí, porque lo que nos pasaba no solo nos afectaba a nosotras, a todos los que vivían en nuestra casa porque... por lo menos en mi caso" [GF3_transcripción; Posición: 322-322]

Los adolescentes apuntan que la relación que más se deteriora dentro del ámbito familiar es la que se establece con la figura que mayor apoyo les brinda.

"empecé a ser más violenta, con mi madre que era la que más estaba conmigo" [GF2_transcripción; Posición: 110-110]

"en mi caso sobre todo con mi madre [*lo pagaba*]." [GF1_transcripción; Posición: 10-10]

yo en este caso toda mi frustración y toda mi rabia la pagaba con mi madre... hacía que mi madre estuviste mal también" [GF1_transcripción; Posición: 30-30]

"con mi padre estuve alrededor de seis meses de hablar sí pero en plan si o no porque yo creía que pues como [*P5*], que no me demostraba cariño o que no le importaba tanto cómo lo estaba pasando yo y veía que ahí solo la única que me preguntaba qué tal estás o algo era mi madre y al ser ella la que me preguntaba, yo lo pagaba con ella porque como no sabía con quién demostrar toda mi frustración, toda mi rabia..." [GF1_transcripción; Posición: 30-30]

"y entonces como ya no podía pagar nada con él [*padre*] pues lo terminé pagando todo con mi madre" [GF1_transcripción; Posición: 30-30]

"yo decía en plan como yo me siento mal y me siento una mierda quiero que también ella [*madre*] se sienta como una mierda, era así, entonces yo la maltrataba psicológicamente digamos" [GF1_transcripción; Posición: 226-226]

"mis padres estaban separados, yo vivía con mi madre que es la que más estaba conmigo, mi madre ya al sentir impotencia de no poder hacer nada porque tu no quieres cambiar, pues eso hace que te alejes de tu familia, te aíslas..." [GF2_transcripción; Posición: 112-112]

1.2.4.2. Con uno mismo

Los adolescentes describen la relación que establecen con ellos mismos a lo largo de la experiencia de enfermedad con un claro componente autodestructivo y de rechazo a sí mismos, dibujando un autoconcepto muy devaluado.

"no tenía básicamente autoestima, me sentía muy mal conmigo misma y al final pues a parte de pagarlo conmigo que me maltrataba no solo físicamente sino psicológicamente..." [GF1_transcripción; Posición: 6-6]

"pues yo no tenía autoestima, pues no comía nada y pues no sé... me hacía daño a mí misma" [GF1_transcripción; Posición: 11-11]

"Entonces pues toda esa coraza que me había hecho, lo pagaba conmigo porque no expresaba... cuando estaba mal no decía que estaba mal y entonces nadie sabía cómo estaba... no sé... autoestima mal." [GF1_transcripción; Posición: 11-11]

"y entonces la rabia y todo pues la pagaba conmigo misma" [GF1_transcripción; Posición: 34-34]

1.3. Impulsividad

Uno de los síntomas que los adolescentes señalan como más problemático dentro de la experiencia de enfermedad es la impulsividad. Tras su paso por el espacio grupal son capaces de enmarcar este rasgo en un funcionamiento desde “mente emocional” dentro de las habilidades básicas de conciencia.

1.3.1. Manejo desadaptativo del malestar

Los adolescentes reconocen las dificultades que presentaban para darle un manejo adaptativo a las emociones que sentían antes de acudir a la terapia grupal.

"Y también me molestaban un poco los comentarios que me hacían mis aitas [*padres*], pues eso me hacía un poco reaccionar mal" [GF3_transcripción; Posición: 2-2]

"Tenía problemas de ira" [GF2_transcripción; Posición: 24-24]

"Pues algunas personas cuando sufren mucha presión agachan la cabeza y yo tuve una reacción inversa... que fue reaccionar ante ello violentamente." [GF2_transcripción; Posición: 28-28]

"empecé a ser más violenta" [GF2_transcripción; Posición: 110-110]

"porque yo estaba enfadado con todo Dios..." [GF2_transcripción; Posición: 232-232]

"Y pues yo me encabronaba e iba al psicólogo y tal porque me empecé a portar cada vez peor" [GF3_transcripción; Posición: 9-9]

"en ese momento si porque le das importancia cuando estás tan mal... le das importancia a la mínima cosa que te pase, a cualquier cosa que te pase haces un mundo... entonces" [GF1_transcripción; Posición: 53-53]

Dicha precariedad para el manejo de las emociones puede llevar a los adolescentes a utilizar la conducta como modo de regular el malestar con cierto tinte auto y heterodestructivo, con el consiguiente deterioro de las relaciones tanto con las personas de su entorno como consigo mismo.

"Y lo que yo hacía era intentar contener, contener, contener [*el malestar*] y... funcionó como una olla a presión cuando estalla" [GF2_transcripción; Posición: 28-28]

"Sientes que si lo cuenta [*tu problema*], lo tienes que matar, como si se tratase de un secreto federal o algo... porque luego te enfadas con esa persona y..." [GF3_transcripción; Posición: 21-21]

"Es que yo por ejemplo, me pondría en su lugar y en su edad y le habría estampado una maceta" [*cuando otra paciente cuenta la conflictiva con la pareja de la madre*] [GF3_transcripción; Posición: 304-304]

"Le puse un cuchillo [*a su hermana*] en el cuello" [GF3_transcripción; Posición: 307-307]

"había suspendido un examen con un 4,9 y la profesora me dijo que me iba a aprobar por comportamiento y eso... Pero a él [*pareja de la madre*] no le valía y no me dejaba ir a la competición y empecé a discutir con él y cogí el plato y se lo lancé en toda la cara..." [GF3_transcripción; Posición: 311-311]

"Bueno yo hace dos semanas le clavé un tenedor a mi hermana" [GF3_transcripción; Posición: 312-312]

"si la rabia pues no era de un nivel muy alto digamos, lo hacía sin darme cuenta [*poner las habilidades en marcha*], pero cuando llegaba a tal momento que yo creo que incluso era capaz de agredir a mi madre..." [GF1_transcripción; Posición: 222-222]

"yo la relación conmigo misma y con mi madre sobre todo, porque llegaba un momento ya que, que no... ella no hacía nada y yo por cualquier cosa igual si me llevaba la contraria la pegaba" [GF1_transcripción; Posición: 225-225]

"Yo físicamente casi no la pegaba y así, yo era más... la fastidiaba emocionalmente [*a su madre*]." [GF1_transcripción; Posición: 226-226]

1.3.2. Descontrol

Los adolescentes sitúan el descontrol dentro de un ambiente hostil como medida de sufrimiento.

"Y mis compañeros digamos que todos los días volaba una silla, un ordenador, una persona" [GF3_transcripción; Posición: 47-47]

"Le puse un cuchillo en el cuello [*a mi hermana*]" [GF3_transcripción; Posición: 307-307]

"había suspendido un examen con un 4,9 y la profesora me dijo que me iba a aprobar por comportamiento y eso... Pero a él [*la pareja de la madre*] no le valía y no me dejaba ir a la competición y empecé a discutir con él y cogí el plato y se lo lancé en toda la cara..." [GF3_transcripción; Posición: 311-311]

"Básicamente me fijaba en la persona que me estaba molestando o se estaba metiendo conmigo y para mí no existía nada más que esa persona e iba a por ella... si alguien se metía en medio también... incluso si encontraba objetos los tiraba para un lado y me iba a por esa persona con bastante brutalidad." [GF2_transcripción; Posición: 32-32]

"no sabía ni yo él porqué y a una [*compañera de clase*] acabé en sexto echándole un vaso de cristal a la cabeza y a la otra [*compañera de clase*] en primero de la ESO intentándole abrir una brecha con la taquilla... porque no las tragaba" [GF1_transcripción; Posición: 224-224]

"pues yo, se me ha ido la olla y he pegado a no sé quién... o he dado un portazo" [GF2_transcripción; Posición: 124-124]

"Y que siempre que me venían yo pensaba "ya me viene a fastidiar o a hacerme algo, que me deje en paz" y yo ya iba a malas y no pensaba las cosas antes de hacerlas..." [GF1_transcripción; Posición: 14-14]

"tenía la cabeza dándome ideas malas hasta que al final perdí el control" [GF2_transcripción; Posición: 44-44;]

En algunos casos la contención emocional es la respuesta inicial que dan los adolescentes al ambiente hostil. Cuando este ambiente se mantiene en el tiempo, la contención emocional puede fallar y surgir el descontrol conductual.

"pero obviamente si me seguía molestando [*alguien*], me seguía molestando... al final... pum! Y perdía totalmente el control" [GF2_transcripción; Posición: 40-40]

"Estaba tranquilo con total normalidad y de repente... pum!" [GF2_transcripción; Posición: 32-32]

1.4. Identidad

Los adolescentes describen un autoconcepto pobre antes de entrar a terapia, percibiendo en ese momento con visión desesperanzadora la identidad de enfermo como inmodificable.

1.4.1. Autoconcepto

Los adolescentes describen como problemática identitaria el sentirse diferentes a los iguales que les rodean. Las vivencias de exclusión y los sentimientos de soledad conforman autoconceptos pobres y devaluados.

"yo soy muy tímida de carácter y vergonzosa" [GF3_transcripción; Posición: 170-170]

"Yo es que me he comparado casi desde siempre, comparado, juzgando... lo de comparar muchísimo" [GF3_transcripción; Posición: 265-265]

"Cuando estaba una estaba la otra, ni era una sola ni era la otra, era la depresión acompañada de problemas de... mi distorsión sobre mi imagen, mi falta de autoestima y mi falta de ganas de comer, iba todo junto" [GF3_transcripción; Posición: 364-364]

"pues por ejemplo yo era muy pesimista y muy negativa, a mí me decían para hacer algo nuevo y yo decía que no, por miedo" [GF2_transcripción; Posición: 70-70]

"yo antes no era capaz de ir de tiendas sola ni a tomarme un café, por el hecho de estar en la barra y a ver qué pensaban de mí." [GF2_transcripción; Posición: 74-74]

"yo siempre he sido una persona muy extrovertida y muy abierta a la gente y di un cambio total..." [GF2_transcripción; Posición: 391-391]

"Pues yo por ejemplo, antes de venir estaba autodestruyéndome por dentro, no tenía autoestima" [GF1_transcripción; Posición: 4-4]

"era muy cerrada y muy orgullosa y nunca quería hablar con nadie sobre mis problemas ni nada de lo que me pasase..." [GF1_transcripción; Posición: 4-4]

"yo empecé teniendo problemas con la comida pues porque no tenía básicamente autoestima, me sentía muy mal conmigo misma" [GF1_transcripción; Posición: 6-6]

"pues yo no tenía autoestima" [GF1_transcripción; Posición: 11-11]

"no sé... autoestima mal." [GF1_transcripción; Posición: 11-11]

"Soy demasiado orgullosa y cuando veo que una persona intenta ser más orgullosa que yo, me pongo a su altura y él todavía más y soy el triple de orgullosa si hace falta y si lo triplica pues yo más y así" [GF1_transcripción; Posición: 209-209]

1.4.2. Identidad de enfermo inmodificable

La visión desesperanzadora que describen los adolescentes sobre sí mismos la relacionan con la percepción de la identidad de enfermo como inmodificable. Ellos señalan que la enfermedad es una parte de ellos, "esta es mi identidad y mi identidad no se modifica", sobre todo en los casos en los que existe de forma comórbida sintomatología TCA.

"Pues era una persona que... digamos que... vivía para su enfermedad... digamos que yo pensaba que yo era mi enfermedad... y no sé no quería cambiar... y cosas así... no sé... y que yo era así y no iba a cambiar y tal..." [GF2_transcripción; Posición: 18-18]

"Lo estoy diciendo como si pareciese que tengo otra persona metida en mi cabeza pero no. Yo siempre he sido consciente que eso [*la enfermedad*] es una parte de mí... totalmente mía" [GF2_transcripción; Posición: 44-44]

"realmente todas las enfermedades son parte nuestra" [GF2_transcripción; Posición: 45-45]

"yo acabé aceptándolo [*la enfermedad*], es una parte de mí..." [GF2_transcripción; Posición: 47-47]

"y yo iba a seguir así [*con la enfermedad*] y que no había solución" [GF2_transcripción; Posición: 55-55]

"seguía con depresión, seguía pensando en que no podía cambiar, que iba a estar mal toda la vida..." [GF2_transcripción; Posición: 55-55]

"y... vale que todos ha habido un momento que no queríamos cambiar porque era [*la enfermedad*] como parte de nosotros." [GF2_transcripción; Posición: 203-203]

En algunas ocasiones los adolescentes valoran el riesgo que puede suponer el cambio. Al ser la enfermedad parte nuclear de su identidad, si la enfermedad desaparece su identidad está en riesgo.

"como si yo viviese solo para la bulimia... o sea como si realmente yo fuese la bulimia... digamos que si no tenía la bulimia no iba a ser nadie... y eso" [GF2_transcripción; Posición: 20-20]

1.5. Regulación de emociones

Los adolescentes apuntan como problemática nuclear de las dificultades que presentan el déficit de habilidades para manejar de forma adaptativa las emociones que siente.

1.5.1. Acumulación del malestar

A menudo los adolescentes señalan que el malestar que sienten es de larga data, siendo el factor temporal lo que añade la vivencia de sufrimiento y gravedad.

"hay gente que lleva muchas cosas acumuladas desde que uno era pequeño y pues a veces no se da cuenta... y no sé pues que..." [GF2_transcripción; Posición: 12-12]

"era consciente de que tenía un problema. De hecho eso lo venía teniendo desde que era muy pequeño... toda la vida" [GF2_transcripción; Posición: 42-42]

"yo por ejemplo estuve dos años que no levantaba cabeza, o sea todas las noches me quería morir y eso yo creo no son bajones, eso es porque todavía estás en una parte que es horrorosa" [GF2_transcripción; Posición: 83-83]

Ellos utilizan la contención emocional lo que puede propiciar que el malestar se vaya acumulando al carecer de habilidades que permitan evacuarlo de manera adaptativa.

"Pues algunas personas cuando sufren mucha presión agachan la cabeza" [GF2_transcripción; Posición: 28-28]

"Y lo que yo hacía era intentar contener, contener, contener [*el malestar*] y... funcionó como una olla a presión cuando estalla" [GF2_transcripción; Posición: 28-28]

"si alguien me estaba molestando intentaba no partirle la cara, pero obviamente si me seguía molestando, me seguía molestando... al final... pum!" [GF2_transcripción; Posición: 40-40]

"pues yo también me hacia daño a mí misma por no hacer daño a los demás a veces, pues era... vamos a decir como una rabia que iba acumulando y acumulando y cuando ya explotaba pues lo pagaba con todos y no solo un día, igual una semana o así de mal humor, súper hundida no queriendo hablar con nadie ni saber nada de nadie." [GF1_transcripción; Posición: 14-14]

Al menos tras finalizar la terapia, los adolescentes señalan la acumulación del malestar como un mecanismo desadaptativo para el manejo de las emociones y describen el deterioro que ocasiona tanto en la relación que uno establece consigo mismo (efectividad del respeto personal) así como en la relación que establece con el entorno (efectividad interpersonal).

"También tuve depresión, me corté varias veces, y eso me afectaba a todo, las relaciones entre mis compañeros de clase y todo... pues estaba bastante mal" [GF3_transcripción; Posición: 4-4]

"entonces pues me sentía mal porque en el fondo veía el sufrimiento que tenía mi familia [*por mis problemas*] ..." [GF2_transcripción; Posición: 4-4]

Adquirir habilidades para darle un manejo adaptativo al malestar que sienten (habilidades de tolerancia al malestar) es para ellos una de las dianas a donde debe ir dirigido el tratamiento y a su vez, lo que puede motivarles para el cambio.

"yo me encontraba tan mal que el venir aquí me hacía ilusión porque tenía tantas ganas de cambiar la situación..." [GF3_transcripción; Posición: 55-55]

1.5.2. Bloqueo de la comunicación

El bloqueo de la comunicación es la incapacidad que presentan algunos adolescentes para poner en palabras el malestar que sienten y pedir ayuda.

"Pero en realidad no quería, porque no quería compartir [*los problemas*] con gente de mi edad o que estuvieran en una situación parecida... porque nunca me ha gustado compararme con otra gente" [GF3_transcripción; Posición: 50-50]

"yo nunca le echo la mierda [*los problemas*] a nadie" [GF3_transcripción; Posición: 128-128]

"[yo] era muy cerrada y muy orgullosa y nunca quería hablar con nadie sobre mis problemas ni nada de lo que me pasase..." [GF1_transcripción; Posición: 4-4]

"y no quería hablar con nadie del tema [*enfermedad*] y así... y pues básicamente eso." [GF1_transcripción; Posición: 6-6]

"Entonces pues toda esa coraza que me había hecho, lo pagaba conmigo porque no expresaba... cuando estaba mal no decía que estaba mal y entonces nadie sabía cómo estaba..." [GF1_transcripción; Posición: 11-11]

"y no solo un día, igual una semana o así de mal humor, súper hundida no queriendo hablar con nadie ni saber nada de nadie." [GF1_transcripción; Posición: 14-14]

"yo no estaba bien en esos momentos, está bastante mal, no me gustaba hablar tanto con la gente..." [GF1_transcripción; Posición: 85-85]

"a mí cuando me pasa algo prefiero dejarlo ahí, cuando lo vuelvo sacar es como me pongo peor, ¿no?" [GF1_transcripción; Posición: 144-144]

Los adolescentes señalan que el bloqueo de la comunicación deteriora las relaciones que establecen con las personas de su entorno.

"la verdad es que... la verdad es que al principio no hablaba, no quería, y si me decían algo me lo tomaba siempre a la defensiva..." [GF1_ transcripción; Posición: 130-130]

"si tenemos un problema dejamos que pase el tiempo pero nunca hablamos de ese problema y hoy en día sigue siendo así... entonces la relación con mi padre como que siempre ha sido igual" [GF1_ transcripción; Posición: 203-203]

Algunos adolescentes comunican a través de la conducta el malestar que sienten, lo que no pueden decir con palabras, e incluso la petición de ayuda.

"en cuanto empecé a notarlos lejos [*a los padres*], empecé como a intentar llamar la atención... y no sé si tendría diez años o así me di de cabeza contra la puerta, solo para que ellos viniesen a casa, y le cogí el gusto." [GF3_ transcripción; Posición: 11-11]

"Pero en el colegio y tal... a ver yo empecé a llamar la atención, yo me acuerdo... suspendí un examen y el tío este [*la pareja de la madre*] me hizo copiar una frase todos los días trescientas veces y para no escribir me rompí una mano" [GF3_ transcripción; Posición: 32-32]

"Me rompí yo una mano para no escribir, y me dijo [*la pareja de la madre*] vale pues si no escribes con una escribes con la otra, y me rompí la otra mano, y me obligó a escribirlo con la boca. Y cuando mis profesores veían que ya no estaba bien, que iba con las dos manos..., que no podía hacer nada en clase porque tenía las dos manos escayoladas pues ya hablaron con mi madre seriamente, "oye no puede estar así la chavala y tal". [GF3_ transcripción; Posición: 37-37]

"es una forma de... como de canalizar todo lo que sientes, poder desahogarte... a final es como lo que no puedes decir pues... o lo que no te sientes capaz de expresar... pues al final terminas haciéndote daño a ti misma..." [GF1_ transcripción; Posición: 42-42]

1.5.3. Trastornos de ánimo

Son muchos los adolescentes los que señalan el sufrimiento depresivo como uno de los síntomas que más malestar les ha generado dentro de la experiencia de enfermedad. Sin embargo, los adolescentes de nuestra muestra fueron derivados al grupo de formación en habilidades según el modelo de TDC en su mayoría por problemas de conducta.

"Pues yo estuve un año antes de venir aquí con depresión, me daban como ataques de ansiedad también" [GF3_ transcripción; Posición: 2-2]

"pues yo tenía muchos problemas en casa y así y al final en el instituto también.... También tuve depresión" [GF3_ transcripción; Posición: 4-4]

"Pues yo hubo un mes que de repente y no sé por qué dejé de estar contenta, todo veía lo malo no veía nada bueno" [GF3_ transcripción; Posición: 6-6]

"y fui al médico el día de año nuevo y me dijeron que tenía una depresión muy grande" [GF3_ transcripción; Posición: 6-6]

"pero yo seguía estando mal anímicamente" [GF3_ transcripción; Posición: 6-6]

"falta de ganas de todo, ese cúmulo de depresión con el ambiente malo" [GF3_ transcripción; Posición: 30-30]

"y yo estaba más con depresión" [GF3_ transcripción; Posición: 349-349]

"Cuando estaba una estaba la otra, ni era una sola ni era la otra, era la depresión acompañada de problemas de... mi distorsión sobre mi imagen, mi falta de autoestima" [GF3_ transcripción; Posición: 364-364]

"antes de tener depresión empecé a perder peso pero porque quería y así" [GF3_ transcripción; Posición: 367-367]

"Y en realidad cuando vine aquí ese problema [*heteroagresividad*] estaba bastante superado ya, estaba pasando por una depresión..." [GF2_ transcripción; Posición: 34-34]

"seguía con depresión, seguía pensando en que no podía cambiar, que iba a estar mal toda la vida..." [GF2_ transcripción; Posición: 55-55]

"es que realmente los bajones cuando tienes depresión digamos, no existe, yo por ejemplo estuve dos años que no levantaba cabeza, o sea todas las noches me quería morir y eso yo creo no son bajones, eso es porque todavía estás en una parte que es horrorosa" [GF2_ transcripción; Posición: 83-83]

"y empezaron también las ideas de suicidio." [GF2_ transcripción; Posición: 110-110]

"por depresión" [*pregunta del conductor ¿por qué empezaste a venir aquí?*] [GF2_ transcripción; Posición: 137-137]

"pues sin más lo que hacía pues era querer morirme... y sin más... es que realmente tampoco es que te pase algo concreto... es más abstracto... es que te sientes fatal... no quieres vivir o... haces cosas malas para ti misma" [GF2_ transcripción; Posición: 393-393]

"pues yo me acuerdo que justo antes del grupo yo me sentía bastante... muy sola, no estaba sola pero me sentía bastante sola y estaba muy triste..." [GF1_ transcripción; Posición: 16-16]

1.5.4. Autoagresividad/autodestrucción

El manejo desadaptativo del malestar por parte de los adolescentes puede llevar a un deterioro progresivo de la relación que establecen consigo mismos, en términos de TDC implicaría descuidar la efectividad del respeto personal. Los adolescentes señalan que dicho deterioro en ocasiones se manifiesta a través de conductas autoagresivas y autodestructivas como autolesiones, intoxicaciones medicamentosas voluntarias o abuso de tóxicos entre otras.

"vine al grupo este porque mi psiquiatra me lo recomendó, después de haber intentado un suicidio al ir de viaje de estudios a Londres." [GF3_ transcripción; Posición: 2-2]

"como mis padres siempre me habían tenido como en una especie de silla de la reina, en cuanto empecé a notarlos lejos, empecé como a intentar llamar la atención... y no sé si tendría diez años o así me di de cabeza contra la puerta, solo para que ellos viniesen a casa, y le cogí el gusto." [GF3_ transcripción; Posición: 11-11]

"yo estuve ingresada, he estado dos veces aquí, la primera por ideaciones suicidas y luego por intento de suicidio" [GF2_ transcripción; Posición: 55-55]

"y empezó una parte violenta, pero es que además esa violencia la fijaba en mí y hacía cosas que hasta ni me acordaba" [GF2_ transcripción; Posición: 119-119]

"pues yo por ejemplo me cortaba o simplemente me pegaba" [GF2_ transcripción; Posición: 395-395]

"Pues yo por ejemplo, antes de venir estaba autodestruyéndome por dentro, no tenía autoestima" [GF1_ transcripción; Posición: 4-4]

"no tenía básicamente autoestima, me sentía muy mal conmigo misma y al final pues a parte de pagarlo conmigo que me maltrataba no solo físicamente sino psicológicamente..." [GF1_ transcripción; Posición: 6-6]

"pues yo no tenía autoestima, pues no comía nada y pues no sé... me hacia daño a mí misma" [GF1_ transcripción; Posición: 11-11]

"cortes..., ingesta de pastillas... pues eso no comiendo... no sé, haciéndome daño en general..." [GF1_ transcripción; Posición: 13-13]

"pues yo también me hacia daño a mí misma por no hacer daño a los demás a veces" [GF1_ transcripción; Posición: 14-14]

"luego ya había momentos que ni cortándome ni nada sabía cómo canalizar esa rabia y llegué a tomar pastillas y que tu madre te vea en el suelo y tenga que hacerte reaccionar y así... o sea era un castigo para mí" [GF1_ transcripción; Posición: 38-38]

"pues al final terminas haciéndote daño a ti misma... para olvidar el dolor psicológico mediante el dolor físico." [GF1_ transcripción; Posición: 42-42]

"y me obligaron a venir al grupo porque tuve una sobreingesta de pastillas" [GF1_ transcripción; Posición: 64-64]

"Le dije pues una vez estaba tan mal que... pues me vino la idea de suicidarme y tomé pastillas" [GF1_ transcripción; Posición: 117-117]

Tras su paso por la experiencia de la terapia, los adolescentes profundizan más en el significado y la función de las conductas autoagresivas dentro del contexto de la enfermedad apreciándose un trabajo de mentalización.

"en mi caso era como un castigo..., si comía algo y luego me arrepentía y lo vomitaba, el castigo era cortarme, es como cuando un niño hace algo mal y sus padres le castigan, pues yo creía que hacía mal comiendo porque eso iba a suponer que engordase, por mucho que comiese poco y entonces la rabia y todo pues la pagaba conmigo misma" [GF1_ transcripción; Posición: 34-34]

"cada vez que sentía como que sobraba porque hacía algo malo así para tragar mi malestar, igual me tomaba dos o tres pastillas como para tragar... para sentir como que tragaba mi dolor o algo así, para buscar algo que me doliera físicamente y no psicológicamente." [GF1_ transcripción; Posición: 117-117]

1.5.4.1. Autolesiones

Tras el paso por la terapia los adolescentes hacen una lectura hoy de los cortes del ayer que en el momento que se los realizaban no hacían.

Los adolescentes explican las autolesiones como medida ansiolítica, la autolesión suponía un desahogo o alivio del malestar que sentían.

"al final no es solo una forma de castigo... lo que tu dices [PI], es una forma de... como de canalizar todo lo que sientes, poder desahogarte... a final es como lo que no puedes decir pues... o lo que no te sientes capaz de expresar... pues al final terminas haciéndote daño a ti misma... para olvidar el dolor psicológico mediante el dolor físico." [GF1_ transcripción; Posición: 42-42]

"yo estoy más de acuerdo con eso... la rabia que tienes... es una manera de soltarla" [GF1_ transcripción; Posición: 43-43]

"a mí en mi caso me aliviaba [las autolesiones]" [GF1_ transcripción; Posición: 45-45]

"[*deshacerse*] del dolor que sentía por dentro... de frustración, de rabia." [GF1_ transcripción; Posición: 49-49]

Los adolescentes se percatan de que el evacuar el malestar a través de un mecanismo desadaptativo como son las autolesiones genera una reacción en el entorno. Dicha reacción puede ser de rechazo

"un día pues me hice cortes, me autolesioné y pues una amiga mía me pilló, en plan me lo dice una noche y al ir a clase al siguiente día pues mi amiga sin querer me pilló... yo intentaba esconderlo pues utilizando sudaderas gordas y así..." [GF1_ transcripción; Posición: 55-55]

"yo mentía hasta mis mejores amigas... pero hasta que un día una de ellas un día me pilló los cortes en todo el brazo y me dijo que a ella no le iba a mentir" [GF1_ transcripción; Posición: 115-115]

y en otras ocasiones dichas conductas pueden ser tomadas en cuenta por iguales que estén en una situación de sufrimiento incorporando dicho mecanismo desadaptativo a su propio repertorio.

"si tú un día te encuentras en una situación parecida, igual lo primero que se te ocurre y a mí me ha pasado es solucionarlo como ella lo intentó solucionar... dejando de comer, vomitando, cortando... no sé" [GF3_ transcripción; Posición: 380-380]

Los adolescentes señalan que la autolesión puede "dejar de funcionar", apuntando con ello el fracaso de un mecanismo desadaptativo lo que les lleva a extinguir dicha conducta.

"solo un día me corté ya no me alivió y ala [*ya no me corté más*]" [GF3_ transcripción; Posición: 190-190]

"luego ya había momentos que ni cortándome ni nada sabía cómo canalizar esa rabia" [GF1_ transcripción; Posición: 38-38]

1.5.5. Alimentación

Muchos de los adolescentes que participan en nuestro estudio presentan sintomatología de TCA de forma comórbida a las dificultades nucleares existentes.

"era la depresión acompañada de problemas de... mi distorsión sobre mi imagen, mi falta de autoestima y mi falta de ganas de comer, iba todo junto" [GF3_ transcripción; Posición: 364-364]

"me diagnosticaron bulimia..." [GF2_ transcripción; Posición: 20-20]

"dejé de ir al instituto, solo por darme atracones, eso ya fue después de salir ya del ingreso, y luego estaba apuntada al gimnasio, iba hasta el gimnasio solo para darme atracones porque no quería que mi madre me viera dándome atracones en casa" [GF2_ transcripción; Posición: 112-112]

"antes de tener depresión empecé a perder peso pero porque quería y así, pero tampoco me llegaron a diagnosticar anorexia" [GF3_ transcripción; Posición: 367-367]

El deterioro de la relación consigo mismos les lleva a una disconformidad con su propia imagen y a tener un autoconcepto muy devaluado.

"y a eso se le unió que cada vez que me miraba al espejo, pues me veía mal y empecé a adelgazar y adelgazar hasta que llegué a adelgazar 18 kilos, y fui al médico el día de año nuevo y me dijeron que tenía una depresión muy grande y además se me había juntado con anorexia." [GF3_ transcripción; Posición: 6-6]

1.5.6. Sentimientos de soledad/abandono

Dentro de la experiencia de enfermedad los adolescentes transmiten sentimientos de soledad/abandono en lo que respecta a la relación que establecen con las personas de su entorno, tanto familia como iguales. Ellos diferencian a la perfección el estar solo y el sentirse solo, dando un matiz de mayor sufrimiento en este último supuesto.

"Por ejemplo ellas decían que se sentían solas y en clase nunca estaban solas o un montón de cosas..." [GF2_transcripción; Posición: 250-250]

"Pero puedes estar rodeada de gente y sentirte solo" [GF2_transcripción; Posición: 251-251]

"pues yo me acuerdo que justo antes del grupo yo me sentía bastante... muy sola, no estaba sola pero me sentía bastante sola y estaba muy triste..." [GF1_transcripción; Posición: 16-16]

Señalan la importancia de sentirse escuchado, no solo oído, por el entorno.

"Salí con un chico unos dos años y al final esa relación, bueno relación... yo lo quería más como amigo para que me escuchase que para otra cosa ... acabó mal. Y no sé, me sentía cada vez más sola... en todo" [GF3_transcripción; Posición: 17-17]

"yo llevaba mucho tiempo sintiéndome sola y solo quería una persona que me escuchara, que me hiciera caso." [GF3_transcripción; Posición: 18-18]

La ausencia de comprensión por parte del entorno puede agravar sentimientos/vivencias de soledad e incluso reactivar angustia de abandono.

"a mí mis amigas también me decían esas cosas y al final no resultaba ser cierto porque siempre me decían cosas: "si no cambias, no podemos estar contigo" cosas así y luego cuando cambié, o cuando tuve la intención de cambiar me di cuenta que no iban a estar igualmente, así que ..." [GF2_transcripción; Posición: 65-65]

"yo me acuerdo que con mis padres sí que tenía relación en ese momento, bueno sin más, con mis padres sí que tenía relación en ese momento pero... no sentía ninguna apreciación de ellos hacia mí, no sentía ninguna muestra de cariño aunque no era así pero que no sentía eso..." [GF1_transcripción; Posición: 25-25]

"Y luego con mis amigas... igual vale quedábamos a las cinco, salía a las cinco pero las 5:30 me iba casa porque yo las veía a ellas tan felices y tan todo que yo decía, es que no, yo no me encontraba emocionalmente igual que ellas entonces pues dejé durante una temporada salir con ellas." [GF1_transcripción; Posición: 30-30]

Para los adolescentes la vivencia de soledad es más dolorosa cuando los padres están físicamente al lado, pero sienten que no entienden su propia experiencia de sufrimiento.

"y con mi padre estuve alrededor de seis meses de hablar sí pero en plan si o no porque yo creía que pues como [P5], que no me demostraba cariño o que no le importaba tanto cómo lo estaba pasando yo" [GF1_transcripción; Posición: 30-30]

"Pues vale, pero es que, hay veces que una necesita decir que tu madre es gilipollas, porque no te está apoyando en nada o... ¿sabes? Es que lo necesitas porque es real... o yo qué sé un amigo que... que yo qué sé que pasa de ti o no sé qué, pues dices es que ese amigo es un egoísta y es verdad, no lo estás juzgando, lo estás juzgando pero es que es verdad... no sé" [GF2_transcripción; Posición: 96-96]

"No sé se supone que los padres tienen que apoyarte pero la gente tampoco se concierne... es que hay veces que eso no pasa, es que ¿vas a tener que querer a tu padre porque simplemente sea tu padre? No, ¿sabes? No sé... eso realmente me jode, o sea..." [GF2_transcripción; Posición: 316-316]

"yo no me hablaba con mis padres y con mis amigas... bueno las de ahora sí pero, me sentía sola..." [GF1_transcripción; Posición: 22-22]

Describen y dibujan ambientes familiares invalidantes en donde diariamente se recibe el mensaje de que cómo uno siente, piensa o actúa no tiene sentido en ese momento, siendo uno de los factores con más peso en el agravamiento de su malestar y sufrimiento.

"yo me acuerdo que para mi padre era como si no estuviese, aún estando en el ingreso, después de haber hablado con [T] y todo eso, cuando estaba yo dentro y él fuera, era como "ya se le pasará..." "la dejo ahí..." [GF2_transcripción; Posición: 333-333]

1.6. Repercusión en el funcionamiento global

Los adolescentes aseguran que la sintomatología que presentan repercute de forma directa en diferentes ámbitos de su vida tales como la actividad académica y social, dándole una mayor relevancia al deterioro de las relaciones con las personas de su entorno ya descrito con anterioridad.

"pues yo tenía muchos problemas en casa y así y al final en el instituto también.... También tuve depresión, me corté varias veces, y eso me afectaba a todo, las relaciones entre mis compañeros de clase y todo... pues estaba bastante mal" [GF3_transcripción; Posición: 4-4]

"Entonces me aconsejaron antes de venir aquí un sitio privado, una clínica privada donde yo comía ahí, tenía asistencia médica, pero claro eso me obligaba a perder muchas horas de clase" [GF3_transcripción; Posición: 6-6]

"en el ámbito así académico, dejé de ir al instituto, solo por darme atracones, eso ya fue después de salir ya del ingreso, y luego estaba apuntada al gimnasio, iba hasta el gimnasio solo para darme atracones porque no quería que mi madre me viera dándome atracones en casa y entonces eso hacía que perdiera todo el año escolar, vamos perdí el año escolar, perdí a mi familia, perdía a mi hermana que era la que más quería..." [GF2_transcripción; Posición: 112-112]

"yo no salía de casa por ejemplo, no quedaba con mis amigas ni nada, pasaba los fines de semana o dándome atracones o haciendo ejercicio o no comiendo y mis habilidades sociales obviamente empeoraron un montón porque yo siempre he sido una persona muy extrovertida y muy abierta a la gente y di un cambio total... no quería saber nada de nadie, yo creo que ese fue un gran motivo por el que vieron que necesitaba entrar aquí, porque era una persona diferente que tenía que cambiar, ser yo misma o mejorar" [GF2_transcripción; Posición: 391-391]

"dejé de ir a clase durante un año, corté con mi novio de mucho tiempo, dejé de salir con mis amigas de siempre... con mi familia súper mal... así que sí tenía repercusión" [GF1_transcripción; Posición: 18-18]

"yo no me hablaba con mis padres y con mis amigas... bueno las de ahora sí pero, me sentía sola... y pues no sé... bueno, no iba al instituto..." [GF1_transcripción; Posición: 22-22]

El inicio de la enfermedad supone para ellos una ruptura vital, con deterioro del funcionamiento global preexistente.

"yo no salía de casa por ejemplo, no quedaba con mis amigas ni nada, pasaba los fines de semana o dándome atracones o haciendo ejercicio o no comiendo y mis habilidades sociales obviamente empeoraron un montón porque yo siempre he sido una persona muy extrovertida y muy abierta a la gente y di un cambio total... no quería saber nada de nadie, yo creo que ese fue un gran motivo por el que vieron que necesitaba entrar aquí, porque era una persona diferente que tenía que cambiar, ser yo misma o mejorar" [GF2_transcripción; Posición: 391-391]

"el estar con depresión, el estar mal ya no me dejaba hacer nada en mi vida" [GF2_transcripción; Posición: 55-55]

1.7. Ingreso

Gran parte de los adolescentes que participan en la presente investigación cualitativa cuentan con la experiencia de un ingreso hospitalario en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica dentro de la experiencia de enfermedad.

"Y pues yo me encabronaba e iba al psicólogo y tal porque me empecé a portar cada vez peor, y estuve aquí ingresada" [GF3_transcripción; Posición: 9-9]

"yo estuve ingresada, he estado dos veces aquí, la primera por ideaciones suicidas y luego por intento de suicidio" [GF2_transcripción; Posición: 55-55]

"me ingresaron tres veces, la primera porque adelgacé mucho, y las otras dos... una era para regular medicación y la otra porque no salía de casa." [GF2_transcripción; Posición: 141-141]

El recuerdo que los adolescentes tienen del ingreso tiene un matiz negativo, alguno de ellos casi traumático.

"Yo lo que ha dicho de los ingresos, es que... vamos comparto totalmente la idea, creo que son inútiles sinceramente." [GF2_transcripción; Posición: 118-118]

"Realmente es que yo cuando estuve ingresada, pues es que realmente a veces prefiero ni recordarlo" [GF2_transcripción; Posición: 16-16]

Los adolescentes hacen diferente valoración de la utilidad de éste en función de si existe o no motivación para el cambio.

"yo estuve ingresada aquí varias veces, en Basurto, y empecé el grupo y lo dejé porque bueno no estaba dispuesta a cambiar ni... Luego volví a ingresar y me di cuenta que necesitaba realmente la terapia y ya la segunda vez que lo empecé pues fui más... hacía los deberes que mandaban, y bueno me impliqué más en lo que es la terapia grupal" [GF2_transcripción; Posición: 2-2]

"Estuve ingresada por anorexia varias veces, y bueno no veía que quería cambiar, ni me sentía a gusto ni con fuerzas para cambiar" [GF2_transcripción; Posición: 4-4]

"Bueno yo... me diagnosticaron anorexia e ingresé, pero solo una vez. Es verdad que salí peor después del ingreso porque vine con predisposición a no cambiar cuando me ingresaron y pues la gente que había ahí también, pues algunas chicas tenían bulimia otra anorexia... bueno, éramos pocas y... íbamos hablando entre todas, comentando y ellas me decían lo que hacían y entonces al final cuando sales pues no sales... yo por lo menos no salí bien, salí peor, antes de ingresar solo no comía y cuando salí no comía... y vamos, empecé a purgarme..." [GF2_transcripción; Posición: 110-110]

"Pues sí, me afectó bastante el ingreso. Encima te imponen sus normas cosa que a ti no te gusta y encima entras con una predisposición a no cambiar... todo eso yo creo que fue pues muy... contaminante, para mí" [GF2_transcripción; Posición: 110-110]

"Yo pedí el ingreso. Al chico este [T] que... se lo pedí, le dije por favor ingrésame. Porque me di cuenta que allí en Logroño lo único que estaba haciendo era perder neuronas a base de pastillas, porque me metían once pastillas diarias" [GF3_ transcripción; Posición: 54-54]

"No hay una persona que ingrese aquí que diga que quiere ingresar, creo que fui la única que pedí el ingreso, "yo no tengo que estar aquí, yo no tengo que estar aquí..." Todo el mundo lo decía..." [GF3_ transcripción; Posición: 61-61]

El ingreso en sí mismo puede servir como elemento de confrontación para la toma de conciencia de las dificultades existentes, poder parar y pensar.

"sin más pues yo ingresé aquí hace un par de años o así y bueno... la verdad es que antes de ingresar estaba bastante mejor que cuando salí pero no porque se hicieran las cosas mal si no porque aquí me di cuenta de bastantes cosas y bueno sin más... pues supongo que el ingreso en sí, no el grupo, el grupo empecé luego, y me di cuenta que realmente tenía que sacar las cosas, de que... de que no sé sin más... hay gente que lleva muchas cosas acumuladas desde que uno era pequeño y pues a veces no se da cuenta... y no sé pues que... supongo que el ingreso me ayudó a sacar esas cosas" [GF2_transcripción; Posición: 12-12]

"a ver el ingreso me sirvió en parte pues como para echarme toda la mierda, ¿sabes?, en plan... porque además había enfermeras que te decían así en plan las cosas, que vale, igual decirlo con un poco de delicadeza pues mejor... pero realmente yo creo que en ese momento si que necesitas que te echen esa mierda que llevas en tu interior porque si no... no te das cuenta. Yo era de "ay, no me pasa nada, no sé qué no sé cuantos, yo estoy genial", ¿sabes? yo realmente no tengo no sé qué, pero... y entonces claro el ingreso en sí me sirvió que... me di cuenta de que, no sé, era como si yo tuviese una herida emocional y como si hubiese sanado pero en plan mal, sanado entre comillas claro, y como que el ingreso es como que te raspan así la herida, en plan poniéndote todas las cosas en cara... y no sé. Realmente si que es duro, porque es súper duro... porque a ver... a las que teníamos trastornos alimenticios, no nos dejaban hacer nada, estábamos todo el rato así [*con los brazos cruzados*]." [GF2_transcripción; Posición: 119-119]

"no sé y al ingresar pues... es que realmente antes de ingresar y así no... no sé cómo explicarlo... no es que no sintiera nada pero es que no me dio tiempo ni a pensarlo" [GF2_transcripción; Posición: 18-18]

Si no se está motivado para el cambio, el ingreso no resuelve el problema, aliviando en el mejor de los casos la problemática superficial.

"es que yo es el único mal recuerdo que tengo [*el ingreso*]. El recuerdo que tengo es que yo salí del hospital hinchada la cara, entera hinchada y decía... "vale, sé que cuando salga de aquí, va a volver a ser lo mismo, voy a adelgazar no sé cuantos kilos y al de tres o cuatro semanas es que voy a tener que aparecer aquí otra vez", porque me han hecho comerme todas las migas que se me caían, no me dejaban ni temblar la pierna, no me dejaban hacer nada... eso es una cosa que yo no soportaba y decía, jo es que es volver otra vez a lo mismo." [GF2_transcripción; Posición: 122-122]

1.8. Entorno

Los adolescentes aseguran que la enfermedad tiene un impacto en su entorno. La respuesta del entorno a la enfermedad puede ser diversa.

El entorno puede brindar una ayuda de cara a la resolución de la problemática existente o agravar dicha problemática. En ocasiones el adolescente cuenta con un entorno de ayuda en uno de los ámbitos (escolar, por ejemplo) y con un entorno problemático en otro de los ámbitos (familiar, por ejemplo).

1.8.1. Ayuda

Los adolescentes subrayan la importancia de la ayuda del entorno (padres, profesores o iguales) en la experiencia de su enfermedad por la contención externa ofrecida y el apoyo brindado.

"yo seguía estando mal anímicamente, entonces mi madre buscó otra salida que no fuese esa clínica y nos aconsejaron venir aquí" [GF3_transcripción; Posición: 6-6]

"Y cuando mis profesores veían que ya no estaba bien, que iba con las dos manos..., que no podía hacer nada en clase porque tenía las dos manos escayoladas pues ya hablaron con mi madre seriamente, "oye no puede estar así la chavala y tal". [GF3_transcripción; Posición: 37-37]

"lo único tenía el apoyo de los profesores del colegio y mis amigas, que ellas sí que sabían como estaba." [GF3_transcripción; Posición: 37-37]

"El rato que estaba en el colegio sí que me apoyaban y eso, y los padres de mis amigas también, iban al colegio y me decían "oye que si necesitas venirte a mi casa, ven"" [GF3_transcripción; Posición: 37-37]

"Mis padres sinceramente siempre han estado muy dispuestos a hablar, muy... hablar, hablar, hablar." [GF3_transcripción; Posición: 319-319]

"A mí mis padres me han apoyan mucho" [GF2_transcripción; Posición: 100-100]

"Mis padres también siempre han estado muy atentos y así" [GF3_transcripción; Posición: 320-320]

"No llegué a liarla nunca, sé que hubiera sido capaz de cargarme a alguien... pero no llegué a liarla nunca porque me agarraban [*los de mi alrededor*]." [GF2_transcripción; Posición: 34-34]

"En cuanto mis compañeros de clase veían algunas de esas cosas, se tiraban sobre mí y me agarraban. Así que nunca llegué a tener ningún problema grave" [GF2_transcripción; Posición: 34-34]

"yo se lo conté [*lo que me pasaba*] a mis amigas y reaccionasen como reaccionasen si de verdad eran mis amigas, no les iba a importar... o sea me iban a apoyar" [GF1_transcripción; Posición: 116-116]

"es que yo en mi caso, mis padres siempre han estado ahí, han sido los que más me han ayudado en todo, yo no he tenido problemas con mis padres de ningún tipo... y intentaban hacer todo lo posible para que yo siguiera adelante y tal, y vinieron a la terapia y eso" [GF2_transcripción; Posición: 326-326]

1.8.2. Problema

Los adolescentes señalan el ambiente familiar invalidante como factor nuclear dentro de la experiencia propia de enfermedad.

"a ver cuando estaba en casa mi familia no me creía que el hombre este [*la pareja de la madre*] me hacía estas cosas, mi madre tampoco decía nada ni me hacía nada por ponerse en mi parte, o sea en mi lugar." [GF3_transcripción; Posición: 32-32]

"Y mi abuela no me creía, mi familia no me creía..." [GF3_ transcripción; Posición: 37-37]

"como tu madre realmente no tendría que ser así pues te va reconcomiendo y dices, jolín, todo el rato estás pensando es que no puedo contar con ella, no puedo no sé qué no sé cuentos..." [GF2_ transcripción; Posición: 96-96]

"unas compañeras de terapia que tuve yo me dio la impresión que el problema principal que tenían eran sus padres, el factor principal que le impedía superar sus problemas" [GF2_ transcripción; Posición: 98-98]

"es que yo creo que todos con nuestros padres... yo creo que realmente lo que llevamos arrastrando desde el principio es también por algo de nuestros padres desde nuestra infancia" [GF2_ transcripción; Posición: 99-99]

"No sé se supone que los padres tienen que apoyarte pero la gente tampoco se conciencia... es que hay veces que eso no pasa, es que ¿vas a tener que querer a tu padre porque simplemente sea tu padre? No, ¿sabes? No sé... eso realmente me jode, o sea..." [GF2_ transcripción; Posición: 316-316]

"O que tu padre diga que eres una mentirosa, que nada de lo que te ha hecho es verdad, o que solo entraste ahí porque eran tonterías tuyas de la cabeza o..." [GF2_ transcripción; Posición: 329-329]

"porque me había criado en un entorno que a mí no me gustaba" [GF2_ transcripción; Posición: 393-393]

El contacto permanente con dicho ambiente puede contribuir al agravamiento de la sintomatología que presentan, agravándose los sentimientos de soledad.

"yo he hecho terapia con mi psicóloga fuera de aquí, pero es que al final si tus padres, es como si hicieran un paripé delante de la psicóloga "yo entiendo a mi hija, si, si...", pero luego al final pasan de todo... no estoy diciendo que todos los padres sean igual, pero mi caso es ese." [GF2_ transcripción; Posición: 329-329]

"yo me acuerdo que para mi padre era como si no estuviese, aún estando en el ingreso, después de haber hablado con [T] y todo eso, cuando estaba yo dentro y él fuera, era como "ya se le pasará..." "la dejo ahí..." [GF2_ transcripción; Posición: 333-333]

1.8.3. Estigma

Los adolescentes se refieren al estigma como un elemento externo a ellos que dificulta las relaciones interpersonales ante la incompreensión por parte del entorno de la enfermedad mental.

"A la familia o se lo explican aquí o no lo entienden. A mis padres se lo explicaron en el grupo de padres y lo entienden, pero mi hermana todavía no lo ha pillado y ella también tiene depresión o sea que... y luego fuera de casa mal, el tema es malo, la gente no lo entiende... es raro" [GF3_ transcripción; Posición: 15-15]

"y sentía que nadie me podía entender porque nadie estaba pasando por lo que yo estaba pasando, y porque desde fuera se ve distinto." [GF3_ transcripción; Posición: 17-17]

"A mí me han llegado a llamar puta enferma, loca... de todo" [GF3_ transcripción; Posición: 23-23]

"Yo es que tanto mis padres como yo nos sentimos como el tuerto en el mundo de los ciegos, ¿sabes?" [GF3_ transcripción; Posición: 338-338]

"mi aita [*padre*] que es una persona que nunca me ha entendido mi enfermedad, le ha costado muchísimo" [GF2_ transcripción; Posición: 312-312]

"y luego además te tratan como una enferma, a mí por ejemplo me tratan como si todavía estuviese enferma..." [GF2_ transcripción; Posición: 332-332]

"al principio me sentía como un poco el bicho raro de clase" [GF1_ transcripción; Posición: 63-63]

RESULTADOS

"era muy diferente, si tu lo dices [*tu enfermedad*] entre tus amigos... es algo que... para ellos..." [GF1_ transcripción; Posición: 90-90]

"te miran muy raro" [*la gente de tu entorno*] [GF1_ transcripción; Posición: 91-91]

"muy poca gente lo va entender [*lo que te pasa*], la gente que ha estado contigo desde el principio... esa gente igual va a poder ayudarte pero gente que está aquí más o menos se va a poder poner en tu posición, porque si no es muy difícil." [GF1_ transcripción; Posición: 92-92]

"yo al venir desde Ondarroa y al estar toda las semanas faltando justo un día exacto a la misma hora para venir hasta aquí al final lo conté para que venía y la gente reaccionó en plan... pero, ¿qué pasa que estás loca o te falta algo? en plan chorradas así" [GF1_ transcripción; Posición: 109-109]

Dicho estigma puede llevar a la ocultación de los síntomas y/o del tratamiento ante la incompreensión del entorno y sentirse rechazados por éste.

"de hecho una de mis amamas [*abuelas*] no sabe ni que he estado ingresada nunca, ni que iba a... ni que voy al psiquiatra, ni que hoy vengo aquí ni nada. O sea sabía que estaba mal pero no sabía nada." [GF1_ transcripción; Posición: 108-108]

"Sí, si... para mí siempre ha sido un tema tabú, mi enfermedad" [GF2_ transcripción; Posición: 374-374]

"pero ya he dicho que hasta ahora el tema [*la enfermedad*] ha sido muy tabú" [GF2_ transcripción; Posición: 399-399]

Los adolescentes señalan la importancia de elegir relaciones de más confianza en el momento de decidir a quién contar su problemática y pedir ayuda.

"y al final fui contando [*mi enfermedad*] porque... y algunos reaccionaban "pues a mí no te me acerques, porque a ver qué me haces" o cosas así... y sin más." [GF1_ transcripción; Posición: 109-109]

"yo, mis amigas de aquí, solo se lo he contado a tres que son las que... con las que llevo desde pequeña, en cambio a mis amigas de Lekeitio cuando se lo conté hubo alguna que... como que no llegaba a decir el comentario de que "mira esta rara que va al psiquiatra o a yo, mis amigas de aquí, solo se lo he contado a tres que son las que... con las que llevo desde pequeña, en cambio a mis amigas de Lekeitio cuando se lo conté hubo alguna que... como que no llegaba a decir el comentario de que "mira esta rara que va al psiquiatra o a un psicólogo o lo que sea..." pero tu por cómo se comportaba ella contigo lo sentías... [GF1_ transcripción; Posición: 111-111]

"yo se lo conté a mis amigas y reaccionasen como reaccionasen si de verdad eran mis amigas, no les iba a importar... o sea me iban a apoyar y hasta la que racionó mal, la que reaccionó en plan "mira esta loca" pues pasé de ella y ya está... O sea si estás en las buenas, estás en las malas." [GF1_ transcripción; Posición: 116-116]

Ellos sitúan al estigma como algo negativo ajeno a ellos, sin embargo, ellos mismos estigmatizan incluso tras pasar por la experiencia de un ingreso hospitalario; transmiten el mensaje "me fastidia que me estigmaticen, cuando estar loco es otra cosa".

"al fin y al cabo me estaban tratando como un enfermo mental, no me sentaba muy bien, me daba la sensación de que me estaban insultando, pensaba que... estaba bastante cabreado..." [GF2_ transcripción; Posición: 366-366]

"la gente aquí no te juzga como pueden juzgarte fuera... porque fuera las cosas no se ven igual, porque por venir aquí igual se piensan que estás loca o... no sé" [GF1_ transcripción; Posición: 93-93]

"luego ya la gente empezó a hablar sin saber, a decir que estaba pues mal de la cabeza y... comentarios así." [GF1_ transcripción; Posición: 115-115]

"yo a veces pensaba que hice mal en contarlo [*lo que me pasaba*] porque algunos pensaban que estaba loca"
[GF1_ transcripción; Posición: 117-117]

RESUMEN DE EXPERIENCIA DE ENFERMEDAD:

- Los adolescentes refieren dificultades en las relaciones interpersonales tanto con iguales como con familia dentro de la experiencia de enfermedad por vivencias de perjuicio y sentimientos de soledad. Tras su paso por la experiencia grupal según el modelo de TDC, son capaces de señalar cómo su propia problemática repercute y deteriora la relación que mantienen otros entre sí, sintiéndose responsables de ello.
- Las dificultades que presentan los adolescentes para regular las emociones que sienten es una problemática nuclear dentro de la experiencia de enfermedad. El bloqueo de la comunicación o el fallo de un mecanismo desadaptativo como la contención emocional, puede dar lugar en un segundo tiempo a la aparición de trastornos de ánimo y conductas autodestructivas (autolesiones).
- La impulsividad y el consiguiente manejo desadaptativo del malestar les lleva en ocasiones al descontrol conductual, utilizando la conducta como un modo de regular las emociones con un matiz autodestructivo.
- Los adolescentes de nuestra muestra describen como problemática identitaria el sentirse diferente a los iguales que les rodean. Las vivencias de exclusión y los sentimientos de soledad hacen que los adolescentes presenten autoconceptos muy pobres y devaluados.
- En nuestra muestra es frecuente la presencia comórbida de sintomatología TCA en adolescentes con desregulación emocional e impulsividad.
- Muchos de los adolescentes no presentaban conciencia de problema previamente a su paso por la experiencia grupal. En ocasiones el adolescente proyecta la responsabilidad del malestar que siente en el entorno, es frecuente que oculte la sintomatología y opte por la negación del problema. La ausencia de conciencia de problema dificulta la adherencia a un programa de tratamiento.
- La mayor parte de los adolescentes del estudio cuentan con la experiencia de un ingreso psiquiátrico dentro de la experiencia de enfermedad. Atendiendo a su

discurso, los adolescentes consideran que debe existir motivación para el cambio para que el ingreso sea de ayuda.

- Toda la sintomatología descrita repercute de forma directa en el funcionamiento global del adolescente tanto en el ámbito social, familiar como escolar.
- El entorno del adolescente responde a su problemática de forma diversa. En ocasiones el entorno es un elemento de ayuda y en otras un elemento problemático, sobre todo en los casos que existen entornos invalidantes o donde el estigma sobre la enfermedad mental está muy presente.

2. MOTIVACIÓN PARA LA TERAPIA

"yo creo que ahí ya empieza a cambiar el chip, en mi caso, cuando empiezas a querer cambiar, porque pierdes a tu familia, porque es verdad..."

"yo me encontraba tan mal que el venir aquí [a la terapia] me hacía ilusión porque tenía tantas ganas de cambiar la situación..."

Las motivaciones de los adolescentes para venir a terapia pueden ser muy diversas. Puede existir motivación propia o que la motivación sea externa (familia, colegio, terapeuta). Es difícil valorar la motivación previa a la terapia a posteriori, tras el paso por la experiencia grupal.



Figura 15. Motivación para la terapia

2) MOTIVACIÓN PARA LA TERAPIA
2.1 Importancia del momento de evolución de la enfermedad
2.2 Faltas de asistencia
2.3 Expectativas pregrupo
2.4 Motivación externa para el tratamiento
2.5 Motivación propia para el tratamiento
2.6 Resistencia al cambio/a recibir ayuda

2.1. Importancia del momento de evolución de la enfermedad

La mayoría de los adolescentes subrayan la importancia del factor temporal en lo que respecta al aprovechamiento de la terapia. Atendiendo a los relatos de los adolescentes es fundamental que el tratamiento tenga lugar en el “momento exacto” de evolución de la enfermedad para un mejor aprovechamiento y mejores resultados.

"yo creo que me pilló [*la terapia*] en el punto exacto y... a lo que me refería es que... este fue el comienzo de saber que realmente me pasaba algo, no sé cómo explicarlo, esto me ayudó a..." [GF2_transcripción; Posición: 353-353]

"me pilló [*la terapia*] en el momento justo para yo ya salir de todo" [GF2_transcripción; Posición: 356-356]

2.2. Faltas de asistencia

El grado de asistencia al grupo puede ser un parámetro objetivo que nos ayude a valorar la motivación para la terapia.

Para los adolescentes las faltas de asistencia pueden implicar ausencia de motivación para el cambio.

"yo estuve ingresada aquí varias veces, en Basurto, y empecé el grupo y lo dejé porque bueno no estaba dispuesta a cambiar ni..." [GF2_transcripción; Posición: 2-2]

"Y al final no sé si terminó la terapia o cubrí las faltas de no hacer deberes o no sé pero dejé de venir y seguía igual, seguía con depresión, seguía pensando en que no podía cambiar, que iba a estar mal toda la vida..." [GF2_transcripción; Posición: 55-55]

Aseguran que cuando acuden al grupo tras haber faltado “se encuentran perdidos”, lo que influye de forma negativa en la motivación y puede desembocar en el abandono.

"yo creo que me sentía perdida [*al faltar*] pero no por lo que se hablaba en la terapia, sino porque... porque me sentía perdida porque igual alguien había estado dos o tres semanas seguidas contándote cómo le iban las cosas y de repente te perdías una semana y era como que te habías perdido un capítulo entero" [GF1_transcripción; Posición: 231-231]

"yo sí falté un montón de veces y cuando venía y no tenía la ficha hecha porque no tenía la ficha o porque no había escuchado la explicación me sentía como que no sabía nada y decía no se para qué había venido... si ya no me enteraba" [GF1_ transcripción; Posición: 235-235]

Por otro lado, los adolescentes señalan que la ausencia de faltas de asistencia trasluce motivación e implicación activa en la terapia.

"Solo falté una vez y no lo noté mucho, pero porque solo fue una" [GF3_ transcripción; Posición: 275-275]

"Yo solo falté una vez y fue porque me operaron de las anginas" [GF3_ transcripción; Posición: 276-276]

"Yo solo falté una vez y por el tema del viaje de estudios" [GF3_ transcripción; Posición: 278-278]

"Vivo en Logroño, o vengo todos los días o no vengo" [GF3_ transcripción; Posición: 279-279]

2.3. Expectativas pregrupo

La mayoría de los adolescentes carecen de expectativas pregrupo. En ellos se trasluce cierta confusión que coincide con el no saber lo que les estaba pasando a ellos mismos en aquel momento y cual era la finalidad de la terapia grupal.

Predomina en ellos inicialmente una visión desesperanzadora. Ponen en duda a priori que la terapia grupal según el modelo de TDC pueda ser un elemento de ayuda.

"había días que yo no quería venir, incluso llegué a pensar que no servía para nada" [GF3_ transcripción; Posición: 64-64]

"Venía básicamente por venir al principio, porque yo estaba obcecada en que no me iba a servir para nada y yo iba a seguir así y que no había solución." [GF2_ transcripción; Posición: 55-55]

"Bueno, es que a mí realmente me pilló por sorpresa [*el venir al grupo*] entonces no me pude imaginar nada, ya lo siento" [GF2_ transcripción; Posición: 362-362]

2.4. Motivación externa para el tratamiento (familia, psiquiatras, colegio)

Los adolescentes aseguran que su entorno (familiar, académico y/o asistencial) en muchas ocasiones puede actuar como factor motivador para el tratamiento.

"y vine al grupo este porque mi psiquiatra me lo recomendó, después de haber intentado un suicidio al ir de viaje de estudios a Londres." [GF3_ transcripción; Posición: 2-2]

"entonces mi madre buscó otra salida que no fuese esa clínica [*del ámbito privado*] y nos aconsejaron venir aquí" [GF3_ transcripción; Posición: 6-6]

"y después [*T*] me dijo vamos a hacer una terapia grupal a ver si te interesaría ir, y dije pues bueno yo por ir voy ¿sabes?, luego a ver qué tal..." [GF3_ transcripción; Posición: 9-9]

"como tengo familia aquí [*Bilbao*] y tal pues nos recomendaron venir, me trataron aquí y ahí estamos. Han pasado otros dos años desde que estoy aquí" [GF3_ transcripción; Posición: 11-11]

"Y... nada luego me pasaron al psiquiatra y el psiquiatra me hizo venir aquí, y pues me obligaron a venir mis padres" [GF2_ transcripción; Posición: 141-141]

"me obligaron a venir al grupo porque tuve una sobreingesta de pastillas y [T], bueno mi psiquiatra, después de pasar la noche en urgencias me dijo que ya no sabía qué hacer conmigo y que por probar que viniera, que no perdía nada por venir y conocer otras personas que estaban..." [GF1_transcripción; Posición: 64-64]

"pues yo... vine un poco empujada por mi psiquiatra, porque yo ya había estado en otros grupos y no me había... bueno me había hecho peor" [GF1_transcripción; Posición: 74-74]

"yo creo que ese fue un gran motivo por el que vieron que necesitaba entrar aquí, porque era una persona diferente que tenía que cambiar, ser yo misma o mejorar" [GF2_transcripción; Posición: 391-391]

En ocasiones es el entorno el que utiliza técnicas motivacionales para que el adolescente acuda al grupo y posteriormente el propio componente motivacional de la TDC facilite la implicación activa en el tratamiento y surja la motivación para el cambio.

"a mí al principio me costó bastante entrar en el grupo, más que nada también porque venía obligado, vine amenazado con echarme del colegio si no hacía la terapia, y encima si lo dejaba me echaban del instituto porque estaban las cosas..." [GF2_transcripción; Posición: 230-230]

"pues se lo dije a mi madre[que no creía que me sirviera para nada la terapia], mi madre me dijo ¿qué te cuesta por probarlo?" [GF1_transcripción; Posición: 152-152]

"el empuje" [P10:mi pareja me dejó y me dijo que si cambiaba volveríamos. T: ¿y ese fue el estímulo para tomarte en serio la terapia?. P10: el empuje] [GF2_transcripción; Posición: 63-63]

El entrenamiento en habilidades no solo enseña habilidades, trabaja motivación que lleva a incorporar o generalizar las habilidades en su vida.

"me metieron en terapia la segunda vez que estuve ingresada. Venía básicamente por venir al principio, porque yo estaba obcecada en que no me iba a servir para nada y yo iba a seguir así y que no había solución." [GF2_transcripción; Posición: 55-55]

Cuando la motivación para el tratamiento es externa cobra especial relevancia la existencia de un ambiente validante, el cual a la vez que reconoce las dificultades sin penalizarlas ofrece la posibilidad de ayuda en el entorno terapéutico.

"tuve un problema en clase y los profesores decidieron que había que hacer algo y me mandaron aquí [a la terapia]" [GF2_transcripción; Posición: 34-34]

En algunas ocasiones son los propios adolescentes los que deciden implicarse en el tratamiento de forma secundaria a ver el impacto que tiene la enfermedad en la familia, el deterioro de las relaciones o el sufrimiento que presentan; se sienten responsables de ello, al menos así lo relatan tras su paso por la experiencia grupal.

"yo creo que ahí ya empieza a cambiar el chip, en mi caso, cuando empiezas a querer cambiar, porque pierdes a tu familia, porque es verdad..." [GF2_transcripción; Posición: 112-112]

2.5. Motivación propia para el tratamiento

Para los adolescentes uno de los factores más importantes para la efectividad de la terapia es la motivación propia para el tratamiento. Según refieren, a veces a costa de llegar hasta el hundimiento máximo para ver la necesidad de un cambio y por consiguiente implicarse de forma activa en la terapia.

"al final todo influye en querer cambiar o no, ponerle ganas o..." [GF2_ transcripción; Posición: 294-294]

"yo estaba aquí [*en la terapia*] porque me había... y es que quería cambiar" [GF2_ transcripción; Posición: 203-203]

"Yo no lo he dicho, iba donde la psicóloga a Ercilla y fue la que me comentó el curso este y me animé a venir [*a la terapia*]" [GF3_ transcripción; Posición: 7-7]

"Yo quería venir [*a la terapia*]" [GF3_ transcripción; Posición: 52-52]

"yo me encontraba tan mal que el venir aquí [*a la terapia*] me hacía ilusión porque tenía tantas ganas de cambiar la situación..." [GF3_ transcripción; Posición: 55-55]

"cualquier cosa que podía hacer por mejorar yo la iba a hacer, y lo saben todos los que estuvieron conmigo" [GF3_ transcripción; Posición: 55-55]

"A mi me comentó mi psicóloga el venir a terapia, hice la entrevista y eso, y yo quería también mejorar, no estar tan mal como estaba" [GF3_ transcripción; Posición: 57-57]

"yo estaba ahí [*en la terapia*] para intentar mejorar, me lo tomaba muy en serio" [GF3_ transcripción; Posición: 352-352]

"Luego volví a ingresar y me di cuenta que necesitaba realmente la terapia y ya la segunda vez que lo empecé pues fui más... hacía los deberes que mandaban, y bueno me impliqué más en lo que es la terapia grupal y la verdad es que me fue bastante bien" [GF2_ transcripción; Posición: 2-2]

"y luego ya cuando era más consciente de todo... de cómo perjudicaba mi enfermedad pues ya... fui más capaz de poder venir al grupo y..." [GF2_ transcripción; Posición: 4-4]

"a veces ves que sientes que pierdes todo, ves a donde no quieres llegar y entonces de ahí es cuando empiezo a cambiar. Luego en consultas con [*T*], el psiquiatra me recomendó este grupo, bueno el grupo de terapia...conductual. Pues ahí ya entré con predisposición a cambiar, entonces sí me ayudó bastante." [GF2_ transcripción; Posición: 112-112]

"yo en mi caso fue todo lo contrario porque me lo estudié al pie de la letra y hacia todo de pe a pá y eso" [GF1_ transcripción; Posición: 143-143]

Señalan el "efecto contagioso de la motivación", el hecho de acudir a un grupo en el que los compañeros se encuentren motivados puede actuar como factor facilitador para que uno vaya adquiriendo motivación para el cambio.

"La gente aunque estuviese mal si tenía ganas de ponerse mejor se notaba porque participabas, siempre había algún día que todos estábamos más callados y más decaídos, pero en general participábamos teníamos ganas por cambiar" [GF3_ transcripción; Posición: 121-121]

"a mi me dijo el psiquiatra que había un grupo, fue..., yo..., me habían ingresado y después del ingreso pasó una temporada y me dijo que seguramente me vendría bien... más que nada el ver que hay mucha más gente que

está en la misma, parecida, o peor situación... y me dijo a ver si quería y yo dije que claramente que sí, porque en esos momentos..., lo único que..., una poca mejora era un montón." [GF1_ transcripción; Posición: 58-58]

2.6. Resistencia al cambio/a recibir ayuda

Los adolescentes relacionan la falta de motivación en la terapia con la resistencia al cambio o a recibir ayuda. Esta falta de motivación es una característica común que comparten muchos de ellos en algún momento de la evolución de su enfermedad.

"yo me puse como una loca... en el sentido de gritarle, yo quería que me dejara en paz..." [cuando su psiquiatra le propone venir al grupo] [GF1_ transcripción; Posición: 68-68]

"falta de ganas de todo, ese cúmulo de depresión con el ambiente malo y además que tú no haces por mejorarlo... que alguien te entienda, no sé" [GF3_ transcripción; Posición: 30-30]

"y empecé el grupo y lo dejé porque bueno no estaba dispuesta a cambiar ni..." [GF2_ transcripción; Posición: 2-2]

"y bueno no veía que quería cambiar, ni me sentía a gusto ni con fuerzas para cambiar" [GF2_ transcripción; Posición: 4-4]

"y no sé no quería cambiar... y cosas así... no sé... y que yo era así y no iba a cambiar y tal..." [GF2_ transcripción; Posición: 18-18]

"y... vale que todos ha habido un momento que no queríamos cambiar porque era como parte de nosotros." [GF2_ transcripción; Posición: 203-203]

"y encima entras con una predisposición a no cambiar... todo eso yo creo que fue pues muy... contaminante, para mí" [GF2_ transcripción; Posición: 110-110]

Sin embargo, como ya se ha descrito anteriormente, ellos consideran que es imprescindible la motivación para que la terapia sea efectiva.

"a ver si una persona no quiere cambiar, no va a cambiar en su vida, o sea porque vaya a muchos grupos, porque vaya a muchas terapias, porque vaya a cincuenta países a diferentes terapias... eso da igual, si una persona no quiere cambiar, no va a cambiar." [GF2_ transcripción; Posición: 80-80]

Tras su paso por el grupo de entrenamiento en habilidades psicosociales según el modelo de TDC, los adolescentes adquieren herramientas y teorizan sobre los posibles factores que pueden estar en relación con dicha resistencia a recibir ayuda. En algunos casos esa resistencia puede estar en relación con el *estigma* –si me mantengo firme en no cambiar niego la existencia de una enfermedad y los demás no me van a poder ver o tratar como un enfermo mental–,

"Si, me molestó bastante que me quisieran meter en un... [grupo] al fin y al cabo me estaban tratando como un enfermo mental, no me sentaba muy bien, me daba la sensación de que me estaban insultando, pensaba que... estaba bastante cabreado..." [GF2_ transcripción; Posición: 366-366]

y/o con la *ganancia secundaria de la enfermedad* dentro de la dinámica familiar.

"Si, yo por ejemplo mi experiencia es que a mí me daba miedo cambiar porque yo pinté [*dentro de la familia*], y de la única forma que yo pintaba era estando mal y era como si empiezo a estar bien no pinto, era el miedo de dejar de pintar si cambiaba y estaba bien" [GF2_transcripción; Posición: 292-292]

RESUMEN MOTIVACIÓN PARA LA TERAPIA

- Es fundamental que el grupo de formación en habilidades psicosociales según el modelo de TDC tenga lugar en el momento adecuado de la evolución de la enfermedad para un mejor aprovechamiento y mejores resultados.
- La mayoría de los adolescentes del presente estudio carecen de expectativas pregrupo y se trasluce en ellos cierta confusión que coincide con el no saber lo que les estaba pasando a ellos mismos en aquel momento y cual era la finalidad de la terapia grupal.
- El grado de asistencia puede ser un parámetro objetivo que nos ayude a valorar la motivación para la terapia:
 - a) Para los adolescentes las faltas de asistencia a la terapia grupal revelan ausencia de motivación para el cambio. A su vez el faltar hace que cuando se incorporan de nuevo se encuentren perdidos, lo cual influye de forma negativa en la motivación y puede desembocar en el abandono.
 - b) Para los adolescentes la ausencia de faltas de asistencia trasluce motivación para el cambio e implicación activa en la terapia, la cual les brinda la experiencia de control sobre sus propias vidas.
- Los adolescentes de nuestra muestra señalan la motivación propia para el tratamiento como factor fundamental para la efectividad de la terapia. En ocasiones la motivación propia para el cambio surge en un segundo tiempo, actuando el entorno con sus propias técnicas motivacionales en un primer lugar. El adolescente acude al grupo incitado por su entorno y posteriormente gracias al componente motivacional de la TDC adquiere motivación propia e implicación activa en el tratamiento.
- La resistencia al cambio o a recibir ayuda es una característica que comparten la mayor parte de los adolescentes en algún momento dentro de la experiencia de

enfermedad. Ellos señalan que este factor es inversamente proporcional a la efectividad de la terapia, sin motivación para el cambio la terapia no funciona.

3. EXPERIENCIA DE LA TERAPIA

"Conocí a gente [compañeros del grupo] que..., me alegró saber que gente de mi edad podía estar en situación, no igual claro, parecida... poder hablarlo y así..."

"yo tengo una clase que se me ha quedado para toda la vida, la utilizo un montón, era un ejercicio que decía que el sufrimiento es el dolor más la no aceptación, y cuando tú aceptas ese dolor, no es sufrimiento si no que solo se queda en dolor, y a mí eso me ha servido muchísimo"

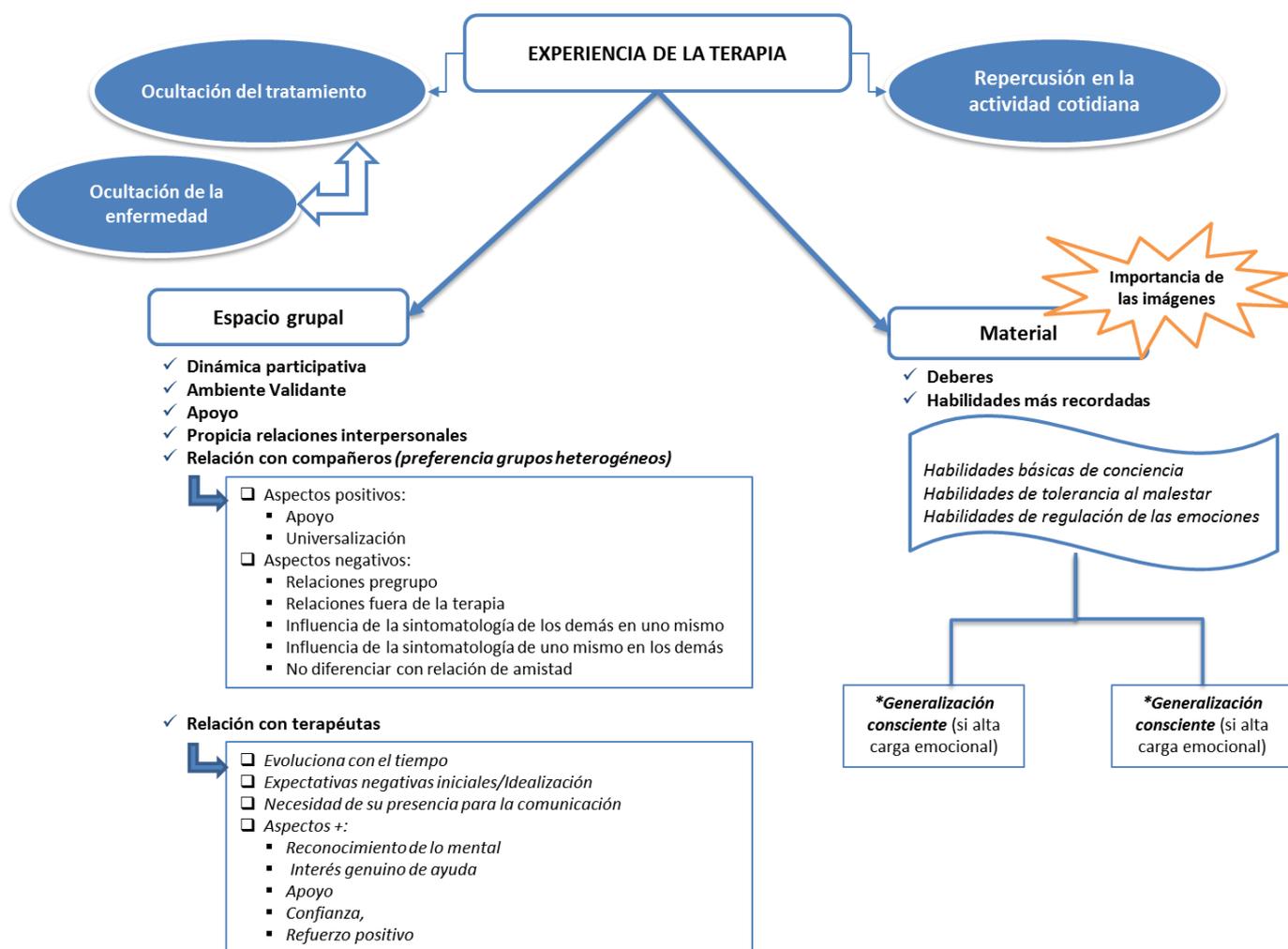


Figura 16. Experiencia de la terapia

3) EXPERIENCIA DE LA TERAPIA
3.1 Ocultación del tratamiento
3.2 Repercusión en actividad cotidiana
3.3 Espacio grupal
3.3.1 Confrontación necesaria
3.3.2 Dinámica participativa
3.3.3 Favorece relaciones interpersonales
3.3.4 Evacuación del malestar a través de la palabra
3.3.5 Heterogeneidad efecto positivo
3.3.6 Efecto perjudicial de otras psicoterapias previas
3.3.7 Ambiente validante
3.3.8 Apoyo
3.4 Contenido
3.4.1 Deberes
3.4.1.1 Cumplimiento
3.4.1.2 No cumplimiento
3.4.2 Material más recordado
3.4.2.1 Habilidades de efectividad interpersonal
3.4.2.2 Habilidades básicas de conciencia
3.4.2.3 Habilidades de tolerancia al malestar
3.4.2.4 Habilidades de regulación de las emociones
3.4.3 Generalización no consciente
3.4.4 Generalización consciente
3.4.5 Importancia de las imágenes
3.4.6 Devaluación hacia el contenido
3.5 Relación con compañeros
3.5.1 Diferenciación
3.5.2 Aspectos positivos
3.5.2.1 Apoyo
3.5.2.2 Posibilidad de relación de amistad
3.5.2.3 Universalización

3.5.3 Aspectos negativos
3.5.3.1 Incumplimiento normas grupo/no aceptación
3.5.3.2 Relaciones pregrupo
3.5.3.3 Efecto perjudicial de la sintomatología propia en otros
3.5.3.4 Efecto perjudicial de las relaciones fuera de la terapia
3.5.3.5 No diferenciar relación compañeros vs relación amistad
3.5.3.6 Influencia de la sintomatología de los demás en uno mismo
3.6 Relación con terapeutas
3.6.1 Idealización
3.6.2 Expectativas negativas iniciales
3.6.3 Necesidad de su presencia para la comunicación
3.6.4 Aspectos +
3.6.4.1 Reconocimiento de lo mental
3.6.4.2 Refuerzo +
3.6.4.3 Interés genuino de ayuda
3.6.4.4 Apoyo
3.6.4.5 Confianza
3.6.5 Evolución de la relación terapéutica

3.1. Ocultación del tratamiento

Los adolescentes deciden ocultar el tratamiento psicoterapéutico a su grupo de iguales, incluso en ocasiones les mienten alegando una causa médica que justifique su ausencia y la necesidad de atención sanitaria.

"Yo por ejemplo tenía que perder clase, la última hora los miércoles, y bueno la gente sabía que me iba pero... no creo que supiesen donde me iba, de hecho mis amigas, creo que mi mejor amiga lo sabía... las demás no sabían nada de mí" [GF2_transcripción; Posición: 372-372]

"yo mentía hasta mis mejores amigas... pero hasta que un día una de ellas un día me pilló los cortes en todo el brazo y me dijo que a ella no le iba a mentir, que sabía que no venía al médico... porque supuestamente venía todas las semanas a hacer analíticas porque tenía anemia, lo primero que se me ocurrió." [GF1_transcripción; Posición: 115-115]

Asimismo sus propios padres deciden no decir nada del tratamiento a su familia extensa.

"no, de hecho una de mis amamas [abuelas] no sabe ni que he estado ingresada nunca, ni que iba a... ni que voy al psiquiatra, ni que hoy vengo aquí ni nada. O sea sabía que estaba mal pero no sabía nada." [GF1_transcripción; Posición: 108-108]

Dicha ocultación del tratamiento, y por consiguiente de la enfermedad, podría tener que ver con el estigma existente sobre la enfermedad mental ya citado anteriormente.

3.2. Repercusión en actividad cotidiana

La asistencia al grupo de formación en habilidades psicosociales según el modelo de TDC puede interferir en mayor o menor medida en la actividad cotidiana de los adolescentes.

Algunos de ellos no disponían del tiempo que les gustaría para comer

"Lo que sí me molestó un poco del grupo era el horario, que era justo a la hora de comer... era antes de ir al instituto y en vez de estar comiendo, estaba aquí una hora hablando" [GF3_transcripción; Posición: 404-404]

o perdían actividad académica.

"[acudir al grupo] Interfería en lo escolar y a mí eso me daba mucha mucha rabia, el perder clase" [GF3_transcripción; Posición: 407-407]

"Pues a mí me salvaba todos los días, era como tengo que ir a Bilbao, pues perdía las seis horas... entre que subo y que bajo y tengo la terapia eran las seis horas de clase" [GF3_transcripción; Posición: 408-408]

"Yo por ejemplo tenía que perder clase, la última hora los miércoles, y bueno la gente sabía que me iba pero..." [GF2_transcripción; Posición: 372-372]

3.3. Espacio grupal

Los adolescentes describen diversas características del espacio grupal que por sí solas son de ayuda para ellos.

3.3.1. Confrontación necesaria

Los adolescentes aseguran que dentro del espacio grupal es de ayuda tanto lo que dicen los terapeutas como lo que dicen los compañeros. Muchas veces la confrontación por parte del terapeuta o por parte de un compañero puede tener un efecto terapéutico, siendo ello el núcleo del trabajo grupal.

"yo por ejemplo puedo estar haciendo algo mal y esa persona [terapeuta o compañeros] me lo va a decir, me está dando su opinión, aunque no sea una opinión que a mí me vaya a gustar, y me falte al respeto en algún momento porque me diga tu eres gilipollas por estar haciendo esto, pero es que en realidad la falta de respeto entre comillas te hace darte cuenta de que estás haciendo algo mal..." [GF2_transcripción; Posición: 237-237]

Ellos agradecen la confrontación directa por parte de compañeros y terapeuta, pese a la dureza o el malestar que ocasione en el momento, para darse cuenta y tomar conciencia de las dificultades que presentan así como para responsabilizarse de las mismas.

"Porque te lo pueden decir con malas formas pero igual las malas formas es la manera que mejor te entra, que que te digan [*terapeuta o compañeros*] oye mira estás haciendo esto muy mal, no sé qué... no te va a entrar, te va a entrar por aquí y te va a salir por aquí..." [*GF2_transcripción; Posición: 237-237*]

3.3.2. Dinámica participativa

Los adolescentes valoran la dinámica participativa del grupo de formación en habilidades psicosociales según el modelo de TDC de forma muy positiva, y lo destacan como una característica diferenciadora de otras terapias grupales a las que habían asistido con anterioridad.

"[*T*] por ejemplo nos hacía salir a la pizarra, a explicarlo, participar... era como... nos hacía estudiar la teoría por así decirlo y luego nos decía sal y explícalo, y ella se sentaba y te miraba y decía muy bien, y luego te sentabas y salía otra persona a explicar otra cosa, y entonces eso también te tiene la mente..." [*GF2_transcripción; Posición: 167-167*]

"para mí la mejor [*terapia*] fue esta, porque las otras no hacíamos nada. Es que íbamos y solo hablaba el psiquiatra, nadie decía nada" [*GF2_transcripción; Posición: 300-300*]

Ponen el peso de la dinámica participativa en cualidades de los terapeutas que llevan el grupo, los cuales tienen un interés genuino de ayuda.

"Bueno... realmente yo no... a ver, cuando yo estuve todavía no nos hacían eso de salir a la pizarra y tal, pero no sé era como que realmente querían que participases, que participasen todos" [*GF2_transcripción; Posición: 175-175*]

3.3.3. Favorece relaciones interpersonales

Los adolescentes aseguran que el propio espacio grupal favorece las relaciones interpersonales con iguales,

"era una hora y pico, ibas a acabar haciendo migas con las chicas [*compañeras del grupo*] quieras o no quieras." [*GF3_transcripción; Posición: 80-80*]

configurándose a medida que avanza la terapia la cohesión grupal, lo que por sí misma puede ser terapéutica.

"Y había un chico [*en el grupo*] que era heavy, que era genial, nos echábamos unas risas... y eso también ayudaba, la buena relación...." [*GF3_transcripción; Posición: 116-116*]

"Yo sí quedé [*con gente del grupo*], yo tenía una amiga, bueno tengo" [*GF3_transcripción; Posición: 134-134*]

"También tengo muy buen recuerdo porque conocí a un par de personas [*en el grupo*]... y sin más" [*GF2_transcripción; Posición: 22-22*]

"con el paso de los días fue mejor, con el paso del tiempo fuimos amigándonos más [*la gente del grupo*], me gustó" [GF2_transcripción; Posición: 311-311]

3.3.4. Evacuación del malestar a través de la palabra

Para los adolescentes el espacio grupal es un lugar que propicia la evacuación del malestar a través de la palabra porque permite compartir, difundir y evacuar el sufrimiento en un espacio protegido en el que se asegura la confidencialidad.

"Conocí a gente [*compañeros del grupo*] que..., me alegró saber que gente de mi edad podía estar en situación, no igual claro, parecida... poder hablarlo y así..." [GF3_transcripción; Posición: 64-64]

"entonces me pasaba el día sin callar, todo el día hablando [*en el grupo*]... total" [GF3_transcripción; Posición: 65-65]

"A veces como un desahogo. A veces sí, porque con mis padres les contaba pero no era lo mismo, era gente que yo creía que me iba a entender, lo que he dicho antes, que me iba a comprender" [GF3_transcripción; Posición: 164-164]

"Os lo decía antes, no me callaba, no paraba de hablar [*en el grupo*]" [GF3_transcripción; Posición: 168-168]

"pero a medida que vas conociendo y que los demás compañeros tenían situaciones un poco parecidas a las tuyas pues te costaba menos" [GF3_transcripción; Posición: 170-170]

"pero si yo veo que hay una persona que me está haciendo daño y que para mí es gilipollas porque realmente lo es, pues también tienes que exponerlo, ¿no? O sea para eso sirve también una terapia" [GF2_transcripción; Posición: 89-89]

3.3.5. Heterogeneidad efecto positivo

Los adolescentes apuntan que la composición psicopatológicamente heterogénea del espacio grupal tiene un efecto positivo.

"Ninguna persona [*en la terapia*] tenía mi mismo problema y creo que eso fue bueno, porque si hubiese encontrado a gente que estuviese cabreada con el mundo por la misma razón que yo..." [GF2_transcripción; Posición: 232-232]

3.3.6. Efecto perjudicial de otras psicoterapias previas

Los adolescentes relatan experiencias grupales previas que habían tenido en ellos un efecto perjudicial, sin embargo dichas experiencias no generan un rechazo a participar en el grupo de formación en habilidades psicosociales (TDC).

"porque yo ya había estado en otros grupos y no me había... bueno me había hecho peor" [GF1_transcripción; Posición: 74-74]

"yo también estuve en A... [*asociación de familiares local*] y no me hizo nada, la verdad es que salía peor de lo que entraba..." [GF1_transcripción; Posición: 77-77]

Un factor que señalan que puede influir en esa vivencia negativa de las experiencias grupales previas es que el mismo espacio grupal sea compartido por personas que están en diferentes momentos de la evolución de la enfermedad o del proceso de recuperación.

"estuve en A... [asociación de familiares local] justo antes de... o sea ya estaba mal pero todavía ni siquiera había ingresado ni nada y... me hizo bastante a peor porque cuando empecé, todas las chicas que estaban conmigo en el grupo ya estaban todas recuperadas, entonces yo era como que sentía que no tenía ningún apoyo porque no me veía reflejada en ellas ni..." [GF1_transcripción; Posición: 76-76]

3.3.7. Ambiente validante

Para los adolescentes una de las características fundamentales del espacio grupal es el ambiente validante.

"yo precisamente cuando peor estaba pensaba que yo necesitaba que alguien me entendiese para hablar, para contarlo" [GF3_transcripción; Posición: 17-17]

"Quería uno en concreto [un apoyo], uno que entendiese lo que estoy pasando y no que me pudiese solucionar algo... no sé si es lo correcto decirlo así" [GF3_transcripción; Posición: 40-40]

"Conocí a gente que..., me alegró saber que gente de mi edad podía estar en situación, no igual claro, parecida... poder hablarlo y así..." [GF3_transcripción; Posición: 64-64]

"pero a medida que vas conociendo y que los demás compañeros tenían situaciones un poco parecidas a las tuyas pues te costaba menos" [GF3_transcripción; Posición: 170-170]

"Sí, sí, era.... Yo lo digo [lo que me pasa] aquí porque es gente que ha pasado lo mismo pero..." [GF2_transcripción; Posición: 401-401]

Los adolescentes señalan que solo con que el otro, bien el compañero o el terapeuta, entienda tu problema el acudir al grupo ya es terapéutico.

"A veces sí, porque con mis padres les contaba pero no era lo mismo, era gente que yo creía que me iba a entender, lo que he dicho antes, que me iba a comprender, que me iba a intentar ayudar y como había a parte de mis compañeros, los profesionales que estaban ahí" [GF3_transcripción; Posición: 164-164]

"esas personas [compañeros del grupo] saben más de ti de lo que pueden saber hasta tus mejores amigos... pues al final todo como que... no influye tanto porque saben cómo eres... y entonces te pueden llegar a conocer más, y pueden saber las razones de... de lo que hacen esas personas o tu de lo que hacen esas personas... como que te entiende... como que tú les entiendes más. Entonces al final yo creo que está bien." [GF1_transcripción; Posición: 89-89]

El ambiente validante dentro del espacio grupal es condición necesaria donde no hay cabida para el estigma, definiendo un ambiente no sentencioso como una cualidad de gran ayuda terapéutica para los adolescentes.

"cuando vengo aquí [al grupo] me siento normal" [GF3_transcripción; Posición: 338-338]

"me di cuenta de que pues los adultos, o sea los psiquiatras que también estaban concienciados de que había cosas que... mentales que pasaban que no tenían menos importancia que las físicas" [GF2_transcripción; Posición: 22-22]

"la gente aquí no te juzga como pueden juzgarte fuera... porque fuera las cosas no se ven igual" [GF1_transcripción; Posición: 93-93]

"la gente que ha estado contigo desde el principio... esa gente igual va a poder ayudarte pero gente que está aquí más o menos se va a poder poner en tu posición, porque si no es muy difícil." [GF1_transcripción; Posición: 92-92]

3.3.8. Apoyo

Todas las características enumeradas con anterioridad contribuyen a que el espacio grupal en definitiva se trate de un espacio de apoyo para la autoaceptación del adolescente.

"me di cuenta que también había más gente que realmente estaba mal y digamos que eso no te da esa sensación tan de soledad..." [GF2_transcripción; Posición: 22-22]

"pues es como que te juntas con gente que sabes que también lo esta pasando mal y te hace darte cuenta que no eres la única o... y así." [GF2_transcripción; Posición: 22-22]

"bien porque tú has descubierto cosas por tu parte o porque realmente hay gente también que te ha ayudado, bueno te ha ayudado en la manera que sea en ciertas cosas o... a cómo tomar el control a esos bajones o a esas cosas" [GF2_transcripción; Posición: 83-83]

"y que cuando ves que mucha más gente que lo está pasando peor o parecida situación, te sientes más arropada..." [GF1_transcripción; Posición: 60-60]

La cohesión grupal y el ambiente validante son dos de las cualidades que subrayan los adolescentes dentro del espacio grupal, incluso otorgándoles el matiz de terapéuticas por sí mismas.

"A veces, según como me encontrase el día que venía aquí, si me encontraba bien con buen ánimo intentaba ayudar" [GF3_transcripción; Posición: 145-145]

"si está mal ,a ver, yo intentaba ayudar... si te puedo ayudar, mejor... si te puedo subir la moral, mejor..." [GF3_transcripción; Posición: 146-146]

"Intentaba prestar atención a lo que les pasaba, intentar ayudarles [a los compañeros]" [GF3_transcripción; Posición: 155-155]

"yo en el grupo que estaba nos apoyábamos todas bastante" [GF2_transcripción; Posición: 177-177]

"estaba súper bien, de hecho también te conocí a ti [P5], aunque solo estuvimos una vez en el mismo grupo pero no sé realmente, es como que te apoya mutuamente" [GF2_transcripción; Posición: 181-181]

"Pues yo en ese sentido sí conocí a una persona [en el grupo] que tenía, que éramos totalmente iguales y nos ayudábamos entre nosotras, o sea realmente si que tuvimos, en plan "si nos ayudamos no sé qué no sé cuantos...", pero no sé las dos nos ayudábamos a mejorar y al salir del infierno en el que estábamos y tal" [GF2_transcripción; Posición: 239-239]

"esas personas saben más de ti de lo que pueden saber hasta tus mejores amigos... pues al final todo como que... no influye tanto porque saben cómo eres... y entonces te pueden llegar a conocer más, y pueden saber las razones de... de lo que hacen esas personas o tu de lo que hacen esas personas... como que te entiende... como que tú les entiendes más. Entonces al final yo creo que está bien." [GF1_transcripción; Posición: 89-89]

"a mí me gusta eso de cuando llegamos al grupo poder contarse el último problemilla o así" [GF1_transcripción; Posición: 90-90]

3.4. Contenido

3.4.1. Deberes

Los adolescentes no dan importancia a este componente del grupo de formación en habilidades psicosociales (TDC) en lo que respecta a la efectividad de la terapia. Atendiendo a su discurso, no ligan la utilidad de los deberes con la generalización de las habilidades que aprenden en el grupo.

"Sí, yo siempre [*hice los deberes*] , porque sentía que es obligación, no sé si me ayudaron mucho pero sí los hacía" [*GF3_transcripción; Posición: 209-209*]

3.4.1.1. Cumplimiento

Los adolescentes diferencian dos maneras de realizar los deberes.

Si el cumplimiento de los deberes es sin ganas, por obligación, dudan que tengan un efecto beneficioso para la generalización de las habilidades que aprenden en el grupo.

"me dan algo y lo tengo que hacer, pues lo tengo que hacer eso desde siempre me ha pasado a mí, pero de ahí a que sienta que me hayan ayudado [*hice los deberes*] pues no mucho" [*GF3_transcripción; Posición: 228-228*]

"los puedes hacer sin ganas [*los deberes*] y que no sean para nada... es que depende cómo los hagas y como normalmente era sin ganas pues..." [*GF3_transcripción; Posición: 224-224*]

Sin embargo, si el cumplimiento de los deberes es porque se encuentran motivados y los realizan con ganas puede ser de ayuda para la generalización de las habilidades.

"yo no tuve ese problema... yo lo hacía... me daban unas fichas que teníamos que poner cómo había sido el día... si se me olvidaba un día lo hacía al día siguiente" [*GF2_transcripción; Posición: 274-274*]

"cuando tenías que rellenar las fichas sí [*me acordaba de las habilidades*]..." [*GF1_transcripción; Posición: 181-181*]

"yo me acuerdo que cuando había que hacer las fichas entonces sí que intentaba utilizarlas [*las habilidades*] pero para no llegar al grupo y que saliesen todas cero" [*GF1_transcripción; Posición: 189-189*]

3.4.1.2. No cumplimiento

Los adolescentes viven con poca relevancia la utilidad de los deberes pese a la insistencia del terapeuta, de ahí que justifiquen su no cumplimiento alegando falta de tiempo o pereza.

"Es que a mí me daba mucha pereza hacerlo [*los deberes*], porque decía [*T*] que todas las noches antes de ir a dormir que dejáramos en la mesilla de noche y que lo hiciéramos. Pero claro yo lo dejaba ahí, pero después me iba a dormir y veía la carpeta ahí y es que no lo hacía porque tenía tanto sueño o me daba tanta pereza que al final no lo hacía. Igual hacía a la mañana, ponía los últimos tres días lo que me acordaba y así" [*GF3_transcripción; Posición: 217-217*]

"yo me acuerdo que la gente no lo hacía [*los deberes*] porque decía que no tenía tiempo y tal, yo me acuerdo de hacer las fichas diez minutos antes de entrar aquí" [*GF2_transcripción; Posición: 266-266*]

"yo también, arriba esperando[hacia los deberes] " [GF2_transcripción; Posición: 267-267]

"luego cuando era la hora del grupo y había que hacer las fichas decía: "¡ay las fichas!" y o las perdía o las hacía viniendo en el camino... pero si no se me olvidaban" [GF1_transcripción; Posición: 150-150]

3.4.2. Material más recordado

Las habilidades son bien valoradas por los adolescentes.

El material más recordado y valorado por los adolescentes es en primer lugar mindfulness, en segundo lugar, habilidades de tolerancia al malestar, en tercer lugar habilidades de regulación de las emociones y por último efectividad interpersonal.

3.4.2.1. Habilidades de efectividad interpersonal

Los adolescentes subrayan la relevancia de conseguir los objetivos que se plantean en la vida pero manteniendo e incluso mejorando la relación con ellos mismos y con los demás.

"Y ese mismo día según llegué tuvimos una movida no sé por qué y le empecé a hablar bajito y me dice "¿y tú por qué coño me hablas así?" y le dije porque yo no tengo ningún problema para estar gritándote ni nada" [GF3_transcripción; Posición: 198-198]

"marcar límites a las personas que se meten conmigo, es una forma de evitar que se metan conmigo y que pase lo otro como consecuencia" [GF2_transcripción; Posición: 51-51]

3.4.2.2. Habilidades básicas de conciencia

Son las habilidades más valoradas por los adolescentes, señalan las diferencias entre los tres estados mentales (mente sabia, mente racional, mente emocional).

"Yo me acuerdo de los círculos" [GF3_transcripción; Posición: 239-239]

"Pero lo de la mente sabia y la mente emocional sí se me quedó grabado" [GF3_transcripción; Posición: 272-272]

"Y la racional, yo hoy en día lo sigo diciendo" [GF3_transcripción; Posición: 273-273]

"yo sí, de lo que explicaba [T] de la pelota, lo de la pelota, que te ponías encima y botabas, que si tu llevabas la pelota era como que tú tenías el poder de controlar tus sentimientos, pero si estabas dentro de la pelota, o sea metido dentro, los sentimientos te guiaban a tí y te controlaban, algo así no exactamente pero..." [GF2_transcripción; Posición: 278-278]

"yo me acuerdo de los círculos, que era racional, irracional o algo así" [GF2_transcripción; Posición: 280-280]

"y [mente] emocional" [GF2_transcripción; Posición: 281-281]

"sí, [mente] emocional" [GF2_transcripción; Posición: 282-282]

"sí, mente emocional" [GF2_transcripción; Posición: 286-286]

"sí, mente sabia, mente emocional" [GF2_transcripción; Posición: 287-287]

"yo creo que esa la de emocional, racional... la mente sabia" [GF1_transcripción; Posición: 154-154]

Subrayan la utilidad de los ejercicios de mindfulness que se realizan al inicio de cada sesión grupal y destacan la relevancia del estar en el aquí y el ahora, participando completamente de la experiencia sin juzgar.

"El sándwich" [GF3_ transcripción; Posición: 249-249]

"eso, el bocadillo de atún" [GF3_ transcripción; Posición: 252-252]

"Lo de los números" [GF3_ transcripción; Posición: 254-254]

"Yo me acuerdo de eso y que cada vez que decía una palabrota o juzgaba a alguien tenía que dar la campanita" [GF3_ transcripción; Posición: 255-255]

"sentir las sensaciones..." [GF1_ transcripción; Posición: 157-157]

"lo de pararte a mirar un cuadro feo que había allí" [GF1_ transcripción; Posición: 161-161]

"y no juzgarlo" [GF1_ transcripción; Posición: 162-162]

"y no juzgarlo... describirlo pero no juzgarlo... ja,ja,ja" [GF1_ transcripción; Posición: 163-163]

"y yo todo el rato estaba dando la campana porque no sabía no juzgar" [GF1_ transcripción; Posición: 164-164]

3.4.2.3. Habilidades de tolerancia al malestar

Es el segundo grupo de habilidades más valorado. Subrayan las habilidades para superar crisis, lo que ellos denominan "kit de supervivencia",

"El STOP" [GF3_ transcripción Posición: 230-230]

"Suspende lo que estás haciendo, Tómate un respiro, Observa y la P procede" [GF3_ transcripción; Posición: 234-234]

"Yo me acuerdo de las distracciones" [GF3_ transcripción; Posición: 238-238]

"Distraerte vamos" [GF3_ transcripción; Posición: 240-240]

"El STOP sí que me ayudó mucho" [GF3_ transcripción; Posición: 242-242]

"hay una cosa que realmente me ayudó... había un punto de cómo evitar autolesionarse o cosas de esas y era que te distraigas... eso sí que realmente me ayudó porque lo llevé a la regla lo que es eso y me ayudó... no sé." [GF2_ transcripción; Posición: 12-12]

"yo ya he contado antes que había una parte que decía cuando te sientas mal o algo o piensas en hacerte daño, distráete, y eso creo que me ayudó un par de veces" [GF2_ transcripción; Posición: 289-289]

"sí, el hacer cosas para distraerte, no pensar en ese momento en que estás mal y quieres hacer cualquier cosa" [GF2_ transcripción; Posición: 290-290]

"yo la de distraerse" [GF1_ transcripción; Posición: 185-185]

"a mí lo más fácil... lo de distraerme pues me pongo a pintarme las uñas" [GF1_ transcripción; Posición: 187-187]

y el concepto de aceptación radical diferenciando los conceptos de sufrimiento y dolor.

"yo acabé aceptándolo, es una parte de mí..." [GF2_ transcripción; Posición: 47-47]

"para curarte tienes que aceptarlo. No aceptándolo no estás haciendo nada." [GF2_ transcripción; Posición: 48-48]

"yo tengo una clase que se me ha quedado para toda la vida, la utilizo un montón, era un ejercicio que decía que el sufrimiento es el dolor más la no aceptación, y cuando tú aceptas ese dolor, no es sufrimiento si no que solo se queda en dolor, y a mí eso me ha servido muchísimo" [GF2_transcripción; Posición: 168-168]

"sí, lo de que el sufrimiento es evitable pero el dolor no, eso se me quedó" [GF2_transcripción; Posición: 172-172]

"sí que he de aceptar que esa cosa que es lo que he dicho antes, lo de que te distraigas sí que me ayudó" [GF2_transcripción; Posición: 347-347]

3.4.2.4. Habilidades de regulación de las emociones

Los adolescentes colocan este grupo de habilidades en tercer lugar y centran su importancia en aprender a describir las emociones y entender su función.

"el tema es que tenemos que evitar sacarlas o simplemente saber cómo controlarlas [las emociones]" [GF2_transcripción; Posición: 45-45]

"lo de ver de dónde venían los problemas" [GF1_transcripción; Posición: 156-156]

"¡ah, sí! Lo de evento desencadenante..." [GF1_transcripción; Posición: 160-160]

"pues siempre intentaba hacer ponerme a pensar de donde venían los problemas... lo del evento desencadenante" [GF1_transcripción; Posición: 189-189]

3.4.3. Generalización no consciente

Los adolescentes aseguran que la generalización de las habilidades no consciente tiene lugar cuando la situación no tiene excesiva carga emocional porque la emoción no les invade, pueden actuar desde mente sabia y las habilidades "salen solas".

"Sí, eso es, desde el principio lo que nos empezó a enseñar [T] de qué hacer en qué situaciones y así, pues yo lo intentaba poner a prueba casi siempre, incluso llegué a un punto que me salía solo sin tener que pensarlo" [GF3_transcripción; Posición: 180-180]

"y dije pues a partir de ahora mecánico y te sale [el aplicar las habilidades]" [GF3_transcripción; Posición: 198-198]

"para clase y para todo [el aplicar las habilidades], se me ha quedado para siempre" [GF2_transcripción; Posición: 170-170]

"sin darte cuenta[aplicar las habilidades]" [GF1_transcripción; Posición: 171-171]

"aunque si noté mejoría supongo que si, aunque sea inconscientemente [el aplicar las habilidades]" [GF1_transcripción; Posición: 177-177]

"a mí por ejemplo depende del momento, igual si que había veces que lo hacía espontáneamente [el aplicar las habilidades]" [GF1_transcripción; Posición: 220-220]

"hay otras veces que igual lo hago instantáneamente o sea [el aplicar las habilidades], lo hago sin darme cuenta qué hago, pues directamente me voy o lo que sea" [GF1_transcripción; Posición: 222-222]

"si la rabia pues no era de un nivel muy alto digamos, lo hacía sin darme cuenta [el aplicar las habilidades]" [GF1_transcripción; Posición: 222-222]

3.4.4. Generalización consciente

Para los adolescentes la aplicación no consciente de las habilidades es más difícil si la situación tiene mucha carga emocional porque cuesta más ponerlas en práctica en un estado de mente emocional.

"conscientemente [*aplicar las habilidades*] que yo sepa... a ver igual alguna que otra vez porque me acordaba y decía bueno pues vamos a intentarlo pero..." [GF1_ transcripción; Posición: 175-175]

"pues yo una vez me acuerdo que estaba en clase de matemáticas con el profesor que tanto quería y por no discutir con él empecé en clase a chillar "venga mente sabia, mente sabia" todo el mundo flipando y yo venga "mente sabia" por no insultarle, porque si no le faltaría respeto como siempre y todo el mundo luego me preguntó qué es mente sabia y yo "una cosa déjalo, no lo entiendes" y sin más por no ponerme a explicar pero si no hubiera llegado a hacer eso, seguro que me hubieran expulsado del centro una semana por lo menos... porque tenía ganas de hacerle cosas al profesor..." [GF1_ transcripción; Posición: 183-183]

"pero es q había otras veces que la rabia llegaba a tal punto que tenía que decir "cuenta hasta 10, relájate, vete a darte una vuelta, distráete..." [GF1_ transcripción; Posición: 220-220]

"y yo había otras veces que decía "acuérdate de lo que habíamos dicho en el grupo que tienes que hacer esto que tienes que hacer lo otro..." entonces es que era depende del momento," [GF1_ transcripción; Posición: 222-222]

"pero cuando llegaba a tal momento que yo creo que incluso era capaz de agredir a mi madre... ahí ya sí que necesitaba más pensarlo... cada cosa que hacíamos en el grupo" [GF1_ transcripción; Posición: 222-222]

3.4.5. Importancia de las imágenes

Los adolescentes señalan la relevancia de las imágenes para el aprendizaje de las habilidades psicosociales (TDC), que a su vez coincide con la importancia que le otorgan a las habilidades básicas de conciencia (los tres círculos se refiere a los tres estados mentales: mente sabia, mente racional, mente emocional).

"Yo me acuerdo de los círculos" [GF3_ transcripción; Posición: 239-239]

"yo me acuerdo de los círculos, que era [*mente*] racional, irracional o algo así" [GF2_ transcripción; Posición: 280-280]

"yo creo que esa la de [*mente*] emocional, racional... la mente sabia yo creo que es lo que más se me ha podido quedar en la cabeza porque era una imagen... sin más que era muy fácil" [GF1_ transcripción; Posición: 154-154]

3.4.6. Devaluación hacia el contenido

En el discurso de los adolescentes hay una desconfianza inicial hacia el contenido; dicha desconfianza va desapareciendo a medida que acuden al grupo y se van familiarizando con el modelo psicoterapéutico.

"pues eso que al principio había cosas[*habilidades*], que no me acuerdo de qué cosas, que me sonaban a chino, que me hacían gracia... decía "que tontería" pero bueno..." [GF1_ transcripción; Posición: 121-121]

"yo al principio pensaban que eran inútiles [las habilidades], decía porque en este papel ponga cuatro cosas no va cambiar lo que yo siento ni nada de lo que yo haya vivido" [GF1_ transcripción; Posición: 152-152]

"al principio decía: "que no ama [mamá], que no, que no va hacer nada porque en este papel ponga cuatro cosas [habilidades]... que si mente sabia y no sé qué..." [GF1_ transcripción; Posición: 152-152]

"yo los quemo [los apuntes de las habilidades], no hacía más que repetirlo "los quemo"... [GF1_ transcripción; Posición: 155-155]

"yo pensaba que no servían [las habilidades] para nada" [GF1_ transcripción; Posición: 165-165]

"luego lo leía [el contenido] y me quedaba igual, digo pero esto..." [GF1_ transcripción; Posición: 167-167]

"yo pensaba que no servían [las habilidades] para nada" [GF1_ transcripción; Posición: 168-168]

"me dan algo y lo tengo que hacer, pues lo tengo que hacer eso desde siempre me ha pasado a mí, pero de ahí a que sienta que me hayan [las habilidades aprendidas] ayudado pues no mucho" [GF3_ transcripción; Posición: 228-228]

"yo no creo que no haya que juzgar, porque juzgar puedes juzgar hacia bien o hacia mal... ¿Por qué hay que dejar de juzgar? Deja de juzgar hacia mal pero no dejes de juzgar hacia bien... es que no... nunca entendí esa pauta de verdad" [GF3_ transcripción; Posición: 267-267]

3.5. Relación con compañeros

3.5.1. Diferenciación

Los adolescentes aseguran que la relación con los compañeros del grupo les sirve para valorar la gravedad propia y situarla, por tanto de instrumento de medida.

"Yo es que comparando con las demás chicas con las que estaba, mis problemas no parecían tan graves" [GF3_ transcripción; Posición: 174-174]

"A mí es que siempre me parecieron chicas [compañeras del grupo] muy vulnerables, muy..., que venían aquí y no sé, el mayor problema de su vida era que en el colegio les habían llamado feas." [GF3_ transcripción; Posición: 158-158]

"me daba incluso un poco de vergüenza decirlo porque las demás lo que contaban era muchísimo peor que lo que me pasaba a mí" [GF3_ transcripción; Posición: 176-176]

"Sí, a mí me daba la sensación que mis problemas no eran tan importantes" [GF3_ transcripción; Posición: 178-178]

"porque yo no lo he pasado así como ellas [compañeras del grupo] dicen tan mal" [GF1_ transcripción; Posición: 43-43]

"yo ahora pienso al estar bien que había muchísima gente peor que yo y que yo me quejaba de vicio, sinceramente yo tenía mis cosas... pero había gente muchísimo peor que yo" [GF2_ transcripción; Posición: 207-207]

"pues entonces pensaba que mejor no contar lo mío porque lo mío ya está arreglado y dejar más tiempo para hablar con las demás o que ellas cuenten lo suyo" [GF3_ transcripción; Posición: 180-180]

Gracias a las herramientas que proporciona la dinámica grupal la percepción de sí mismos y la percepción de los compañeros va evolucionando a medida que avanza el grupo. Al inicio

del grupo perciben de forma diferente los síntomas y la gravedad de los mismos, incluso a algunos les llega a asustar el estado de los demás, pero pese a ello se mantienen en el grupo.

"Intentaba no hacerlo [*lo que hacían los compañeros*] porque pensaba que estaría igual peor, o que vendría igual como estaban ellas." [GF3_transcripción; Posición: 155-155]

"y después si yo me veía en la misma situación en casa o lo que sea, intentaba pensar en lo que contaron ellas y no hacerlo [*lo que hacían los compañeros*]" [GF3_transcripción; Posición: 155-155]

"Yo había veces que lo contaban y yo intentaba no hacer lo mismo [*lo que hacían los compañeros*] por así decirlo" [GF3_transcripción; Posición: 153-153]

"Yo no soy así [*como los compañeros del grupo*]" [GF3_transcripción; Posición: 351-351]

"Entonces yo veía aquí cosas y luego las veía en clase, y yo en clase no era capaz de estar muy feliz y aquí no estar... yo no era en plan que iba a clase y en clase estaba súper feliz, pues no y esa gente sí lo hacía" [GF2_transcripción; Posición: 246-246]

Nuestros adolescentes señalan los aspectos positivos de los grupos psicopatológicamente heterogéneos, impresiona que para ellos son menos estigmatizantes ("tenemos en común la edad y un problema en este momento de la vida", sin aludir al concepto enfermedad).

"Ninguna persona tenía mi mismo problema y creo que eso fue bueno, porque si hubiese encontrado a gente que estuviese cabreada con el mundo por la misma razón que yo..." [GF2_transcripción; Posición: 232-232]

"En el primer grupo porque estaban todas con problemas de alimentación y yo estaba más con depresión" [GF3_transcripción; Posición: 349-349]

"en el segundo grupo estaban más con problemas de agresividad, en plan que se enfadaban y tiraban sillas o lo que sea y yo nunca haría eso..." [GF3_transcripción; Posición: 349-349]

3.5.2. Aspectos positivos

3.5.2.1. Apoyo

Para los adolescentes uno de los aspectos más positivos de la relación que establecen con los compañeros es el apoyo que reciben de ellos, tanto dentro como fuera de la terapia al identificarse con el propio sufrimiento.

"si, entre todas [*las compañeras del grupo*]... si alguna le pasaba algo... hicimos un grupo de whatsapp y como una de las... ¿cómo era? Creo que se dijo que si una compañera te pide ayuda, esa compañera te tiene que hacer caso." [GF2_transcripción; Posición: 179-179]

"Por ejemplo, una de las veces llamó una chica y nosotras quedamos con ella y todo y estuvimos bastante bien, nos apoyábamos muchísimo... y luego aquí en la terapia también" [GF2_transcripción; Posición: 179-179]

"yo luego también por ejemplo en mi caso, como [*compañera*] estudiaba en mi colegio, también tuve apoyo en ella, entonces como que eso me incitó más a..." [GF1_transcripción; Posición: 61-61]

"coincidí primero con [P2] y con [P5] como que sabían racionalizar más las cosas... y ya entonces pues me hizo muchísimo mejor... noté muchísima más mejora" [GF1_transcripción; Posición: 83-83]

"al tener el grupo de WhatsApp y así nos contamos las cosas y también hablamos de qué habíamos dado [*en el grupo*], de que habían hablado en el grupo entonces..." [GF1_transcripción; Posición: 232-232]

3.5.2.2. Posibilidad de relación de amistad

Los adolescentes señalan que el asistir al grupo de formación en habilidades psicosociales según el modelo de TDC ofrece la posibilidad de establecer relaciones con otros iguales que están pasando por una situación similar.

Ellos apuntan ciertos aspectos que diferencian el tipo de relación que establecen con los compañeros del grupo y lo que para ellos es una relación de amistad. Las relaciones que establecen con los compañeros del grupo son más superficiales y menos duraderas que las relaciones de amistad.

"es más pequeña que yo [*una compañera del grupo*], la veo menos, pero... le tengo mucho cariño, ella está bien y yo también y siempre cada cierto tiempo, no tenemos una relación tan estrecha.... Pero sí es en plan: "¿qué tal estás? yo bien ¿y tú?" Además como solemos salir por la misma zona... nos encontramos sin quedar y nos vemos y bien, las dos cogimos mucha confianza" [*GF3_ transcripción; Posición: 138-138*]

"yo sí que he seguido quedando con gente del grupo pero... hace mucho tiempo que no porque uno se fue a vivir por ahí y yo también me fui y... ahora estamos más distorsionados pero bueno... hablar sí que solemos hablar y tal, uno de ellos así, así... pero los demás bien." [*GF3_ transcripción; Posición: 143-143*]

3.5.2.3. Universalización

Los adolescentes destacan el apoyo y la comprensión de sus compañeros como aspectos positivos de la relación que establecen al identificarse con el sufrimiento que presentan. Ellos señalan el fenómeno de universalización como de gran ayuda en lo que respecta a la relación que establecen con los compañeros de la terapia grupal. A ellos les une el sufrimiento y cada uno de ellos se puede reconocer en el sufrimiento del compañero conformándose la identidad de grupo a medida que avanzan las sesiones.

"A ver, la cosa es muy fácil, si quieres encontrar a alguien que te entienda y te ayude, tiene que estar pasando por lo mismo" [*GF3_ transcripción; Posición: 28-28*]

"Yo por ejemplo cuando he conocido a un chaval [*del grupo*] que esta pasando por lo mismo que yo, me encuentro mucho mejor..." [*GF3_ transcripción; Posición: 41-41*]

"Conocí a gente que..., me alegró saber que gente de mi edad podía estar en situación, no igual claro, parecida..." [*GF3_ transcripción; Posición: 64-64*]

"siempre hay gente [*del grupo*] en mi caso con la que encajas más y con la que encajas menos, y si encajas con alguien empiezas a hablar, sabes que es un apoyo, que te va a ayudar, que está en tu misma situación..." [*GF3_ transcripción; Posición: 104-104*]

"A veces sí, porque con mis padres les contaba pero no era lo mismo, era gente [*compañeros del grupo*] que yo creía que me iba a entender, lo que he dicho antes, que me iba a comprender, que me iba a intentar ayudar y como había a parte de mis compañeros..." [*GF3_ transcripción; Posición: 164-164*]

"pero a medida que vas conociendo y que los demás compañeros tenían situaciones un poco parecidas a las tuyas pues te costaba menos" [*GF3_ transcripción; Posición: 170-170*]

"más que nada porque me di cuenta que también había *[en el grupo]* más gente que realmente estaba mal y digamos que eso no te da esa sensación tan de soledad..." *[GF2_transcripción; Posición: 22-22]*

"pues es como que te juntas *[en el grupo]* con gente que sabes que también lo esta pasando mal y te hace darte cuenta que no eres la única o... y así." *[GF2_transcripción; Posición: 22-22]*

"ya ... yo en ese sentido, a ver... yo realmente había cosas que me hacían no sentirme sola, no era la única que estaba mal" *[GF2_transcripción; Posición: 132-132]*

"yo tuve muy buenos compañeros, algunos ya conocía de dentro *[del ingreso]*, y... yo me acuerdo que una chica cuando comentaba una situación yo lloré y todo porque me sentía pues como si me hubiese pasado a mí, como una relación de maltrato que tuvo" *[GF2_transcripción; Posición: 184-184]*

"Sí, porque realmente todos cuando nos conocemos, yo he sacado esa conclusión de que cuando nos conocemos aquí todos tenemos algo en común, ¿sabes?" *[GF2_transcripción; Posición: 229-229]*

"y además yo creo que me ayudó un poco el que otras personas estuviesen hablando de sus problemas" *[GF2_transcripción; Posición: 232-232]*

"me vendría bien... más que nada el ver que hay mucha más gente que está en la misma, parecida, o peor situación..." *[GF1_transcripción; Posición: 58-58]*

"me vino muy bien yo creo... más que nada el ver eso, que hay más gente, para no sentirte sola y así, y que cuando ves que mucha más gente que lo está pasando peor o parecida situación, te sientes más arropada..." *[GF1_transcripción; Posición: 60-60]*

"pero luego al ver que había más gente como yo y así... pues me empecé a sentir más animada." *[GF1_transcripción; Posición: 63-63]*

"entonces cuando vine aquí vi que había gente que estaba en la misma situación que yo... pues eso sí que me ayudó bastante, porque me sentía más identificada" *[GF1_transcripción; Posición: 76-76]*

"me ayudó... el ver primero que había... que tienes apoyo, y ... pues no apoyo si no que hay más gente mal" *[GF1_transcripción; Posición: 143-143]*

3.5.3. Aspectos negativos

3.5.3.1. Incumplimiento normas grupo/no aceptación

Los adolescentes señalan que el no cumplimiento de las normas del grupo por parte de sus compañeros es un aspecto que les molesta, y subrayan la importancia de hacer una correcta selección terapéutica de los participantes del grupo.

"Me acuerdo de un chaval que dijo que entre las dos horas quería un cigarro, y estuvo la primera sesión dando por el saco con lo del tabaco, solo sé que a la siguiente sesión ya no vino y no volvió a aparecer" *[GF3_transcripción; Posición: 118-118]*

"en mi grupo hubo problemas con ese tema, porque había chicas que hablaban entre ellas y claro si tu hablabas con una compañera tenías que comentarlo dentro y claro ella soltó una pullita de lo que había dicho ella y ella claro la miró con una cara de por qué has soltado eso, y al final hubo una bronca y..." *[GF2_transcripción; Posición: 260-260]*

3.5.3.2. Relaciones pregrupo

Los adolescentes que han pasado por la experiencia grupal de formación en habilidades psicosociales según el modelo de TDC señalan que el conocer a los compañeros de terapia

antes de iniciar el grupo es negativo por temor a la no confidencialidad; sugieren a los terapeutas que lo tengan en cuenta de cara a la selección de participantes de los grupos.

"yo creo que eso también lo tendríais que mirar para que no coincidiéramos, porque tú no te explicas igual si hay gente que conoces que si no conoces, porque tienes miedo de que esa persona pueda contar algo tuyo por ahí" [GF2_transcripción; Posición: 256-256]

"en el grupo nadie contó nada, pero siempre estás con la duda y si cuento lo que voy a contar o igual no voy a contar todo lo que me ha pasado por si esa persona [que conoces de antes del grupo] lo cuenta o cosas así" [GF2_transcripción; Posición: 259-259]

"y luego a mí me quedaban dos sesiones y vino una chica que conocía yo, que vive donde yo vivo, y eso fue fatal, o sea menos mal que acababa porque yo con esa chica tuve grandes problemas" [GF2_transcripción; Posición: 184-184]

"Pero cuando estaba conmigo en el grupo, es que no podía hablar con ella, porque veía como... no sé es que eso es la parte mala del grupo, si conoces a gente de donde vives... al final cosas que decía que incluso me podían afectar a mí porque era gente, compañeros míos y tal, y lo decía y yo es que no compartía sus ideas ni nada, y veía por dónde iba la chica además..." [GF2_transcripción; Posición: 186-186]

"Porque en mi grupo, estábamos los tres que éramos los tres de la misma clase, ya nos hemos separado, cada uno ha ido a hacer lo que quería estudiar, y estábamos los tres en la misma clase y nos metieron a los tres en el mismo grupo, entonces nos conocíamos de fuera, íbamos a la misma clase y era como llegabas aquí y todo el mundo contaba sus problemas y luego llegabas a clase y todo el mundo era muy feliz y aquí no." [GF2_transcripción; Posición: 246-246]

3.5.3.3. Efecto perjudicial de la sintomatología propia en otros

Dentro de la dinámica grupal surgen procesos de identificación entre los adolescentes que pueden tener consecuencias negativas, con incorporación de mecanismos desadaptativos compensatorios de los demás incluso llegando a normalizar las conductas desadaptativas compensatorias ajenas e incorporarlas al propio repertorio.

"es que no solo ellos [compañeros del grupo] me harían, es que seguramente yo también a ellos. Si hubiese encontrado a personas con una situación muy parecida a la mía... nos habríamos cabreado con todo el mundo" [GF2_transcripción; Posición: 236-236]

"pues una de las que se lo conté y eso, empezó a hacer lo mismo que yo le conté. Le dije pues una vez estaba tan mal que... pues me vino la idea de suicidarme y tomé pastillas y de repente ella hizo lo mismo" [GF1_transcripción; Posición: 117-117]

"cada vez que sentía como que sobraba porque hacía algo malo así para tragar mi malestar, igual me tomaba dos o tres pastillas como para tragar... para sentir como que tragaba mi dolor o algo así, para buscar algo que me doliera físicamente y no psicológicamente. Y ella empezó a hacer lo mismo y era como..." [GF1_transcripción; Posición: 117-117]

3.5.3.4. Efecto perjudicial de las relaciones fuera de la terapia

Los adolescentes que han participado en el grupo de formación en habilidades según el modelo de TDC valoran de forma positiva las normas que se establecen inicialmente. Ellos entienden la utilidad de las mismas para regular la comunicación fuera del grupo e incluso

tras finalizar el grupo, ellos penalizan las relaciones fuera de la terapia y señalan el daño que pueden provocar las nuevas tecnologías (whatsapp, instagram...) de cara a la comunicación fuera del espacio grupal.

"De hecho a nosotros no nos dejaron ni hacer whatsapp, ni hablar por whatsapp. Cuando tú has dicho que tenáis grupos... yo me acuerdo que lo de whatsapp estaba prohibidísimo, no se podía hablar fuera del grupo nada" [GF2_transcripción; Posición: 387-387]

"Ya, de hecho yo que estaba súper cercana con una chica... ellos [los terapeutas] lo aceptaban pero preferían no hablar de ello... porque no querían" [GF2_transcripción; Posición: 388-388]

"A nosotros se castigó una vez por una movida así de una chica que necesitaba ayuda y... creo que se castigó" [GF2_transcripción; Posición: 389-389]

"un día ella pues se tomó pastillas, entonces me llamó, no aceptó mi ayuda... otro día yo hice lo mismo..." [GF1_transcripción; Posición: 83-83]

"luego también hicimos un grupo de WhatsApp que estaba [P4] y nos obligaron a irnos y..." [GF1_transcripción; Posición: 93-93]

"Yo creo que... estuve en dos grupos por así decirlo, en el primer grupo sí que había un grupo de whatsapp y así, pero no sé si quedaron alguna vez o no... yo tampoco puse interés porque... no sé... porque la sensación de estar en el grupo y después quedar fuera pues sería un poco extraño. Porque cuando quedas fuera ¿qué vas a hacer? ¿hablar de lo mismo que en el grupo?... pues no" [GF3_transcripción; Posición: 130-130]

"Pues yo por ejemplo me acuerdo del grupo de whatsapp, me salí del grupo y yo ni siquiera tenía problemas de alimentación, me salí del grupo solo de leerlo, leer las cosas que ponían... de una o dos chavalas ponían cada cosa... habéis abierto un grupo de chicas que tienen problemas de peso" [GF3_transcripción; Posición: 386-386]

"Porque si no pasa lo del grupo de whatsapp, cuando todo el mundo está baja de ánimo..." [GF3_transcripción; Posición: 389-389]

"Siempre hay una chavala que la hunde. Mira, pasó el vídeo de una gorda, exagerado, era una tía así [gorda], que directamente coge un cuchillo de carnicero y se pela literalmente" [GF3_transcripción; Posición: 390-390]

"Eso lo pasó una chavala por el grupo de whatsapp, y yo que no tengo problemas me salí del grupo..." [GF3_transcripción; Posición: 392-392]

"Yo tenía problemas, no lo vi, pero lo primero que hice fue salirme del grupo" [GF3_transcripción; Posición: 393-393]

"Un grupo de gente que no está bien anímicamente, de peso, lo que sea... si una está mal y pasa esas cosas, igual no con mala intención, es que la puedes fastidiar mucho" [GF3_transcripción; Posición: 393-393]

"Es que había otras seis o siete chavalas que tienen ese problema [de verse gordas], y al ver el vídeo..." [GF3_transcripción; Posición: 394-394]

"Y que lo estaban casi superando [su problema] y se hundieron [por ver un vídeo que mandó una compañera al whatsapp]" [GF3_transcripción; Posición: 395-395]

"y claro pues con las únicas personas que hablaba, eran con las personas que no debería hablar, con las personas que me hacían daño emocionalmente... que más podrían influenciar en mis sentimientos..." [GF1_transcripción; Posición: 85-85]

"nos obligaron a cerrar el grupo [de whatsapp] porque la verdad que muchas veces si una estaba mal..." [GF1_transcripción; Posición: 97-97]

"igual una estaba mal y luego otra sacaba otra vez... le intentaba apoyar y luego sacaba un tema de que ella también estaba mal por eso y cómo estaba y al final entre..." [GF1_transcripción; Posición: 101-101]

3.5.3.5. No diferenciar relación compañeros vs relación amistad

Como se ha descrito anteriormente, para los adolescentes el grupo de formación en habilidades psicosociales según el modelo de TDC puede ofrecerles una oportunidad para establecer relaciones con iguales. Las relaciones que establecen con los compañeros del grupo son relaciones más superficiales y temporales, características que las diferencia de relaciones de amistad.

"yo sí tuve... a una que conocí aquí y realmente estuvimos súper unidas pero no sé luego llegó un día en el que nos separamos, pero..." [GF2_transcripción; Posición: 223-223]

"Hombre tienes contacto [con compañeros del grupo] pero no es como antes" [GF2_transcripción; Posición: 226-226]

"sí, [relación] de voy a hablar por whatsapp qué tal estás, qué tal todo..." [GF2_transcripción; Posición: 227-227]

Tras finalizar el grupo plantean con matiz problema el no diferenciar la relación que se establece con un compañero del grupo de una relación de amistad verdadera.

"Yo en el grupo que estuve aquí había con dos compañeras que me llevaba muy bien con ellas y todo lo que tú quieras pero con el tiempo me di cuenta de que no me hicieron nada bien, porque al final ellas, dos de ellas tenían un problema parecido al mío entonces no sabían separar el grupo con la amistad de fuera" [transcripción_GF_1; Posición: 83-83]

"luego ya empecé a coger confianza y ya no sabía distinguir si era amistad, porque quedaba con ellas... con una de ellas y hablábamos todo el rato de temas del hospital y cosas así" [GF1_transcripción; Posición: 93-93]

"Sí pero yo también creo que tampoco deberíamos hacer amigas [en el grupo]" [GF3_transcripción; Posición: 105-105]

"Yo creo que ellas [dos compañeras del grupo] sí que eran amigas y así pero a mí se me hacía muy incómodo" [GF3_transcripción; Posición: 132-132]

3.5.3.6. Influencia de la sintomatología de los demás en uno mismo

Uno de los aspectos negativos que señalan los adolescentes en lo que respecta a la relación que establecen con los compañeros del grupo es la influencia de la sintomatología de los demás en uno mismo, al igual que la influencia de la sintomatología propia en los demás.

"como que nos comemos el coco mutuamente" [GF1_transcripción; Posición: 105-105]

"bueno me habló [un compañero del grupo] ayer y hoy, no le he contestado. Quería contestarle pero es una persona que cada vez que sale de la terapia se va a la calle a fumarse un porro y es justo lo que están intentando que yo no haga. Me da la sensación que si contacto con él me voy a fumar un porro" [GF3_transcripción; Posición: 139-139]

"Yo en el grupo que estuve aquí había con dos compañeras que me llevaba muy bien con ellas y todo lo que tú quieras pero con el tiempo me di cuenta de que no me hicieron nada bien, porque al final ellas, dos de ellas tenían un problema parecido al mío" [GF1_transcripción; Posición: 83-83]

Mayoritariamente coinciden en que si estás emocionalmente más cargado y no hay motivación para el cambio "imitas más", "copias más", los mecanismos desadaptativos que utilizan los demás para canalizar su malestar, sobre todo conductas impulsivas, pudiendo llegar a normalizar las conductas disruptivas.

"Pues yo eso por ejemplo lo veo como un fallo, porque de cinco personas que están bien y llega una que está mal, y es que igualaba a todas" [GF3_transcripción; Posición: 124-124]

"depende de lo fuerte que seas tú mentalmente [te puede influir el estado de los demas]" [GF3_transcripción; Posición: 379-379]

"si tu has oído cómo han intentado solucionarlo para mal muchas veces una situación ¿no?, y si tú un día te encuentras en una situación parecida, igual lo primero que se te ocurre y a mí me ha pasado es solucionarlo como ella lo intentó solucionar... dejando de comer, vomitando, cortando... no sé" [GF3_transcripción; Posición: 380-380]

"yo creo que [te influye] sobre todo es cuando no estás emocionalmente bien" [GF1_transcripción; Posición: 104-104]

"yo cuando me junté con gente[compañeros del grupo] dije "ostras, esta gente no está bien y no me va a venir nada bien"" [GF2_transcripción; Posición: 240-240]

"entonces yo veía que esa gente [compañeros del grupo] hacía cosas que yo podía llegar a hacer y me daba como palo no hacerla porque a mí no me gustaría hacer eso" [GF2_transcripción; Posición: 246-246]

"pero a nada que estuviese un poco floja si los demás estaban mal yo también me ponía mal" [GF3_transcripción; Posición: 145-145]

"si está mal a ver yo intentaba ayudar... si te puedo ayudar, mejor... si te puedo subir la moral, mejor... pero pasaba bastante, olímpicamente, ya me había costado bastante subir para arriba como para bajarme ¿sabes?, y lo sentía por ellos pero el tiempo que te haga falta y estarás bien, yo no me voy a matar por nadie, os puede parecer egoísta o lo que sea pero ya está" [GF3_transcripción; Posición: 146-146]

"es que no solo ellos me harían, es que seguramente yo también a ellos. Si hubiese encontrado a personas con una situación muy parecida a la mía... nos habríamos cabreado con todo el mundo" [GF2_transcripción; Posición: 236-236]

"Ya, es que juntarte con gente..., que al final es inevitable que el grupo es así, pero juntarte con gente con los mismos problemas que tú, es que te dan ideas de hacer cosas que tu no haces..." [GF2_transcripción; Posición: 234-234]

"pues no sé, cuando contaban testimonios de "pues yo, se me ha ido la olla y he pegado a no sé quién... o he dado un portazo", yo esas cosas nunca las hubiese hecho en mi casa y acabé haciéndolas" [GF2_transcripción; Posición: 124-124]

"Luego que la gente tenga problemas, mismos problemas o diferentes eso te influye un montón, y en los grupos también me pasó, que al oír problemas, al oír no sé lo que hacía la gente pues te influye y haces cosas que en la vida podías haberte planteado hacer o..." [GF2_transcripción; Posición: 122-122]

"No porque no quiera si no porque sé que todavía no está bien y aunque quiera ayudarle... si le ayudo igual acabo yo mal ¿sabes?... que no sería el primer caso" [GF3_transcripción; Posición: 141-141]

"estaba con muy poquita gente y así, y estuve como en dos grupos, uno acabaron todas de golpe, me quedé yo y entraron nuevas... y luego con las que entraron no estaba tan a gusto, porque sus historias y así..." [GF3_transcripción; Posición: 76-76]

"en el segundo grupo estaban más con problemas de agresividad, en plan que se enfadaban y tiraban sillas o lo que sea y yo nunca haría eso... y por eso lo dejé porque me daba incluso miedo que en el mismo grupo pues que se enfadaban y me hicieran daño por eso lo dejé" [GF3_transcripción; Posición: 349-349]

"O sea, en plan de... esas personas [las que exhiben su malestar] no tendrían que estar aquí porque yo creo que esas personas perjudican un montón" [GF2_transcripción; Posición: 192-192]

"Me di cuenta que era gente que seguía enferma y yo no quería, yo ya cuando salí del grupo quería dejar atrás todo esto" [GF2_transcripción; Posición: 220-220]

La sintomatología con la que más se mimetizan los adolescentes de este estudio es la sintomatología TCA. Sin embargo, no mencionan las autolesiones como conducta a mimetizar.

"Entonces a mí me pasaba cuando una amiga mía del grupo me contaba "es que me ha pasado esto, es que voy a dejar de comer no sé qué..." y yo decía es que no tienes que dejar de comer, y al final terminaba diciendo yo también voy a dejar de comer" [GF1_transcripción; Posición: 104-104]

"había una que tenía anorexia y la otra bulimia... eso me hacía pensar un poco en lo que hice anteriormente y algunas veces me apetecía incluso volver a adelgazar, entonces ahí sí que tuve un poco de problema" [GF3_transcripción; Posición: 370-370]

"Yo a lo que me refiero es que si ella tiene un truco para guardarse la comida delante de su madre y luego echarla, se lo va a contar a la de al lado, ¿me explico?" [GF3_transcripción; Posición: 382-382]

"Yo lo que creo es que con eso [gente en el mismo grupo con TCA] únicamente hacían que una anoréxica ayudara a otra anoréxica a seguir adelgazando" [GF3_transcripción; Posición: 372-372]

"Sí, y a mí no sé si el estar con otras personas que tenían problemas alimenticios me animaba entre comillas a querer adelgazar" [GF3_transcripción; Posición: 371-371]

"y entonces igual me decían es que me pasa esto voy a dejar de comer, lo hacemos juntas...entonces yo en esos momentos era muy influenciable, era más joven y me acababa influyendo muchísimo..." [GF1_transcripción; Posición: 83-83]

"A mí con una compañera del grupo me decía voy a dejar de comer y en vez de decirle no, yo le decía dejamos de comer juntas." [GF1_transcripción; Posición: 106-106]

"si bueno... o hacemos un programa para dejar de comer y hacemos una dieta todas juntas... y eso claro no iba a mejor" [GF1_transcripción; Posición: 79-79]

"Y veía a gente que estaba muy delgada y yo decía pues yo quiero estar más delgada que ellas y era una competición, la semana siguiente tengo que estar más delgada que la que está a mi lado y cosas así" [GF2_transcripción; Posición: 129-129]

"[juntar a gente con TCA] es como meter en una misma habitación a dos locos" [GF3_transcripción; Posición: 400-400]

"A mí sinceramente con el tema de la comida un poco sí, tenía tantas ganas de verme bien y adelgazar, que cualquier cosa aunque yo supiese que estaba fatal, yo la quería hacer" [GF3_transcripción; Posición: 385-385]

3.6. Relación con terapeutas

3.6.1. Idealización

Los adolescentes que han participado en el grupo de formación en habilidades psicosociales tienden a idealizar a los terapeutas conductores de dichos grupos.

"a mí realmente me parece que por parte de [T] o de [T] por ejemplo, que... me parecieron geniales" [GF2_transcripción; Posición: 147-147]

"y... los dos genial y [T] congenió bastante bien con todos en general, el respeto que había y todo era increíble" [GF2_transcripción; Posición: 152-152]

3.6.2. Expectativas negativas iniciales

Las expectativas iniciales de los adolescentes en los que respecta a la relación terapéutica son negativas, presentando en algunos casos incluso vivencias persecutorias/paranoides hacia los terapeutas.

"Les cogí una manía [a los terapeutas], sinceramente...." [GF3_transcripción; Posición: 91-91]

"Yo a [T]..., porque se supone que todo era confidencial y se lo contaba todo a mis padres, la cogí mucho asco la verdad" [GF3_transcripción; Posición: 92-92]

"yo era... creía que era gente [los terapeutas] que decía que nos entendía pero que en realidad no tenía ni idea." [GF3_transcripción; Posición: 93-93]

"Yo sí porque no las conocía entonces..." [T: ¿al principio había desconfianza hacia los terapeutas entonces?] [GF3_transcripción; Posición: 95-95]

"yo los odiaba [a los terapeutas]" [GF1_transcripción; Posición: 123-123]

"a mí [T]... me parecía una pesada, no me dejaba en paz" [GF1_transcripción; Posición: 126-126]

"yo primero estuve con [T]..., nunca hablaba porque... yo pensaba "esta lo único que quiere es comerme el coco" y al final no sé, no me dejaba ayudar" [GF1_transcripción; Posición: 136-136]

"[T]... me cayó fatal al principio, no la soportaba..." [GF1_transcripción; Posición: 136-136]

Llegan a describir la agresión al terapeuta como forma de evacuar el malestar que sienten ante la propuesta por parte de éste de participar en el grupo.

"y mal... la verdad es que... la verdad es que al principio no hablaba, no quería, y si me decían algo [los terapeutas] me lo tomaba siempre a la defensiva... o no sé arremetía contra ellos" [GF1_transcripción; Posición: 130-130]

Ellos plantean que es necesario haber pasado por la experiencia del sufrimiento para ser una figura de ayuda, característica que no siempre está presente en el terapeuta y sí en los compañeros de terapia.

"porque yo sentía que... pues como otra persona cualquiera de la calle que te quiere ayudar o que te quiere escuchar y ya está. Yo pensaba que lo único que [el terapeuta] iba a hacerme era hacerme más daño y como

creía que cualquier persona que se me acercaba me iba a hacer daño. Entonces... pues yo no me dejaba ayudar." [GF1_transcripción; Posición: 138-138]

En este planteamiento ellos aluden a la importancia del ambiente validante. Sin embargo, inicialmente su consideración implica que solo puede validar lo que ellos sienten aquellos que han pasado por la experiencia de sufrimiento, no aquel que tiene el conocimiento.

"yo también no le soportaba [a los terapeutas] porque les decía que ellos no entendían cómo me sentía, que no lo habían vivido, que vale que habían estudiado eso pero que no lo habían vivido que no se habían puesto en mi situación entonces... me daba como rabia porque me echaban la bronca entre comillas porque igual me había cortado o algo y yo les decía "pero tú no sientes lo que yo estoy sintiendo en ese momento" y no sé, eso..." [GF1_transcripción; Posición: 141-141]

Todos coinciden en que esas expectativas iniciales no coinciden con la valoración posterior de la relación terapéutica a medida que avanza la terapia, emerge un cambio en su valoración predominando los aspectos positivos de la relación terapéutica.

"yo recuerdo las palabras de [T]... que... yo cuando entré, mi psiquiatra era Eva y yo la odiaba, o sea yo la vi la cara y dije "ésta va a ser la persona que más problemas me va a dar en esta vida"... y es que dije "no la voy a soportar"..." [GF1_transcripción; Posición: 55-55]

"no tenía una buena imagen de los psiquiatras entonces pues... era como que tenía una imagen preconcebida..." [GF1_transcripción; Posición: 121-121]

3.6.3. Evolución de la relación terapéutica

Los adolescentes señalan que la relación con los terapeutas conductores del grupo de formación en habilidades psicosociales según el modelo TDC mejora a medida que avanzan las sesiones, siendo el factor temporal crucial en esta evolución ya que se necesita un tiempo para el establecimiento de la alianza terapéutica.

"No sé, yo al principio no me caían bien [los terapeutas]" [GF3_transcripción; Posición: 89-89]

"en estos momentos que yo no estoy con [T] la echo muchísimo de menos, o sea, eran esos momentos en los que te desahogabas con una persona [el terapeuta] y sabías que eso iba quedar entre tú y ella y además ella te terminaba ayudando, terminaba dándote consejos y ahora el volver a encontrarte mal y no tener nadie que te de consejos, pues lo terminas echando de menos." [GF1_transcripción; Posición: 55-55]

"con el tiempo cuando ya empecé a notar mejoría y así pues cambió [la relación terapéutica] y luego estuve al final con [T] y con [T] creo que era y con [T] yo había estado... pues no sé... dos... dos veces o así solo y luego pues ya con el tiempo empecé a estar bastante más cómoda y terminé llevándome bien con todos." [GF1_transcripción; Posición: 140-140]

3.6.4. Necesidad de su presencia para la comunicación

Los adolescentes señalan el papel del terapeuta como guía y protector en los grupos de formación en habilidades (TDC). Subrayan la necesidad de su presencia para regular la

comunicación en el grupo y expresan su confianza en la relación terapéutica para resolver con efectividad situaciones difíciles de la terapia.

"Me salí del grupo [*de whatsapp*] porque no pensaba... en un grupo de gente con problemas siempre tiene que estar por el medio un terapeuta. Siempre." [*GF3_ transcripción; Posición: 387-387*]

"Eso [*un vídeo*] lo pasó una chavala por el grupo de whatsapp, y yo que no tengo problemas me salí del grupo... lo primero que hice fue decírselo a [T]" [*GF3_ transcripción; Posición: 392-392*]

"Yo tenía problemas, no lo vi [*el vídeo que mandó una compañera del grupo*], pero lo primero que hice fue salirme del grupo [*de whatsapp*] y en cuanto tuve terapia contarle." [*GF3_ transcripción; Posición: 393-393*]

3.6.5. Aspectos positivos

3.6.5.1. Reconocimiento de lo mental

Los adolescentes apuntan que el reconocimiento de lo mental en la misma medida que de lo físico en el sufrimiento es una cualidad positiva de los terapeutas que conducen el grupo de formación en habilidades psicosociales (TDC). No solo sufre el que se corta o el que tiene síntomas de TCA, también sufre el que se encuentra triste, el que tiene sentimientos de desesperanza o de soledad.

"me di cuenta de que pues los adultos, o sea los psiquiatras que también estaban concienciados de que había cosas que... mentales que pasaban que no tenían menos importancia que las físicas" [*GF2_ transcripción; Posición: 22-22*]

3.6.5.2. Refuerzo positivo

Los adolescentes señalan que el refuerzo positivo por parte de los terapeutas es la herramienta que más motiva y promueve en mayor medida el cambio.

"te motivaban mucho [*los terapeutas*], yo me acuerdo cuando no hacía los deberes la primera vez que vine que no estaba nada motivada y luego la segunda vez [T] me felicitaba siempre que hacía las cosas, que lo hacía bien" [*GF2_ transcripción; Posición: 152-152*]

"y me acuerdo como el último día [T] estaba todo el rato "felicidades, es tu último día, vamos a felicitarla, no sé qué... ya a la segunda va la vencida y cosas así" y a mí eso me motivaba muchísimo," [*GF2_ transcripción; Posición: 356-356*]

3.6.5.3. Interés genuino de ayuda

Los adolescentes refieren que los terapeutas conductores de los grupos de formación en habilidades psicosociales (TDC) presentaban un interés genuino de ayuda que se transmitía en su disponibilidad, cercanía y enseñanza de habilidades.

"al final si tenías dudas o necesitabas algo o lo que sea, en cierto modo, no te guiaba pero si que te daba pautas [*el terapeuta*]" [*GF3_ transcripción; Posición: 86-86*]

"los profesionales que estaban ahí, pues los consejos que me diesen iban a ser los mejores que alguien me iba a dar porque son los que tienen formación y los que me han estado siguiendo médicamente y así" [GF3_transcripción; Posición: 164-164]

"[T] se tuvo que ir a otro grupo y a mí también me ayudaba muchísimo" [GF2_transcripción; Posición: 152-152]

"yo creo también que la actitud de [T], que siempre estaba sonriendo y tal" [GF2_transcripción; Posición: 154-154]

"te transmitía mucha tranquilidad [la actitud del terapeuta]" [GF2_transcripción; Posición: 156-156]

"y que... las cosas que dábamos que realmente las aplicásemos porque ellos la consideraban ayuda y tal, y no sé como que se preocupaban y tal, qué cosas eran las que más nos servían para mejorar en un futuro, no sé es que realmente eso en general..." [GF2_transcripción; Posición: 175-]

"a ver también al tener cerca psiquiatras, por ejemplo [T] o [T] que eran súper cercanos también es como que también... no sé como explicarlo... también tienes otros puntos de vista y tal" [GF2_transcripción; Posición: 351-351]

3.6.5.4. Apoyo

Los adolescentes perciben a los terapeutas del grupo de formación en habilidades psicosociales según el modelo TDC como figuras de apoyo que facilitan la evacuación del malestar de forma adaptativa a través de la palabra.

"Para mí si es importante, si tenías alguna duda o no sabías manejar algo y necesitabas a un adulto o a alguien con información pues era a quien ibas a acudir a parte de tu psiquiatra o psicólogo" [GF3_transcripción; Posición: 83-83]

"al final si tenías dudas o necesitabas algo o lo que sea, en cierto modo, no te guiaba pero sí que te daba pautas [el terapeuta]" [GF3_transcripción; Posición: 86-86]

"ya les conocía [a los terapeutas] así que... sabía que lo que iban a hacer iba a ser bueno para mí, tampoco..." [GF3_transcripción; Posición: 96-96]

"Yo no las conocía [a las terapeutas] de nada pero sí, también vine con confianza, estaban para ayudar" [GF3_transcripción; Posición: 99-99]

"los profesionales que estaban ahí, pues los consejos que me diesen iban a ser los mejores que alguien me iba a dar porque son los que tienen formación y los que me han estado siguiendo médicamente y así" [GF3_transcripción; Posición: 164-164]

"y no sé yo creo que realmente... a ver lo que realmente me ha ayudado es, pues eso estar con una terapeuta" [GF2_transcripción; Posición: 351-351]

"eran esos momentos en los que te desahogabas con una persona [el terapeuta] y sabías que eso iba quedar entre tú y ella y además ella te terminaba ayudando, terminaba dándote consejos y ahora el volver a encontrarte mal y no tener nadie que te de consejos, pues lo terminas echando de menos." [GF1_transcripción; Posición: 55-55]

3.6.5.5. Confianza

Los adolescentes apuntan como aspecto positivo de la relación terapéutica la confianza que brindan los terapeutas conductores del grupo de formación en habilidades. Subrayan que dicha confianza se incrementa si el terapeuta conductor del grupo es el terapeuta de la

psicoterapia individual conformándose una relación más estrecha porque ya hay alianza terapéutica previa.

"estaba con [T] y no sé quien más. Y como en esos momentos [T], vamos es mi psiquiatra, entonces claro en esos momentos era como que... hacíamos muchísimo tiempo y ya tenía consulta. Entonces, pues como no nos veíamos tanto en consulta, hablábamos en los grupos y yo creo que me venía bien porque con él tenía mucha más confianza de la que tenía con [T]" [GF1_ transcripción; Posición: 132-132]

"a mí también me pasó eso con [T], porque ya de tenerle como psiquiatra que te da confianza desde el principio, entonces luego tenerle en el grupo me hizo abrirme más." [GF1_ transcripción; Posición: 135-135]

RESUMEN DE EXPERIENCIA DE LA TERAPIA:

- La ocultación del tratamiento y por consiguiente de la enfermedad no solo es propio de los adolescentes de nuestra muestra, también sus padres deciden no contarlo a su familia extensa.
- La asistencia al grupo de formación en habilidades psicosociales (TDC) puede repercutir en la actividad cotidiana del adolescente como por ejemplo en la actividad académica.
- Los adolescentes de nuestro estudio expresan su preferencia por grupos psicopatológicamente heterogéneos.
- Para los adolescentes el espacio grupal está dotado de unas características que valoran de forma positiva. La dinámica participativa dentro de un espacio validante en el que se facilita la evacuación del malestar a través de la palabra y se favorecen las relaciones interpersonales proporciona el apoyo que precisa el adolescente sufriente. Ellos señalan que resulta de utilidad no solo lo que dicen los terapeutas, también lo que dicen los compañeros teniendo ello en sí mismo un efecto terapéutico.
- Subrayan la importancia de las imágenes de cara a una mejor comprensión del material en el aprendizaje de las habilidades psicosociales que se abordan en el espacio grupal.
- Las habilidades más recordadas son habilidades básicas de conciencia, habilidades de tolerancia al malestar y habilidades de regulación de las emociones.

- Los adolescentes del presente trabajo de investigación no ven de utilidad la función de los deberes de cara a facilitar la generalización de las habilidades en la vida real pese a la insistencia del terapeuta.
- Ellos reconocen que la generalización de las habilidades se hace de modo no consciente cuando la situación no presenta elevada carga emocional. Sin embargo la generalización de las habilidades se hace de un modo consciente cuando la situación presenta una elevada carga emocional.
- La relación con los compañeros les sirve a los adolescentes de nuestro estudio como instrumento de medida para valorar la gravedad propia. Ellos destacan aspectos positivos de esta relación como el apoyo y la universalización. A la vez señalan aspectos perjudiciales como las relaciones pregrupo, el incumplimiento de las normas, la influencia bidireccional de la sintomatología y las relaciones fuera del espacio grupal.
- Los adolescentes aseguran que la relación con los terapeutas conductores del grupo mejora con el factor temporal. Gran parte de ellos tiene unas expectativas negativas iniciales llegando a idealizar a los terapeutas tras la experiencia grupal. Subrayan la necesidad de su presencia para regular la comunicación con los compañeros de terapia. El reconocimiento de lo mental, la confianza que transmiten, su interés genuino de ayuda y el refuerzo positivo son las características que los adolescentes califican de forma positiva y de gran ayuda.

4. RESULTADOS DE LA TERAPIA

"Yo aprendí a hablar [en la terapia]"

"pues a mí me pareció muy interesante todo y que es algo que supuestamente es básico, pero yo creo que se debería de tener mucho más metido en la cabeza, no solamente nosotros, la gente que tiene problemas, si no todo el mundo."

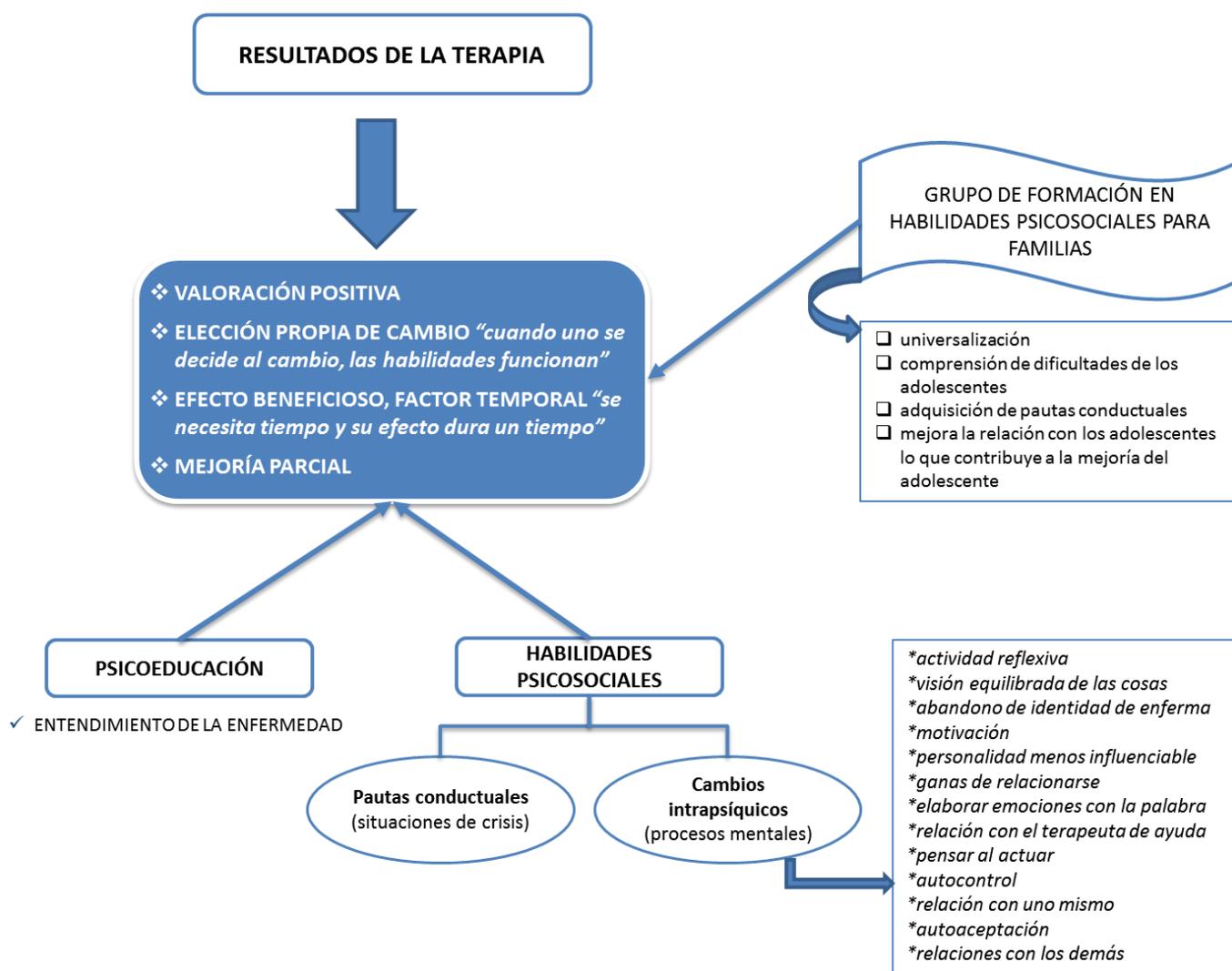


Figura 17. Resultados de la terapia

4) RESULTADOS DE LA TERAPIA
4.1 Valoración positiva
4.2 Efectos beneficiosos/temporalidad
4.3 Mejoría parcial
4.4 Entendimiento de la enfermedad/conciencia de enfermedad
4.5 Elección propia de cambio
4.6 Cambios
4.6.1 Visión equilibrada de las cosas
4.6.2 Abandono identidad de enferma
4.6.3 Motivación
4.6.4 Personalidad menos influenciable
4.6.5 Relación con el terapeuta de ayuda
4.6.6 Ganas de relacionarse
4.6.7 Elaborar emociones con la palabra
4.6.8 Pensar al actuar
4.6.9 Actividad reflexiva
4.6.10 Mejora del autocontrol
4.6.11 Mejoría de la relación con uno mismo
4.6.12 Autoaceptación
4.6.13 Mejora de las relaciones
4.7 GP Valoración positiva
4.7.1 Compartir experiencia con otros padres
4.7.2 Ayuda en situaciones de crisis
4.7.3 Mejora empatía/entender la enfermedad
4.7.4 Mejora relación con padres

4.1. Valoración positiva

Los adolescentes valoran de forma positiva la terapia, e incluso plantean su utilidad para la población sana.

"ella [otra participante del grupo focal] y yo fuimos juntas, y nada bien, estuvo muy bien" [GF3_transcripción; Posición: 69-69]

"pues a mí me pareció muy interesante todo y que es algo que supuestamente es básico pero yo creo que se debería de tener mucho más metido en la cabeza, no solamente nosotros, la gente que tiene problemas, si no todo el mundo." [GF1_transcripción; Posición: 169-169]

4.2. Efectos beneficiosos/temporalidad

La efectividad de la terapia que los adolescentes confirman en sus relatos está unida al factor tiempo y a la temporalidad.

"pero luego vi que *[el grupo]* me estaba empezando ayudar pero según pasó el tiempo *[a lo largo de la terapia]*" *[GF1_ transcripción; Posición: 71-71]*

"ya la segunda vez que lo empecé *[el grupo]* pues fui más... hacía los deberes que mandaban, y bueno me impliqué más en lo que es la terapia grupal y la verdad es que me fue bastante bien y fue un gran cambio de la primera vez que lo intenté a la segunda." *[GF2_ transcripción; Posición: 2-2]*

"Pero ahora ya eso *[las autolesiones]* lo he superado y hay cosas que he superado y me siento orgullosa de ello pero... cuando empecé a poner en práctica lo que vi en el grupo y tal fue ahí, no cuando estaba dentro del grupo" *[GF2_ transcripción; Posición: 74-74]*

"Luego ya a lo largo del tiempo te vas dando cuenta de que en realidad te ha servido para algo *[el grupo]*" *[GF2_ transcripción; Posición: 112-112]*

"la verdad es que desde verano es como que ya estoy viendo un poquito la luz y ahora estoy muchísimo mejor que antes" *[GF2_ transcripción; Posición: 404-404]*

"y al final pues con el paso del tiempo *[en la terapia]* sí que terminé notando mejoría" *[GF1_ transcripción; Posición: 152-152]*

"sí, no sé muy bien en qué, una mejoría general, no sé en qué particularmente, pero sí" *[GF1_ transcripción; Posición: 193-193]*

Ellos relatan que a medida que avanza la terapia van apreciando la mejoría, la mejoría se va forjando a lo largo del tiempo. Además, esa mejoría que objetivan se mantiene durante un tiempo, no es para siempre, lo que trasluce una visión muy realista por parte del adolescente.

"al final de todo *[al acabar la terapia]* sí que sentí mejora" *[GF1_ transcripción; Posición: 85-85]*

"sí, pero... aunque yo creo que a mí por lo que estoy viendo últimamente, a mí el grupo me ha servido para una temporada porque ahora como que estoy volviendo a estar mal" *[GF1_ transcripción; Posición: 205-205]*

"yo seguía estando mal anímicamente, entonces mi madre buscó otra salida que no fuese esa clínica y nos aconsejaron venir aquí y la verdad es que fui mejorando" *[GF3_ transcripción; Posición: 6-6]*

"y después *[T]* me dijo vamos a hacer una terapia grupal a ver si te interesaría ir, y dije pues bueno yo por ir voy ¿sabes?, luego a ver qué tal... y luego la verdad que muy bien" *[GF3_ transcripción; Posición: 9-9]*

"me di cuenta que allí en Logroño lo único que estaba haciendo era perder neuronas a base de pastillas, porque me metían once pastillas diarias y llegué aquí y tres pastillas diarias y he mejorado muchísimo" *[GF3_ transcripción; Posición: 54-54]*

"Yo estaba más tranquila *[tras finalizar el grupo]*" *[GF3_ transcripción; Posición: 288-288]*

"porque he cambiado bastante desde entonces *[inicio de la enfermedad]* y menos mal la verdad" *[GF2_ transcripción; Posición: 16-16]*

"y no sé... pues eso supongo *[mejoré]* y luego mientras venía al grupo realmente sí, tengo muy buen recuerdo" *[GF2_ transcripción; Posición: 22-22]*

"estaba bastante bien en ese momento [*cuando comenzó el grupo*] para como había estado antes, pero bueno, que me vino muy bien [*el asistir al grupo*] yo creo..." [GF1 transcripción _; Posición: 60-60]

"entonces venía [*al grupo*] como un poco cohibida porque sentía como que aquí la gente se iba a conocer y probablemente la gente ya había coincidido y yo no iba a conocer a nadie y entonces también venía como un poco, cómo más... no sé cómo explicarlo, más nerviosa, como con menos ganas y así. Pero bueno al final... me ayudó." [GF1_ transcripción; Posición: 74-74]

Pese a que los adolescentes no valoran de utilidad el formato académico para el aprendizaje de habilidades a través de fichas, no se las han aprendido "escolarmente", ellos objetivan un cambio en la manera de pensar que les lleva a repensar su vida e incluso a dar un sentido y teorizar sobre las dificultades que presentaron en el pasado.

"yo pensaba que no servían [*las habilidades*] para nada y sigo pensando que no servían para nada pero por arte de magia" [GF1_ transcripción; Posición: 168-168]

"pero la verdad es que sí noté mejoría, no sé si por casualidad o qué pero sí que no te mejoría por lo menos durante un tiempo" [GF1_ transcripción; Posición: 168-168]

"aunque si noté mejoría, supongo que sí [*utilizaba las habilidades*], aunque sea inconscientemente" [GF1_ transcripción; Posición: 177-177]

4.3. Mejoría parcial

Los adolescentes presentan una visión realista de la mejoría que experimentan tras su paso por el grupo de formación en habilidades psicosociales según el modelo de TDC. Aseguran que persisten dificultades para la generalización de las habilidades en determinadas situaciones, sobre todo en las de elevada carga emocional.

"Sí, lo mío [*la enfermedad*] ha pasado hace tiempo pero yo todavía sigo teniendo ciertas etapas..." [GF2_ transcripción; Posición: 404-404]

"A ver eso es verdad, porque a mí el otro día [*T*] me dice recítame esto [*habilidades*] y se lo dije, me lo puso en el ordenador y le dije tal, tal y tal... pero no las llevaba a cabo en depresiones o en ataques de histeria." [GF3_ transcripción; Posición: 192-192]

Para algunos de ellos la presencia de dichas dificultades les ha supuesto abandonar el grupo de licenciados y no finalizar el tratamiento completo.

"por eso también dejé de venir [*al grupo de licenciados*], y porque si no voy a poder decir lo que siento, o porque no solo es también lo que siento yo, es porque hay gente así, ¿sabes? Y no tienes que callarte esas cosas, porque las cosas son como son, no sé... esa es mi opinión, yo creo que eso es lo único malo" [GF2_ transcripción; Posición: 91-91]

"yo dejé de venir a la terapia [*grupo de licenciados*] porque estaban todo el rato tocándome la campanita" [GF2_ transcripción; Posición: 93-93]

"Exactamente... a mí me la hacían tocar, porque yo estaba todo el rato diciendo que todo el mundo era gilipollas, porque la verdad es que es verdad, ¿sabes? Y entonces yo tenía que estar todo el rato tocando y yo... vine tres

veces y dije no voy a venir más [grupo de licenciados], lo siento, o sea no..." [GF2_transcripción; Posición: 94-94]

Como se ha descrito anteriormente las habilidades de mindfulness son el grupo de habilidades más valoradas por los adolescentes, sin embargo, ellos subrayan la dificultad que entraña en ocasiones su generalización en diferentes situaciones cotidianas.

"Yo es que la campanita... se lo dije a [T] y todo, me molestaba mucho el sonido y decía [T] que eso era por lo que lo hacía. Me molestaba muchísimo como para tirar la campana por la ventana..." [GF3_transcripción; Posición: 263-263]

"pero en el grupo por ejemplo no se podía decir lo que realmente pensabas... o sea era no criticar, y es como que bueno a ver, yo no voy a criticar a la gente así por así, pero si yo veo que hay una persona que me está haciendo daño y que para mí es gilipollas porque realmente lo es, pues también tienes que exponerlo, ¿no? O sea para eso sirve también una terapia, porque hay gente gilipollas" [GF2_transcripción; Posición: 89-89]

La mayoría de ellos se centran en la imposibilidad para incluir en el propio repertorio la *habilidad ¿qué? no juzgar*, no diferenciando la descripción y el juicio.

"Es que es imposible no juzgar" [GF3_transcripción; Posición: 260-260]

"pero es que quieras o no juzgas a la gente, no por el problema que tengan sino por las cosas que hacen o por cómo llevan su vida o... no por cómo es de personalidad sino por cómo está llevando su enfermedad." [GF2_transcripción; Posición: 237-237]

4.4. Entendimiento de la enfermedad/conciencia de enfermedad

Para los adolescentes la formación en habilidades psicosociales según el modelo de TDC mejora su capacidad de introspección, lo que les permite tomar conciencia de las dificultades que presentan.

"yo creo que [la terapia] me pilló en el punto exacto y... a lo que me refería es que... este fue el comienzo de saber que realmente me pasaba algo, no sé cómo explicarlo, esto me ayudó a..." [GF2_transcripción; Posición: 353-353]

Pese a que la terapia tiene una apariencia de técnica conductual, sirve al mismo tiempo para comprender un poco mejor lo que te está pasando.

"Yo me sentía una auténtica psiquiatra [cuando venía a la terapia]" [GF3_transcripción; Posición: 166-166]

"sí que he de aceptar que esa cosa que es lo que he dicho antes, lo de que te distraigas sí que me ayudó, o sea y luego lo demás también, es como por interés, por comprender un poco lo que te está pasando pero..." [GF2_transcripción; Posición: 347-347]

Ellos aseguran que la simple interacción con el terapeuta genera otro punto de vista sobre uno mismo que puede facilitar la comprensión de dichas dificultades.

"a ver lo que realmente me ha ayudado es, pues eso estar con una terapeuta pero esto es como que fue en el comienzo y es lo que me ha hecho ganar experiencias, conocer otros puntos de vista..." [GF2_transcripción; Posición: 351-351]

4.5. Elección propia de cambio

Los adolescentes señalan como condición indispensable para la efectividad de la terapia la existencia de motivación para el cambio, tratándose por tanto de una decisión personal.

"y entonces pues dije "hasta aquí, no puede seguir esto así"" [GF1_transcripción; Posición: 225-225]

"entonces pues intenté que las relaciones mejorasen" [GF1_transcripción; Posición: 228-228]

"seguía pensando en que no podía cambiar, que iba a estar mal toda la vida... luego al final a raíz de algo que me pasó pues decidí cambiar porque ya no... el estar con depresión, el estar mal ya no me dejaba hacer nada en mi vida" [GF2_transcripción; Posición: 55-55]

"pero realmente lo que tienes que hacer es cambiar por ti misma no cambiar por tu pareja" [GF2_transcripción; Posición: 67-67]

"si le di la vuelta a la tortilla y dije, primero por mí y luego si cambio y bien pues que vuelva [su novio]" [GF2_transcripción; Posición: 68-68]

"Entonces yo creo que todos nosotros hemos experimentado que realmente lo que depende de que cambiemos es que nosotros queramos cambiar, porque nadie puede hacer nada por nosotros, nosotros tenemos que tomar esa iniciativa de vale, voy a mejorar... luego yo qué sé, después de decir eso realmente cambian muchas cosas, pero depende solo de nosotros, de que queramos cambiar, nada va a servir si tú no tienes ganas" [GF2_transcripción; Posición: 80-80]

"hombre es que luego también cuando empiezas a estar bien te sientes orgullosa" [GF2_transcripción; Posición: 85-85]

"el psiquiatra me recomendó este grupo, bueno el grupo de terapia...conductual. Pues ahí ya entré con predisposición a cambiar, entonces sí me ayudó bastante." [GF2_transcripción; Posición: 112-112]

"Si no que si no lo aceptas que tú tienes que estar bien, da igual lo que digan" [GF2_transcripción; Posición: 336-336]

"al final tú tienes que pensar de una forma y decir tengo que parar de estar así o tengo que dejar de ser así porque no me viene bien" [GF2_transcripción; Posición: 337-337]

"después de estar en el grupo cuando quise empezar a estar bien" [GF2_transcripción; Posición: 76-76]

"A mí me pasó eso en el grupo, cuando acabé el segundo grupo ya, dije ya hasta aquí, ya no vuelvo a pisar ni un hospital ni nada..." [GF2_transcripción; Posición: 86-86]

"Yo pienso que todo el esfuerzo que he hecho lo he hecho por mí, no por lo que me han puesto en la terapia, por lo que nos dieron para poner en práctica..." [GF2_transcripción; Posición: 335-335]

El papel de los objetivos vitales y el autorrefuerzo son factores que pueden ir a favor de promover esa motivación para el cambio, son factores de protección, "yo decido el cambio y lo decido porque tengo objetivos saludables en la vida" (por ejemplo, estudiar y conseguir entrar en la universidad que siempre había soñado).

"para mí una de las cosas más importantes ha sido formarme en el colegio y luego en la carrera, y no quería perder clase y entonces eso me ayudó a no adelgazar a niveles extremos" [GF3_transcripción; Posición: 6-6]

"Yo es que cuando salí de aquí di un cambio brutal porque tenía un montón de motivaciones, como irme a estudiar fuera... no sé... cambiar mi vida" [GF2_transcripción; Posición: 350-350]

"y tenía un montón de planes de vida y decía es que tengo que cambiar ya y la verdad es que me ayudó mucho los grupos para decir vale, los cumplo y ya me siento realizada y ya de aquí ya no vuelvo y ya pude hacer el bachiller fuera de donde vivo, ahora me voy a ir a la universidad fuera de Euskadi, y la verdad es que di un cambio brutal" [GF2_transcripción; Posición: 350-350]

4.6. Cambios

4.6.1. Visión equilibrada de las cosas

Uno de los cambios que podemos objetivar al analizar el discurso de los adolescentes que han participado en el grupo de formación en habilidades psicosociales (TDC) es el paso de un pensamiento no dialéctico, polarizado, a un pensamiento más dialéctico, equilibrado.

"[al finalizar la terapia] no veía todo tan mal, veía también las cosas buenas" [GF3_transcripción; Posición: 287-287]

"para darme cuenta también de que no se puede hacer de un grano de arena una montaña" [ante la pregunta ¿a qué te ayudó la terapia?] [GF1_transcripción; Posición: 201-201]

"yo a ver las cosas de otra manera" [ante la pregunta ¿a qué te ayudó la terapia?] [GF3_transcripción; Posición: 290-290]

4.6.2. Abandono identidad de enferma

Previo a su paso por la experiencia grupal los adolescentes presentaban una crisis de identidad, en su discurso se reconocía la confusión psíquica que experimentaban. Tras su paso por el grupo hablan de identidad, "ya sé quien soy y lo que quiero, estos son mis objetivos en la vida".

"Y luego realmente es como que en esos momentos [de crisis] eres como una persona distinta, entonces ya cuando vas avanzando pues descubres realmente quien eres digamos pero..." [GF2_transcripción; Posición: 229-229]

"Yo es que cuando salí de aquí [del grupo] di un cambio brutal porque tenía un montón de motivaciones, como irme a estudiar fuera... no sé... cambiar mi vida y ya empezar a ser yo" [GF2_transcripción; Posición: 350-350]

Al iniciar la experiencia grupal (TDC) valoraban de forma positiva la identidad de grupo por el simple hecho de compartir la experiencia del sufrimiento. Tras su paso por el grupo ya no la necesitan, y rechazan la posibilidad de compartir espacio y tiempo con personas que tienen dificultades porque no tienen nada en común con ellas. Del mismo modo, rechazan las consultas con el terapeuta porque ya no necesitan su ayuda "antes te necesitaba ahora ya no, puedo volar solo".

"yo ahora al psiquiatra le he dicho que ya no le necesito, yo veo a la gente que va a la terapia y que... es que yo no me siento identificada, entonces para mí..." [GF2_transcripción; Posición: 356-356]

4.6.3. Motivación

Los adolescentes a medida que acuden a las sesiones grupales van desarrollando motivación propia y se van implicando en la terapia con el fin de asumir cierto control personal sobre el tratamiento. Muchos de ellos inician el grupo de formación en habilidades psicosociales (TDC) por motivación externa y progresivamente van adquiriendo motivación propia.

"Bien... luego ya al final no venía obligado, ya venía solo [*al grupo*]." [GF2_transcripción; Posición: 143-143]

"Porque iba a tener que venir sí o sí, pues en vez de venir en el coche con mis padres y que me dejaran en la puerta y luego vinieran a buscarme, pues prefería venir solo[*al grupo*]." [GF2_transcripción; Posición: 145-145]

"Antes... pues sí me está pasando esto [*dificultades*] pero me daba igual, pero ahora no me da igual" [GF2_transcripción; Posición: 355-355]

4.6.4. Personalidad menos influenciable

Otro de los cambios que adjudican los adolescentes a su paso por la terapia es ser menos influenciable por el entorno a medida que van mejorando.

"entonces yo en esos momentos era muy influenciable, era más joven y me acababa influyendo muchísimo..." [GF1_transcripción; Posición: 83-83]

4.6.5. Relación con el terapeuta de ayuda

Del mismo modo, la relación con el terapeuta también cambia a medida que avanza la terapia.

Muchos de ellos relatan vivencias de perjuicio iniciales hacia el terapeuta que de forma progresiva van desapareciendo y van percibiendo al terapeuta como una figura de apoyo y de ayuda.

"mi psiquiatra era ... y yo la odiaba, o sea yo la vi la cara y dije "ésta va a ser la persona que más problemas me va a dar en esta vida"... y es que dije "no la voy a soportar"... y me dijo cuando salgas de aquí, cuando te terminemos dando el alta me vas a terminar queriendo, y es verdad porque ahora por ejemplo, yo ahora mismo no estoy pasando una buena racha, estoy teniendo como otra vez altibajos, no me siento otra vez bien con mi físico, estoy volviendo a hacer cosas que no debería hacer... en estos momentos que yo no estoy con [T] la echo muchísimo de menos, o sea, eran esos momentos en los que te desahogabas con una persona y sabías que eso iba quedar entre tú y ella y además ella te terminaba ayudando, terminaba dándote consejos y ahora el volver a encontrarte mal y no tener nadie que te de consejos, pues lo terminas echando de menos." [GF1_transcripción; Posición: 55-55]

"al final bien... es que bueno... no me gustan los médicos y no tenía una buena imagen de los psiquiatras entonces pues... era como que tenía una imagen preconcebida... pero bien" [GF1_transcripción; Posición: 121-121]

"yo los odiaba [*a los psiquiatras*]" [GF1_transcripción; Posición: 123-123]

"a mí [T]... me parecía una pesada, no me dejaba en paz" [GF1_transcripción; Posición: 126-126]

"si me decían [los terapeutas] algo me lo tomaba siempre a la defensiva... o no sé arremetía contra ellos pero ahora me he dado cuenta que lo único que querían era ayudarme" [GF1_ transcripción; Posición: 130-130]

"con el tiempo cuando ya empecé a notar mejoría y así pues cambió [la relación con el terapeuta del grupo]" [GF1_ transcripción; Posición: 140-140]

"ya con el tiempo empecé a estar bastante más cómoda y terminé llevándome bien con todos [los terapeutas]." [GF1_ transcripción; Posición: 140-140]

4.6.6. Ganas de relacionarse

Los adolescentes a medida que van mejorando pasan de estar aislados socialmente a tener ganas de relacionarse, lo que ellos apuntan como un signo claro de mejoría.

"con las amigas tampoco tenía muchas ganas y luego pues ya empecé a tener más ganas de estar con las amigas y así..." [GF1_ transcripción; Posición: 25-25]

4.6.7. Elaborar emociones con la palabra

Los adolescentes aseguran que verbalizar el malestar provoca alivio, le dan un matiz de descarga y también de ayuda, señalándolo como un mecanismo adaptativo para el manejo del malestar que se adquiere dentro del espacio grupal.

"y como noté yo misma que hablar con la gente sobre lo que me pasaba y así pues me ayudaba mucho pues por eso empecé a venir aquí." [GF3_ transcripción; Posición: 50-50]

"Por ejemplo, por lo menos ahora digo las cosas, antes me callaba todo" [GF3_ transcripción; Posición: 196-196]

"Yo creo que para lo que más me sirvió el grupo... siempre que venía, venía atacada, histérica, hiperactiva... y salía de aquí como un oso de peluche, relajada, tranquila, como si me hubiese fumado un porro no te voy a mentir, de que lo había soltado todo" [GF3_ transcripción; Posición: 283-283]

"Yo aprendí a hablar [en la terapia]" *una chica que se disociaba incluso en el grupo [GF3_ transcripción; Posición: 289-289]

"me di cuenta que realmente tenía que sacar las cosas [en la terapia]" [GF2_ transcripción; Posición: 12-12]

"eran esos momentos en los que te desahogabas con una persona y sabías que eso iba quedar entre tú y ella y además ella te terminaba ayudando" [GF1_ transcripción; Posición: 55-55]

Esa verbalización del malestar debe ser progresiva, un proceso gradual en el que se va seleccionando el material sin perder el control en una atmosfera de confianza y de seguridad.

"pues que poco a poco aprendí que todo lo malo que me pasaba ir hablándolo y todo eso..." [GF1_ transcripción; Posición: 16-16]

"luego ya empecé a contar cosas pero... que eran importantes pero no tan importantes y que no me harían sentirme peor al contarlas, si no que igual como me desahogaba pero sin luego hacer "pum" y un hundirme porque lo he contado o algo, pues empecé a contar cosas" [GF1_ transcripción; Posición: 144-144]

Los adolescentes apuntan que muchas veces verbalizar el malestar implica en sí mismo un movimiento de aceptación paralelo.

"a mí por ejemplo en verano que he dicho... a mi grupo [*de amigos*] de verano he dicho lo que me pasaba y tal... es que me ha costado un montón... pero al final hay cosas que hay que aceptarlas" [GF2_transcripción; Posición: 401-401]

"ahora, la verdad es que desde verano es como que ya estoy viendo un poquito la luz y ahora estoy muchísimo mejor que antes entonces pues realmente contar a cualquier persona lo que me pasa, jamás, pero yo sé que aquí he venido a exponer unas cosas" [GF2_transcripción; Posición: 404-404]

4.6.8. Pensar al actuar

Otro de los cambios que los adolescentes señalan es la disminución de la impulsividad tras su paso por el grupo, dando un lugar a la actividad reflexiva antes de actuar. Ello promueve un manejo más adaptativo de las emociones en lugar de a una evacuación inmediata del malestar a través de la conducta.

"Y que siempre que me venían [*otras personas*] yo pensaba "ya me viene a fastidiar o a hacerme algo, que me deje en paz" y yo ya iba a malas y no pensaba las cosas antes de hacerlas... y ahora pues ya las pienso más." [GF1_transcripción; Posición: 14-14]

4.6.9. Actividad reflexiva

Los adolescentes tras su paso por el grupo de formación en habilidades psicosociales (TDC) presentan una mejora en su actividad reflexiva, sustituyen la proyección por la reflexión, ambos mecanismos de funcionamiento mental.

"yo era... creía que era gente [*los terapeutas*] que decía que nos entendía pero que en realidad no tenía ni idea. Luego me di cuenta que igual entendían un poco más de lo que yo creía, pero hasta que me di cuenta pasaron más de un par de semanas" [GF3_transcripción; Posición: 93-93]

"Eso [*no juzgar*] me costó muchísimo, y sigo haciéndolo, nunca corregí eso, juzgo muchísimo" [GF3_transcripción; Posición: 257-257]

"pero cuando estás en el momento no te das cuenta [*de lo que te pasa*]... y luego sí" [*ante la pregunta ¿a qué os ayudó la terapia?*] [GF2_transcripción; Posición: 8-8]

"aquí me di cuenta de bastantes cosas y bueno sin más" [*ante la pregunta ¿a qué os ayudó la terapia?*] [GF2_transcripción; Posición: 12-12]

"yo a darme cuenta de las cosas, porque antes de venir aquí era todo como una burbuja" [*ante la pregunta ¿a qué te ayudó la terapia?*] [GF3_transcripción; Posición: 291-291]

"Entonces te empiezas a dar cuenta de todo [*lo que pasa*], de lo que está pasando alrededor tuyo y todo" [GF3_transcripción; Posición: 293-293]

"entonces pues me sentía mal porque en el fondo veía el sufrimiento que tenía mi familia... y luego ya cuando era más consciente de todo... de cómo perjudicaba mi enfermedad pues ya... fui más capaz de poder venir al grupo y..." [GF2_transcripción; Posición: 4-4]

"yo con mis gurasos [*padres*] yo nunca llegué a las manos pero por ejemplo tanto con ellos, como con mis amigas y conmigo misma me di cuenta de que estaba siendo súper egoísta" [GF1_ transcripción; Posición: 228-228]

"Y con mi hermana deje de hablarme... y claro yo luego sí que me di cuenta que yo era la influencia de mi hermana entonces que en eso tenía que cambiar" [GF1_ transcripción; Posición: 30-30]

"lo tuyo [*P10*] realmente lo entiendo porque estar todos los días o todo el tiempo que estés con una persona que está mal pues al final te acaba venciendo..." [GF2_ transcripción; Posición: 67-67]

"Hombre yo ahora pienso al estar bien que había muchísima gente peor que yo y que yo me quejaba de vicio, sinceramente yo tenía mis cosas... pero había gente muchísimo peor que yo" [GF2_ transcripción; Posición: 207-207]

Esa mejora de su capacidad reflexiva les permite poder teorizar sobre la enfermedad desde un yo observador, e incluso dar sentido a su experiencia previa de sufrimiento.

"me di cuenta de que, no sé, [*lo que me pasaba*] era como si yo tuviese una herida emocional y como si hubiese sanado pero en plan mal, sanado entre comillas claro, y como que te raspan así la herida, en plan poniéndote todas las cosas en cara... y no sé." [GF2_ transcripción; Posición: 119-119]

"cada vez que sentía como que sobraba porque hacía algo malo así para tragar mi malestar, igual me tomaba dos o tres pastillas como para tragar... para sentir como que tragaba mi dolor o algo así, para buscar algo que me doliera físicamente y no psicológicamente." [GF1_ transcripción; Posición: 117-117]

"[*la autolesión*] es una forma de... como de canalizar todo lo que sientes, poder desahogarte... a final es como lo que no puedes decir pues... o lo que no te sientes capaz de expresar... pues al final terminas haciéndote daño a ti misma... para olvidar el dolor psicológico mediante el dolor físico." [GF1_ transcripción; Posición: 42-42]

"es como cuando un niño hace algo mal y sus padres le castigan, pues yo creía que hacía mal comiendo porque eso iba a suponer que engordase, por mucho que comiese poco y entonces la rabia y todo pues la pagaba conmigo misma y luego también con otras personas." [GF1_ transcripción; Posición: 34-34]

"yo que sé el profesor me echaba la bronca y empezaba a decir "es q lo he hecho mal, es que no se qué..." y al final terminaba diciendo "es que lo he hecho mal porque no sirvo para nada"... Y terminaba con "estoy gorda"." [GF1_ transcripción; Posición: 104-104]

En sus relatos se objetivan cambios en el funcionamiento de su psiquismo gracias a la mejora de la actividad reflexiva.

"porque era como que intentaba buscar culpables de todo lo que me pasaba porque no quería darme cuenta de que la culpa la tenía yo" [GF1_ transcripción; Posición: 6-6]

"yo a ver las cosas de otra manera"[*ante la pregunta ¿a qué te ayudó la terapia?*] [GF3_ transcripción; Posición: 290-290]

"A mí con una compañera del grupo me decía voy a dejar de comer y en vez de decirle no, yo le decía dejamos de comer juntas. Y ahora lo pienso y digo... es que no sé cómo ha podido ser" [GF1_ transcripción; Posición: 106-106]

"Y luego realmente es como que en esos momentos [*cuando estás mal*] eres como una persona distinta, entonces ya cuando vas avanzando pues descubres realmente quien eres digamos pero..." [GF2_ transcripción; Posición: 229-229]

"tú ves lo que hace otra persona y pensar que tú has estado haciendo lo mismo te hace darte cuenta que no estabas haciendo bien lo que estabas haciendo" [GF2_ transcripción; Posición: 242-242]

"Yo conocí a chicas que sus padres no les dejaban quedar con gente del hospital y yo al principio eso lo veía raro pero luego lo entendí porque yo cuando me junté con gente dije "ostras, esta gente no está bien y no me va a venir nada bien"" [GF2_transcripción; Posición: 240-240]

Pasan de magnificar los sucesos a relativizarlos, de carecer de conciencia de problema a tomar conciencia de problema, de acumular el malestar a darle una salida adaptativa a través de la palabra con el consiguiente alivio.

"me di cuenta que realmente tenía que sacar las cosas"[ante la pregunta ¿a qué os ayudó la terapia?]
[GF2_transcripción; Posición: 12-12]

"luego cuando estuve en el grupo pues en cierto sentido si que me ayudó a darme cuenta de un par de cosas o realmente..." [GF2_transcripción; Posición: 12-12]

"para darme cuenta también de que no se puede hacer de un grano de arena una montaña"[ante la pregunta ¿a qué os ayudó la terapia?]
[GF1_transcripción; Posición: 201-201]

"esos momentos en los que te desahogabas con una persona y sabías que eso iba quedar entre tú y ella y además ella te terminaba ayudando, terminaba dándote consejos y ahora el volver a encontrarte mal y no tener nadie que te de consejos, pues lo terminas echando de menos." [GF1_transcripción; Posición: 55-55]

"es que yo me acuerdo que tampoco sabía... decía: "jo es que ahora en estos momentos [momentos de crisis] no sé lo que pasa" pero luego te das cuenta de que todo lo que has pasado... pero en ese momento tampoco sabes..." [GF1_transcripción; Posición: 43-43]

Los adolescentes presentan una visión realista de esa mejoría aludiendo a la reversibilidad del cambio, la mejoría que se obtiene gracias a la terapia no es permanente, y a los cambios pendientes. Esa mejora de la capacidad reflexiva les permite examinar y repensar que aspectos son diana de mejora (juzgar, compararse...).

"Pues yo ya he terminado el grupo y con [T] sigo dándole a la campanita [porque sigue juzgando]" [GF3_transcripción; Posición: 258-258]

"Yo es que juzgo mucho, mucho" [GF3_transcripción; Posición: 259-259]

"Ves ahora mismo estoy juzgando" [GF3_transcripción; Posición: 262-262]

"Yo es que me he comparado casi desde siempre, comparado, juzgando... lo de comparar muchísimo, y eso a [T] le ponía enferma y yo no podía evitarlo era como automático. Y ahora lo sigo haciendo pero soy más consciente" [GF3_transcripción; Posición: 265-265]

"Yo no creo que tiene nada de malo, yo no creo que no haya que juzgar, porque juzgar puedes juzgar hacia bien o hacia mal... ¿Por qué hay que dejar de juzgar? Deja de juzgar hacia mal pero no dejes de juzgar hacia bien... es que no... nunca entendí esa pauta de verdad" [GF3_transcripción; Posición: 267-267]

"Luego ya a lo largo del tiempo te vas dando cuenta de que en realidad te ha servido para algo [la terapia]"
[GF2_transcripción; Posición: 112-112]

"pero eso [no juzgar] yo sé por ejemplo que no voy a aprender en mi vida." [GF1_transcripción; Posición: 209-209]

"Aunque yo creo que a mí por lo que estoy viendo últimamente, a mí el grupo me ha servido para una temporada porque ahora como que estoy volviendo a estar mal con mis padres, con mi hermana estoy fatal, con mi padre me hablo pero no hay muestras de cariño ni... como no hay muestras de cariño de su parte pues yo digo pues yo

de mi parte voy a poner menos. Sé que no tengo que ser así, eso era una habilidad del grupo pero...o no sé" [GF1_transcripción; Posición: 205-205]

"yo ahora mismo no estoy pasando una buena racha, estoy teniendo como otra vez altibajos, no me siento otra vez bien con mi físico, estoy volviendo a hacer cosas que no debería hacer..." [GF1_transcripción; Posición: 55-55]

4.6.10. Mejora del autocontrol

Los adolescentes señalan que en el grupo adquieren habilidades (habilidades de tolerancia al malestar, habilidades de regulación de las emociones) que les ayudan a mejorar su capacidad de autocontrol, pasando de un funcionamiento predominantemente impulsivo a un funcionamiento más sereno y sosegado donde acontece la actividad reflexiva.

"quiero decir que acepté esa parte de mí [la impulsividad], no intenté eliminarla, era absurdo... simplemente he conseguido administrarla mejor... yo ya no pierdo el control" [GF2_transcripción; Posición: 49-49]

"yo creo que ha sido más experiencia y tomárselo con calma hasta que al final he conseguido cogerle... marcar límites a las personas que se meten conmigo, es una forma de evitar que se metan conmigo y que pase lo otro [descontrol conductual] como consecuencia" [GF2_transcripción; Posición: 51-51]

"porque realmente hay gente también que te ha ayudado, bueno te ha ayudado en la manera que sea en ciertas cosas o... a cómo tomar el control a esos bajones o a esas cosas" [GF2_transcripción; Posición: 83-83]

"y pues después del grupo fue como autocontrol o así, de la rabia que llevaba dentro y así, que todavía no la había canalizado agresivamente pero que..." [GF1_transcripción; Posición: 16-16]

"en el autocontrol sobre todo"[ante la pregunta ¿a qué os ayudó la terapia?] [GF1_transcripción; Posición: 195-195]

"yo también me acuerdo pues eso que me ayudó en ese momento a controlar las emociones, la rabieta que tenía" [GF1_transcripción; Posición: 218-218]

"luego ya al empezar el grupo y así como que... cada vez que [las compañeras de clase] hacían algo que igual no me gustaba o que no tragaba, pues ya empecé como a controlarme más y pues igual decirle "oye, y ¿por qué en vez de hacer así lo haces así o algo?" pero no por mandarle igual porque éramos compañeras de clase e igual en la..., mayormente no lo aguantaba cuando hacíamos trabajos en grupo me daba opiniones así y pues intentaba como buscar de alguna manera que no acabáramos enganchadas" [GF1_transcripción; Posición: 224-224]

La visión de los adolescentes es realista, no idealizan los resultados de la terapia, ellos asumen que uno puede estar triste o "encontrarse de bajón", pero no "a gran escala" con pérdida del control y con un funcionamiento impulsivo.

"los que lo hemos superado y estemos bien, sí tenemos bajones, pero no son bajones a gran escala [autolesiones, sobreingestas] como antes cuando teníamos depresión o tal, tenemos bajones como cualquier otra persona que no tenga depresión tiene" [GF2_transcripción; Posición: 82-82]

"yo por ejemplo estuve dos años que no levantaba cabeza, o sea todas las noches me quería morir y eso yo creo no son bajones, eso es porque todavía estás en una parte que es horrorosa y ahora al menos si te dan esas cosas pues también sabes cómo manejarlo" [GF2_transcripción; Posición: 83-83]

4.6.11. Mejoría de la relación con uno mismo

Los adolescentes señalan que tras su paso por el grupo de formación en habilidades psicosociales (TDC) mejora la relación con ellos mismos.

"yo la relación conmigo misma" [*habéis comentado que mejorastéis ¿qué fue lo que mejoró?*] [GF1_ transcripción; Posición: 225-225]

"yo conmigo misma sí que mejoré la relación" [*habéis comentado que mejorastéis ¿ qué fue lo que mejoró?*] [GF1_ transcripción; Posición: 226-226]

4.6.12. Autoaceptación

La mejora en la relación con uno mismo que describen los adolescentes tras su paso por la experiencia grupal la relacionan con la aceptación de sí mismos, de su propio self. No hay cambio que funcione si no existe una aceptación. Es la autoaceptación el primer movimiento que permite mejorar la relación con uno mismo. A la vez la aceptación de uno mismo requiere o implica que ya se reconocen a sí mismos y tienen una imagen interna de ellos mismos más clara, no difusa como antes del tratamiento.

"quiero decir que acepté esa parte de mí [*la impulsividad*], no intenté eliminarla, era absurdo... simplemente he conseguido administrarla mejor... yo ya no pierdo el control" [GF2_ transcripción; Posición: 49-49]

"después unos meses ya fue cuando me di cuenta después del grupo... es que dije es que no puedo ser tan perfecta intentando hacer todo bien... y entonces... porque no era algo natural ser... o sea haber sido así... y entonces es cuando ya me di cuenta que no tenía que intentar hacer todo bien y no ser todo buena y tal... yo creo que más que nada fue eso lo que me ayudó..." [GF1 transcripción _; Posición: 143-143]

"y luego lo que he dicho que después de que pasasen unos meses me di cuenta de que no podía seguir así, de que no podía seguir llevando todo al pie de la letra" [GF1_ transcripción; Posición: 218-218]

4.6.13. Mejora de las relaciones

Los adolescentes aseguran que las relaciones interpersonales tanto con iguales como con familia mejoran tras su paso por el grupo de formación en habilidades psicosociales de forma paralela a la mejoría personal, y subrayan la importancia del ingrediente tiempo para poder objetivar dicha mejoría.

"Sí, con mis amigas y todo" [*habéis comentado que mejorastéis ¿qué fue lo que mejoró?*] [GF3_ transcripción; Posición: 295-295]

"marcar límites a las personas que se meten conmigo, es una forma de evitar que se metan conmigo y que pase lo otro como consecuencia" [GF2_ transcripción; Posición: 51-51]

"a mi en mi caso ni mi madre ni mi padre vinieron [*al grupo de padres*] y es verdad que mi relación en el ámbito familiar sí que mejoró" [GF1_ transcripción; Posición: 203-203]

"pero con mi madre... no venía a grupos [*de padres*] ni nada pero no sé cómo consiguió empatizar conmigo y pues un poco ponerse en mi lugar y así..." [GF1_ transcripción; Posición: 203-203]

"con mi hermana sí que mejoró la relación durante un tiempo" [GF1_transcripción; Posición: 203-203]

"yo antes todos, todos los días discutía con mi madre y acabamos enganchándonos y dos veces tuvo que venir la ertzaina a separarnos y pues ahora ya no, discuto pero por cosas normales de "todavía no puedes salir de fiesta" o cosas así pero no como antes" [GF1_transcripción; Posición: 210-210]

"yo con dos chicas, ahora me llevo mejor después del grupo y así de yo ya estar mejor pues porque yo esas chicas antes no las aguantaba" [GF1_transcripción; Posición: 224-224]

"éramos compañeras de clase e igual en la... mayormente no lo aguantaba cuando hacíamos trabajos en grupo me daba opiniones así y pues intentaba como buscar de alguna manera que no acabáramos enganchadas" [GF_transcripción 1; Posición: 224-224]

"y [la relación] con mi madre sobre todo" [habéis comentado que mejorastéis ¿qué fue lo que mejoró?] [GF1_transcripción; Posición: 225-225]

"y luego [la relación] con mi madre" [habéis comentado que mejorastéis ¿qué fue lo que mejoró?] [GF1_transcripción; Posición: 226-226]

"entonces yo la maltrataba psicológicamente digamos, y vi que eso con el paso del tiempo mejoró muchísimo nuestra [relación]" [GF1_transcripción; Posición: 226-226]

"yo en la relación con las amigas creo que después del grupo me empecé a dar cuenta que tenía una amiga tóxica y me costó, me costó, y me costó pero la aparté al final"[habéis comentado que mejorastéis ¿qué fue lo que mejoró?] [GF1_transcripción; Posición: 227-227]

4.7. GP valoración positiva

Los adolescentes señalan al grupo de formación en habilidades psicosociales para familias según el modelo TDC como un elemento determinante en su mejoría y le otorgan una valoración muy positiva.

"Pero vamos que me parece bien que hayan hecho entre los padres [el grupo]" [GF3_transcripción; Posición: 329-329]

"si, muy bien [el grupo de padres]" [GF3_transcripción; Posición: 330-330]

"La verdad es que está muy bien, lo del grupo de padres está muy bien" [GF3_transcripción; Posición: 331-331]

"Yo creo que está muy bien pensado [el grupo de padres]" [GF3_transcripción; Posición: 332-332]

"yo creo que algo muy positivo de estas terapias es que los padres también tenían terapia" [GF2_transcripción; Posición: 312-312]

"y que luego mis aitas hiciesen también yo creo que a ellos les ayudó mucho[el grupo de padres], porque al fin y al cabo ellos también tenían consulta pero en ese momento ya era consulta conmigo no era ellos solos con el psiquiatra, pues yo creo que les vino muy bien..." [GF1_transcripción; Posición: 218-218]

Diferentes aspectos son señalados como de gran ayuda y los describiremos a continuación.

4.7.1. Compartir experiencia con otros padres

Ellos aseguran que el hecho de que sus padres dispongan de un espacio terapéutico para verbalizar el malestar que sienten en relación con las dificultades de sus hijos es de gran

ayuda ya que al igual que en el grupo de adolescentes acontece el fenómeno de universalización, no se sienten solos en la experiencia del sufrimiento y el evacuar el malestar a través de la palabra ya les provoca alivio.

"A mí me contaba mi ama que le gustaba mucho venir [*al grupo de padres*] porque así hablaba con otros padres" [GF3_ transcripción; Posición: 336-336]

"Y se desahogan, porque se entienden entre ellos[*en el grupo de padres*] " [GF3_ transcripción; Posición: 337-337]

"y también [*en el grupo de padres*] compartir con otros padres los problemas está genial" [GF2_ transcripción; Posición: 312-312]

4.7.2. Ayuda en situaciones de crisis

Los adolescentes reconocen que la participación en el grupo de familias les brinda herramientas a sus padres que pueden ser de ayuda cuando ellos están en situación de crisis.

"pues yo creo que les vino muy bien [*a sus padres el grupo de padres*]... aprendieron muchísimo y eso que cuando estás en casa tú estás con tus aitas y entonces ellos también tienen que saber cómo ayudarte a canalizar tus emociones y así... pues aprendieron" [GF1_ transcripción; Posición: 218-218]

"El STOP sí que me ayudó mucho, además como era la única que se sabía mi madre cuando estaba mal me decía "STOP, STOP"" [GF3_ transcripción; Posición: 242-242]

"Sí, pero cuando te lo dicen [*el STOP*] dices que tontería pero luego cuando lo estás pasando mal y lo necesitas, si alguien te lo recuerda dices "joe, pues igual sí funciona"" [GF3_ transcripción; Posición: 247-247]

"pero siempre cuando yo hacía algo o lo que sea, negativo, se asustaban mucho [*sus padres*] y no sabían qué hacer... rompían a llorar y lo primero que se les pasaba por la cabeza era ir al hospital, a urgencias. Después cuando empezaron a venir ellos al grupo de padres empezaron a aprender qué hacer, cómo ayudarme y así... sin entrar en pánico" [GF3_ transcripción; Posición: 320-320]

"[*los padres*] Son apoyo y nos van a ayudar aunque no nos parezca bien" [GF3_ transcripción; Posición: 335-335]

"Sí, porque a veces no sabían [*los padres*] cómo reaccionar y pues gracias al grupo que daba [*T*] pues ya aprendieron cómo reaccionar si estaba mal o no sé. Pero sí creo que eso viene bien." [GF2_ transcripción; Posición: 322-322]

"[*mi madre*] sabía cómo llevar mejor las situaciones [*gracias al grupo de padres*]" [GF1_ transcripción; Posición: 201-201]

4.7.3. Mejora empatía/entender la enfermedad

Los adolescentes describen a sus padres, previo a su paso por el grupo de formación en habilidades psicosociales para familias (TDC), con escasez de recursos tanto para comprender su sufrimiento como para ayudarles en situaciones de crisis.

"Sí, porque a veces [*mis padres*] no sabían cómo reaccionar y pues gracias al grupo que daba [*T*] pues ya aprendieron cómo reaccionar si estaba mal o no sé. Pero sí creo que eso viene bien." [*GF2_transcripción; Posición: 322-322*]

"bueno mi aita [*padre*] y mi ama [*madre*] que venían, mi aita que es una persona que nunca me ha entendido mi enfermedad, le ha costado muchísimo, ha conseguido entenderla..." [*GF2_transcripción; Posición: 312-312*]

Tras su paso por el grupo, los padres no solo adquieren habilidades para ayudarles en situaciones de crisis sino que también gracias a la experiencia grupal mejora su capacidad para comprender su sufrimiento. Todo ello contribuye firmemente a la mejoría de los adolescentes y de las relaciones de éstos con sus padres.

"A la familia o se lo explican aquí [*en el grupo de padres*] o no lo entienden." [*GF3_transcripción; Posición: 15-15*]

"A mis padres se lo explicaron en el grupo de padres y lo entienden" [*GF3_transcripción; Posición: 15-15*]

"Mis padres ahora lo hablan conmigo, antes te gritaban, te venían con la mano, te venían con el castigo... han aprendido a hablar las cosas igual que yo" [*GF3_transcripción; Posición: 318-318*]

"sí que le ayudó el venir aquí a los grupos de padres a entender un poco más o a querer entender un poco más" [*GF3_transcripción; Posición: 319-319*]

"Pueden entender que si hacemos alguna cosa no la hacemos para joderles a ellos [*a los padres*]" [*GF3_transcripción; Posición: 333-333*]

"[*mi madre*] se ponía más en mi lugar... empatizaba más" [*GF1_transcripción; Posición: 201-201*]

4.7.4. Mejora relación con padres

Los adolescentes describen una mejora en la relación con sus padres tras su paso por el grupo de familias que se sostiene en la mejora de la comprensión por parte de los padres de su sufrimiento y en el aprendizaje de habilidades para evacuar el malestar que sienten los propios padres a través de mecanismos más adaptativos.

"Mis padres ahora lo hablan conmigo, antes te gritaban" [*GF3_transcripción; Posición: 318-318*]

"luego también como estuvo viniendo mi ama [*madre*], yo creo que mi ama [*madre*] también pues se enteró de algo y así y la relación con mi ama mejoró bastante" [*GF1_transcripción; Posición: 197-197*]

RESUMEN RESULTADOS DE LA TERAPIA

- Los adolescentes del presente estudio valoran de forma positiva los resultados de la terapia. Para ellos tiene un efecto beneficioso con el paso del tiempo que a su vez dura un tiempo siendo conscientes de la reversibilidad del cambio. Tienen una visión realista en lo que respecta a los resultados, se trata de una mejoría parcial, hay ciertos aspectos que todavía se pueden mejorar. Ellos aseguran que para que las habilidades funcionen es imprescindible que exista motivación propia para el cambio.

- El grupo de formación en habilidades psicosociales para familias puede contribuir a dicha mejora del adolescente. Dicho espacio grupal proporciona a los familiares, en contacto directo con el adolescente, un espacio para compartir su experiencia de sufrimiento con otros familiares, les ayuda a comprender las dificultades del adolescente y adquieren pautas conductuales que además de ayudar a sus hijos en situaciones de crisis, les ayuda a evacuar su propio malestar de una forma más adaptativa. Este componente de la TDC mejora las relaciones de los familiares con los adolescentes lo que a su vez contribuye en la mejoría del adolescente.
- El grupo de formación en habilidades psicosociales (TDC) ayuda al adolescente a entender su propio sufrimiento ya que le brinda conocimiento sobre su enfermedad.
- El aprendizaje de habilidades psicosociales le ofrece al adolescente pautas conductuales que pueden ser de ayuda en situaciones de crisis, y paralelamente se producen cambios intrapsíquicos de diferentes procesos mentales como mejora de la actividad reflexiva entre otros.

DISCUSIÓN

1. EXPERIENCIA EN ENFERMEDAD

Atendiendo a la definición de adolescencia descrita con anterioridad (Antona et al., 2003) la adolescencia no es algo autónomo ni estable, sino una realidad donde su constante es el cambio, que forma parte de un sistema social determinado y es desde este entramado social desde donde podemos analizar las dificultades y los problemas de los adolescentes. Vamos a tomar esta definición como punto de partida para poder “observar y describir” (*Habilidades de Conciencia ¿Qué?*) desde la perspectiva y visión de los adolescentes que participan en este trabajo de investigación, su experiencia de enfermedad.

Nuestros adolescentes apuntan como problemática nuclear de las dificultades que presentan el déficit de habilidades para manejar de forma adaptativa las emociones que sienten y poder regularse a nivel emocional de forma satisfactoria, datos ya reportados en estudio previos (Dodge, 1991) (Keenan, 2000) (Calkins & Fox, 2002).

La regulación emocional debe ser entendida como modulación de la respuesta emocional, y no como supresión emocional ya que muchos adolescentes utilizan la contención emocional ante las dificultades que presentan, lo que se puede traducir en trastornos de ánimo y sentimientos de soledad o vivencias de abandono. Del mismo modo, esa precariedad en el manejo de emociones puede incrementar el malestar que sienten tratando de evacuarlo a través de las autolesiones como medida ansiolítica. Ellos profundizan en el significado y la utilidad de las conductas autoagresivas dentro del contexto de la enfermedad y se aprecia un trabajo de mentalización que existe al menos tras su paso por la experiencia de la terapia. Los adolescentes de nuestro estudio hacen una lectura hoy de los cortes del ayer que en el momento que se los realizaban no hacían. Nuestros adolescentes explican las autolesiones como una medida ansiolítica, la autolesión suponía para ellos un desahogo o alivio, datos que coinciden con los hallazgos encontrados en trabajos previos (Andover & Morris, 2014) (Stepp et al., 2014). Hoy hacen una lectura psicologizada del pasado cuando en la terapia (grupo de formación en habilidades psicosociales TDC) se da una herramienta para entender su vida. Los adolescentes se percatan de que evacuar el malestar a través de un mecanismo desadaptativo como son las autolesiones genera una reacción/respuesta en el entorno. Dicha reacción puede ser de rechazo, en lo que respecta al estigma sobre la enfermedad mental, y en otras ocasiones puede influir y ser tomada en cuenta por iguales que estén en

una situación similar de sufrimiento incorporando dicho mecanismo desadaptativo a su propio repertorio.

Gran parte de los adolescentes de nuestra investigación presentan una incapacidad para poner en palabras el malestar que sienten y pedir ayuda, y optan en muchas ocasiones por comunicarlo a través de la su conducta (acting-outs). Este mecanismo desadaptativo para el manejo de las emociones interfiere a su vez de forma directa en las relaciones que establecen con su entorno, reagudizándose los sentimientos de incomprensión y las vivencias de soledad. En nuestra muestra queda reflejado el sufrimiento depresivo que presentan los adolescentes antes de la experiencia grupal, pese a tener mayoritariamente el diagnóstico en eje I de TC. Si nos fijamos en el perfil de la muestra (*descrito en el apartado material y métodos, pg.109-115*) y atendemos a las puntuaciones de los cuestionarios CBCL y YSR, según la visión de los padres las puntuaciones más altas (CBCL) son en clínica externalizante, mientras que la visión de los propios adolescentes señala puntuaciones más altas (YSR) en clínica internalizante. El sufrimiento depresivo es la problemática que genera el incremento del malestar que se expresa, actúa, o evacúa a través de la conducta. Muchos de los jóvenes señalan el sufrimiento depresivo como uno de los síntomas que más malestar les ha generado pese a estar diagnosticados en su mayoría de TC. Estos datos coinciden con los resultados de estudios previos (Kressler et al., 2005) (Steinberg et al., 2006) donde se apuntaba que el adolescente puede intentar regular a través de su conducta estados emocionales insoportables cuando no sea capaz de hacerlo mentalmente o el entorno no ayude a hacerlo. Por tanto, teniendo en cuenta estos datos, la desregulación emocional supera la tradicional división entre trastornos externalizantes e internalizantes, pudiendo estar presentes en ambos, resultados ya reportados con anterioridad (Gross, 1998). Además, se sugiere que la desregulación emocional puede ser conceptualizada como un proceso “transdiagnóstico” (Kring & Sloan, 2010), haciendo referencia a los procesos patológicos compartidos por diversos trastornos mentales.

Tras la experiencia grupal y consiguiente mejora de su actividad reflexiva, los adolescentes de nuestra muestra señalan la relación directa de la sintomatología TCA con las dificultades para la regulación de las emociones que tienen y el sufrimiento emocional subyacente, dato que coincide con los resultados encontrados en investigaciones previas (Calvo et al., 2014). Ellos explican que intentan a través de la búsqueda del “*cuerpo perfecto*” lograr “*la*

felicidad“, ejerciendo un control excesivo y enfermizo sobre lo que está a su alcance. Del mismo modo adelantan, lo que posteriormente abordaremos en el apartado experiencia de la terapia, la repercusión que tiene la sintomatología TCA en los iguales de su entorno y el modo en el que interfiere en el tratamiento.

Los participantes del presente trabajo añaden que en ocasiones el fracaso de los mecanismos desadaptativos como la contención emocional o las autolesiones les puede llevar a extinguir dicha conducta, y mostrar avidez por otros mecanismos más adaptativos con el fin de regular las emociones que sienten sin empeorar la situación. Adquirir habilidades para darle un manejo adaptativo al malestar que sienten (HTM) es para ellos una de las dianas a donde debe ir dirigido el tratamiento y lo que les motiva para implicarse de forma activa en la terapia.

Todos los componentes descritos por nuestros adolescentes quedan englobados en la definición de regulación emocional ya descrita por Gratz y Roemer (2004), para ellos *“la regulación emocional implica el conocimiento y la comprensión de las emociones, la aceptación de las emociones, la capacidad para controlar comportamientos impulsivos y comportarse de acuerdo con las metas deseadas cuando experimentamos emociones negativas, y la capacidad de utilizar estrategias de regulación emocional de forma flexible para que sean apropiadas a la situación y sus demandas, con el fin de alcanzar metas individuales”*, y la ausencia relativa de cualquiera de estas habilidades indicaría presencia de desregulación emocional. Todos los componentes englobados en la definición descrita se abordan en el módulo HRE dentro del grupo de formación en habilidades psicosociales TDC (Linehan, 1993a, 1993b) (Rathus & Miller, 2002) (Miller et al., 2006) (Linehan, 2015) (Rathus & Miller, 2015).

Otro de los síntomas problemáticos para los participantes del presente estudio es la impulsividad que a su vez se traduce en un manejo desadaptativo del malestar que sienten y que en ocasiones les lleva al descontrol conductual. Como hemos descrito anteriormente, en muchas ocasiones ellos utilizaban la conducta como modo de regular el malestar que sentían con un tinte auto y heterodestructivo, lo que a su vez influye de manera directa en las relaciones que establecen con los otros y consigo mismos tan relevantes especialmente en este periodo evolutivo. Tras su paso por el espacio grupal son capaces de enmarcar este rasgo (impulsividad) en un funcionamiento desde *mente emocional*, concepto que se aborda

en HBC. Los adolescentes, al menos tras finalizar la terapia, señalan la acumulación del malestar como un mecanismo desadaptativo para el manejo de las emociones, e incluso plantean el deterioro que ocasiona tanto en la relación que establecen consigo mismo (*efectividad del respeto personal*) así como en la relación que establece con el entorno (*efectividad interpersonal*) haciendo uso de las habilidades aprendidas en el módulo de HEI.

Una de las características que los jóvenes con problemas de impulsividad y desregulación emocional comparten en los momentos iniciales de su enfermedad es la ausencia de conciencia de problema. Ellos pueden ocultar la sintomatología que presentan ante el temor a sentirse rechazados, lo que retrasa la atención médica, o pueden situar la responsabilidad de su malestar en el entorno, ante la precariedad para la actividad reflexiva o merma de la capacidad de introspección. Todo ello son factores que pueden interferir de forma negativa a la adherencia inicial a un programa de tratamiento. En nuestro estudio los adolescentes reconocen dificultades para hablar de la enfermedad, para ellos es muy difícil poner en palabras el malestar que sienten y poder hablar de lo que les pasa. Llegan incluso a no cuidar la *efectividad interpersonal* al mentir a las personas más cercanas por temor al estigma. Ellos optan por ocultar los síntomas, y la negación del problema es la salida que eligen al percatarse del estigma existente en torno a la enfermedad mental y observar cómo repercute éste en el deterioro de las relaciones interpersonales tanto con iguales como con familia. Los participantes del presente estudio se refieren al estigma como un elemento externo a ellos que dificulta las relaciones interpersonales y que puede llevar a la ocultación de los síntomas y/o del tratamiento ante la incomprensión del entorno y sentirse rechazados por éste. Ellos sitúan al estigma como algo negativo ajeno a ellos, sin embargo ellos mismos estigmatizan incluso tras pasar por la experiencia de un ingreso hospitalario transmitiendo el mensaje *“me fastidia que me estigmaticen, cuando estar loco es otra cosa”*. Relatos como este nos sumerge en la desesperanza de cara a luchar contra el estigma.

La problemática en las relaciones interpersonales que relatan los participantes del trabajo que nos ocupa puede ser por vivencias de perjuicio del entorno, lo que les lleva al aislamiento y a la pérdida de relaciones con iguales, así como deterioro de las relaciones familiares. Dichas vivencias de perjuicio les pueden reforzar en su posicionamiento de no verbalizar el malestar que sienten ni hablar sobre las dificultades que presentan, ante el temor irracional de que les hagan daño al contar el entorno con información de especial

relevancia sobre su experiencia de sufrimiento. El “sentirse diferente” puede hacer que opten por el aislamiento social con el fin de evitar la exposición a iguales, sin embargo, la vivencia de este síntoma, pese a ser una elección propia, es egodistónica, la relatan con notable malestar. En algunos casos el establecer relaciones a través de las redes sociales, a través del ciber espacio sin una exposición física en lo real, puede ser una medida alternativa, no sin riesgos, al aislamiento social que ellos eligen. Sin embargo, el uso y el abuso de las redes sociales es una problemática que se está incrementando y agravando en los últimos años entre adolescentes frágiles y con dificultades para las relaciones interpersonales.

Por todo ello, el aspecto sintomático que presentan nuestros adolescentes repercute de forma directa en el deterioro de las relaciones tanto con los demás como con ellos mismos. Sus propias dificultades repercuten en las relaciones que mantienen tanto con su entorno familiar como social (pareja, amigos, profesores) pero a la vez los adultos que acompañan al adolescente deberán adaptarse a los cambios y enfrentarse a una relaboración de sus propios conflictos personales (Kancyper, 1997) ya que el adolescente y su entorno afrontan el reto de acoplamiento recíproco (Krauskopf, 2000). Debemos tener presente que los adolescentes provocan diferentes reacciones en su entorno como resultado de los cambios que experimentan, y los contextos sociales contribuyen al desarrollo individual del adolescente a través del feedback que le proporcionan; por tanto el desarrollo del adolescente es el resultado de la interacción dinámica entre las características del sujeto y su entorno. Sin duda la enfermedad genera un impacto en el entorno del joven, el entorno puede brindar ayuda de cara a la resolución de la problemática existente o agravar dicha problemática. Los participantes de nuestra investigación subrayan la ayuda que el entorno le brinda, con cierta idealización, que les lleva a transmitir un mensaje escindido, no dialéctico, apoyo incondicional vs abandono en los casos de entornos invalidantes descritos por ellos mismos. La existencia de entornos invalidantes puede precipitar e incluso agravar la sintomatología que presentan, ellos relatan vivencias de sufrimiento y soledad en dichos ambientes invalidantes lo que puede incitar al adolescente a establecer relaciones tóxicas o perjudiciales que le colocan en situaciones de riesgo para sí mismo que agravarían aún más el sufrimiento existente. Ellos diferencian a la perfección el estar solo y el sentirse solo, esto último es frecuente en los ambientes familiares invalidantes ya mencionados, dando un

matiz de mayor sufrimiento en este último supuesto. Señalan la importancia de sentirse escuchado, no oído, por el entorno y la necesidad de que éste le brinde apoyo y comprensión con el fin de poder hacer uso de la palabra como mecanismos adaptativo para la evacuación del malestar que sienten. La ausencia de comprensión por parte del entorno puede agravar las vivencias de soledad e incluso, en algunos casos, llegar a reactivar angustia de abandono. Los adolescentes que participan en el trabajo que nos ocupa aseguran que el ambiente familiar invalidante puede persistir incluso en contacto con el terapeuta en las sesiones individuales. Ellos plantean que es necesario un cambio real en la actitud/respuesta de los padres, y sugieren que el grupo de formación en habilidades psicosociales para familias (componente de la TDC descrito anteriormente) pudiera ser un elemento crucial para su propia mejoría.

Asimismo, nuestros jóvenes son capaces de señalar como su propia problemática repercute y deteriora la relación que mantienen otros entre sí (fundamentalmente padres) sintiéndose responsables de ello, al menos, con posterioridad a su participación en el grupo de formación en habilidades psicosociales según el modelo TDC. Muchos de los sujetos del presente estudio aseguran que la relación que más se deteriora es la que se establece con la figura que más apoyo les brinda, siendo para ellos la figura materna la figura de evacuación del malestar sustitutiva. Estos hallazgos pueden relacionarse con una postura mentalizadora por parte de los adolescentes tras la experiencia grupal que les permite por un lado reconocer que existe un mundo interno que da forma al comportamiento y por otro lado les ayuda a comprender que este mundo interno es una representación que se relaciona, aunque no es idéntica, al mundo externo que modela (Wallin, 2007). Por tanto, el incremento de la capacidad de mentalización de los jóvenes tras su participación en el grupo les permite dar un sentido al mundo que les rodea, atribuyendo a ellos mismos y a los demás estados mentales que facilitan la comprensión de su propio comportamiento, el de los demás y las relaciones interpersonales que establecen.

La terapia les permite un examen de la realidad desde una perspectiva diferente (sin rabia y con aceptación) en relación con una ampliación de la actividad reflexiva. El trabajo en el aquí y el ahora da una perspectiva diferente del pasado.

Atendiendo a su discurso, otro de los síntomas que describen con mayor sufrimiento es la problemática identitaria al sentirse diferente a los iguales que les rodea. Ese sentimiento de

“no encajar”, la ausencia de identidad de grupo tan necesaria en este periodo evolutivo, es lo que les lleva en muchas ocasiones al aislamiento social. Las vivencias de exclusión y los sentimientos de soledad conforman autoconceptos muy pobres y devaluados, ya que el autoconcepto surge de las interacciones sociales y se desarrolla en función de cómo los otros reaccionan ante el sujeto (Steinberg & Morris, 2001). La visión desesperanzadora que presentan los adolescentes de nuestro estudio sobre sí mismos está en relación con la percepción de la identidad de enfermo como inmodificable, la enfermedad es una parte de ellos, *“esta es mi identidad y mi identidad no se modifica”*. Tras su paso por la experiencia grupal nuestros adolescentes reflexionan sobre el malestar que sentían y en su relato se dan cuenta de la difusión de identidad que presentaban y así lo señalan.

Toda la sintomatología descrita repercute de forma directa en diferentes ámbitos de su vida tales como la actividad académica y social. El inicio de la enfermedad supone para muchos de ellos una ruptura vital, con deterioro del funcionamiento global preexistente. Dentro de esa ruptura vital, muchos de ellos cuentan con la experiencia de al menos un ingreso hospitalario en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil (UHPIJ). Atendiendo a su discurso, el ingreso en sí mismo puede servir como elemento de confrontación para la toma de conciencia de las dificultades existentes, *“poder parar y pensar”*. Si no se está motivado para el cambio, el ingreso no resuelve el problema y en el mejor de los casos alivia lo superficial. Ellos aseguran que para que el ingreso sea de ayuda hay dos elementos de gran importancia, al igual que para la terapia de grupo, la motivación para el cambio y la implicación activa en el tratamiento.

2. MOTIVACIÓN PARA LA TERAPIA

Los sujetos de nuestro estudio señalan que uno de los factores más importantes para la efectividad de la terapia es la motivación propia para el cambio y la implicación activa en el tratamiento, hallazgo ya reportado en un estudio previo (Hodgetts et al., 2007) realizado en población adulta.

Las motivaciones de los adolescentes para venir a terapia pueden ser muy diversas y pueden variar a lo largo del tiempo, puede existir motivación propia o que la motivación sea externa (familia, colegio, terapeuta). Atendiendo a su discurso, ellos reconocen que existe un componente motivacional en la TDC, por lo que el propio tratamiento trabaja la motivación para el cambio al contar la propia terapia tanto con herramientas de aceptación y como con herramientas de cambio (Linehan, 1993a, 1993b) siendo el objetivo final lograr una síntesis entre aceptación y cambio. Por ello, en algunos casos, el entorno del adolescente (familiar, académico y/o asistencial) pudo haber actuado como factor motivador inicial para el tratamiento, utilizando sus propias técnicas motivacionales para que el adolescente acuda al grupo, y posteriormente el propio componente motivacional de la TDC pudo facilitar la implicación activa en el tratamiento y de este modo surgir la motivación propia para el cambio. Es habitual la falta de motivación propia inicial (Hodgetts et al., 2007). Ellos refieren que de igual modo puede ser relevante el papel de los compañeros y del terapeuta del grupo en lo que respecta a lo que ellos llaman “efecto contagioso de la motivación”. Aseguran que el acudir a un grupo en el que los compañeros se encuentren motivados puede actuar como factor facilitador para que uno vaya adquiriendo motivación para el cambio, y lo mismo puede suceder en lo que respecta a la actitud del terapeuta.

El entrenamiento en habilidades no solo enseña habilidades, trabaja la motivación que les lleva a incorporar o generalizar las habilidades en su vida, donde surgen los conflictos y las situaciones de crisis. Por eso, el grupo de formación en habilidades psicosociales es el componente del tratamiento más importante dentro de la TDC con sus tres componentes, educación/comprensión de la enfermedad más motivación para el cambio más terapia con habilidades, lo que me permiten manejar situaciones complejas de forma adaptativa. Este hallazgo coincide con datos de investigaciones previas de índole cuantitativo donde se subraya la relevancia del componente de formación en habilidades psicosociales sobre otros

componentes de la TDC (Soler et al., 2009) (Linehan et al., 2015) (Vickers, 2016) y de índole cualitativo (Cunningham et al., 2004).

Para los participantes de la presente investigación la TDC es una terapia muy estructurada que les sirve de apoyo, dato ya reportado en estudios cualitativos previos (Araminta, 2000) (McSherry et al., 2012), pero también de ayuda para mantener el control sobre sus propias vidas lo que coincide con el fundamento de la terapia, ya que el tratamiento se organiza estableciendo unas prioridades basadas en el nivel de severidad de la problemática existente y se establece una jerarquía de objetivos que guía al terapeuta para saber “*qué*” tratar y “*cuándo*” tratarlo (Linehan, 1993a). El formato de fichas con el componente de los deberes, ese material (papel) que se llevan, puede suponer para ellos el llevarse “*un trozo de terapeuta a casa para la semana*” que les sirve de apoyo y ayuda ya que el terapeuta es su guía y les señala “*así es tu conducta*”, “*así hace sentir a los otros tu conducta*”, “*así es como tu conducta influye en las opiniones que los otros tienen de ti*”, y “*así es como tu conducta influye en tu opinión sobre ti mismo*”. Como ya se abordará posteriormente, para nuestros adolescentes la relación/alianza terapéutica es el factor que se relaciona de modo más directo con la efectividad de la terapia, datos ya reportados en estudios de índole cuantitativo (Choi-Kain et al., 2016) y cualitativo (Araminta, 2000).

La mayoría de los jóvenes carecían de expectativas pregrupo. En ellos se trasluce cierta confusión que coincide con el no saber lo que les estaba pasando a ellos mismos en aquel momento en probable relación con la confusión acerca del yo, la desregulación emocional y el caos interpersonal que presentaban, y cuál era la finalidad de la terapia grupal.

Ellos ponían en duda en aquel momento que la terapia grupal según el modelo de TDC pudiera ser un elemento de ayuda basándose la creencia de imposibilidad para la comprensión o para el entendimiento si se carecía de la experiencia propia, en primera persona, de sufrimiento (Hodgetts et al., 2007). Sin embargo, reconocían que el propio espacio grupal podía ser de utilidad por la relevancia del fenómeno de universalización, ya que por sí solo genera gran alivio al permitirles comprobar que uno no está solo en el sufrimiento (McSherry et al., 2012). Además, dicho espacio permitía de alguna forma “*aprender*” de los propios compañeros del grupo, los cuales sí contaban con la experiencia de sufrimiento en primera persona, aumentando de este modo las fuentes de aprendizaje.

La aceptación y el entendimiento por parte de los compañeros del grupo puede ser más importante que por parte del propio terapeuta.

Los sujetos de nuestro estudio relacionan la falta de motivación en la terapia con la resistencia al cambio o a recibir ayuda. Tras su paso por el grupo de entrenamiento en habilidades psicosociales según el modelo de TDC, nuestros adolescentes adquieren herramientas y teorizan sobre los posibles factores que pueden estar en relación con dicha resistencia a recibir ayuda. En algunos casos esa resistencia puede estar en relación con el estigma –*“si me mantengo firme en no cambiar, niego la existencia de una enfermedad y los demás no me van a poder ver o tratar como un enfermo mental-*, con la ganancia secundaria de la enfermedad dentro de la dinámica familiar, y/o con la percepción de la identidad de enfermo como inmodificable -*con una visión desesperanzadora del sufrimiento en la que no cabe la mejoría con herramienta terapéutica alguna ya que la enfermedad forma parte de ellos, de su identidad-*. Ellos llegan a afirmar que dicha resistencia al cambio o a recibir ayuda puede ser en algunos casos uno de los motivos para el abandono del tratamiento, pero la mayoría asegura que la resistencia al cambio suele acontecer en los momentos iniciales de la terapia donde predomina la desregulación emocional y el caos interpersonal, dando paso posteriormente a la motivación para el cambio y la implicación activa en el tratamiento.

Son muchos los jóvenes que participan en nuestro estudio los que ven la necesidad de que el entorno también se encuentre motivado para el cambio, y para ello valoran de forma muy positiva el grupo de formación en habilidades psicosociales TDC para familias, ya que el entorno en ocasiones puede presentar comportamientos o conductas que favorecen o refuerzan comportamientos desadaptativos del adolescente o en otras ocasiones, llegan a bloquear sus avances. Dicho componente del tratamiento trabaja sobre el entorno, fundamentalmente familiar, dotándole de herramientas para comprender el sufrimiento del adolescente y su conducta a la vez que puede ser un elemento de ayuda para el adolescente a la hora de resolver situaciones de crisis.

3. EXPERIENCIA DE LA TERAPIA

La ocultación del tratamiento tanto a amigos como a familia es propia de los adolescentes que participan en nuestra investigación, pero también de sus padres, los cuales deciden no decir nada del tratamiento a su familia extensa. Dicha ocultación de la enfermedad y, en consiguiente, del tratamiento podría tener que ver de nuevo con el estigma existente sobre la enfermedad mental ya citado anteriormente.

Al igual que la experiencia de enfermedad, el acudir al grupo de formación en habilidades psicosociales según el modelo de TDC puede interferir en mayor o menor medida en la actividad cotidiana de los adolescentes. La valoración de ello es dispar en función del perfil del adolescente; los adolescentes más responsables y de un perfil más superyoico/obsesivo valoran de forma negativa dicha interferencia y hacen sugerencias como buscar un horario que no interfiera con la actividad académica, mientras que los adolescentes de un perfil más conductual lo valoran de forma positiva ya que para ellos supone una justificación para ausentarse de la actividad académica.

La experiencia grupal siempre supone una experiencia emocional significativa y puede dibujarse como un microcosmo social al permitir adquirir técnicas muy sofisticadas como qué, cuándo, cómo intervenir ante otros. Los adolescentes describen diversos aspectos fundamentales con los que debe contar un espacio grupal para que, independientemente de la orientación, por sí solo sea de ayuda. Dichas características coinciden con los aspectos fundamentales del abordaje grupal recogidos en la bibliografía (Kaplan et al., 1996) (Yalom, 2005). Dentro del espacio grupal es de ayuda tanto lo que dicen los terapeutas como lo que dicen los compañeros. La posibilidad de ser donante y receptor de ayuda les permite la posibilidad de ganar a través de dar a otros compañeros. Muchas veces la confrontación por parte del terapeuta o por parte de un compañero es terapéutico por sí mismo, siendo ello el núcleo del trabajo grupal. En nuestra muestra los participantes valoran de forma positiva el hecho de que no se les trate como frágiles y la confrontación por parte del terapeuta o de un compañero puede resultar una herramienta de gran ayuda para abandonar posicionamientos no dialécticos o escindidos (Katsakou & Pristang, 2017). Además, el propio espacio grupal favorece las relaciones interpersonales con iguales, configurando de forma progresiva a medida que avanza la terapia la cohesión grupal, atracción que un grupo es

capaz de generar entre sus miembros (intrapersonal, interpersonal, intragrupo), lo que otorga mayor efectividad de la terapia y posibilita mayor autorrevelación de los participantes.

Otra de las características fundamentales del espacio grupal es el ambiente validante, el cual responde que cómo uno siente, cómo actúa y/o cómo se comporta tiene sentido en ese momento, aunque otra persona lo haría de otro modo. El ambiente validante dentro del espacio grupal es condición necesaria donde no hay cabida para el estigma, definiendo un ambiente no sentencioso como una cualidad de gran ayuda terapéutica (McSherry et al., 2012). Los adolescentes subrayan la importancia de elegir a la persona y el lugar adecuado para que la evacuación del malestar a través de la palabra sea un mecanismo adaptativo de ayuda; ellos lo tienen muy claro, no sirve cualquier persona ni cualquier lugar ya que muchos cuentan con la experiencia de vivencias en entornos poco validantes o invalidantes. En algún caso la espera con ansia de que llegue el día del grupo le da un toque dulce al bienestar que les genera la evacuación del malestar a través de la palabra en el entorno grupal. En relación con ello, debemos tener en cuenta que la validación es uno de los pilares fundamentales en la TDC, donde el terapeuta se esforzará en transmitir a los pacientes que sus respuestas tienen sentido en su contexto y para ello mostrará un interés genuino por el paciente, manifestando interés y reflexión sobre sus experiencias (Linehan, 1993a, 1993b) (Rathus & Miller, 2002) (Miller et al., 2006) (Rathus & Miller, 2015).

Los participantes de la presente investigación señalan que la homogeneidad en el grupo, sobre todo cuando los participantes presentan sintomatología TCA, tiene efecto perjudicial por la influencia bidireccional de la sintomatología propia en los demás y de la sintomatología de los demás en uno mismo. Para ellos son menos estigmatizantes los grupos heterogéneos (*“tenemos en común la edad y un problema en este momento de la vida” o “somos adolescentes sufrientes y es el sufrimiento lo que nos une”*) que los homogéneos los cuales favorecerían más la identidad de enfermedad. Además, no debemos olvidar que el espacio grupal reproduce la vida y en la vida hay heterogeneidad, siendo el grupo un “ensayo general” de la vida donde a su vez el conflicto va a aparecer siempre. No les importa compartir un espacio con adolescentes que presenten problemáticas diferentes a las suyas (McSherry et al., 2012). Resaltan que en lo que se diferencia la dinámica grupal del abordaje individual es tanto en los aspectos positivos que puedes incorporar a tu propio repertorio,

como en lo que te pueden llegar a enseñar los aspectos negativos de los compañeros. En la dinámica grupal el primer fenómeno que tiene lugar es la identificación con algún compañero del grupo y en un segundo lugar, al plantearse el modo de resolver un problema que se les presenta, toman la experiencia del compañero con quien se han identificado. Nuestros adolescentes explican *“no lo voy a hacer como [...] porque ya he visto que así no le ha funcionado”*, en esta sucesión de fenómenos ya se está viendo el efecto de la terapia. Por tanto, el proceso de identificación que surge en el espacio grupal puede tener consecuencias positivas (*“el modo en el que veo que mi compañero resuelve sus problemas no lo quiero copiar porque no soluciona, es decir, su conducta me refleja lo que yo no quiero hacer”*) o consecuencias negativas con incorporación de mecanismos desadaptativos compensatorios de los demás llegando a normalizar las conductas desadaptativas compensatorias ajenas e incorporarlas al propio repertorio.

Como característica diferenciadora del grupo de formación en habilidades psicosociales según el modelo TDC, los adolescentes destacan la dinámica participativa del grupo en comparación con otras terapias grupales a las que habían asistido previamente (Perseius et al., 2003). Dicha característica la relacionan con el interés genuino de ayuda por parte del terapeuta, característica fundamental de los terapeutas TDC ya mencionada con anterioridad (Cunningham et al., 2004). El terapeuta tiene diversas tareas en el abordaje grupal manteniendo su postura de interés, aceptación, empatía y autenticidad entre las que se encuentra la creación y mantenimiento del grupo, la activación e iluminación del aquí y el ahora, y la construcción de la cultura grupal (Araminta, 2000). El terapeuta debe ayudar a los pacientes a usar el pasado para entender mejor el presente, ya que el pasado es un medio para entender y cambiar el modo de relacionarse con los demás en el presente. Del mismo modo, es función de éste el hecho de convertir el grupo en un sistema social terapéutico donde se promueve una interacción grupal efectiva y a la vez es un espacio donde se garantiza seguridad y apoyo pese a que el conflicto aparezca siempre y los miembros deban tolerar la tensión inevitable.

En resumen, la cohesión grupal y el ambiente validante son dos de las cualidades que subrayan los adolescentes de nuestro estudio dentro del espacio grupal, dándole incluso el matiz de terapéuticas por sí solas. Además, no debemos olvidar que la experiencia grupal

ocupa mucho más espacio psicológico que la duración propia de las sesiones, el paciente continúa en dicha experiencia una vez que la sesión ha finalizado.

En lo que respecta al contenido que se aborda en el grupo, los participantes de nuestro estudio no dan importancia a los deberes en lo que respecta a la efectividad de la terapia, no ligan la utilidad de los deberes con la generalización de las habilidades que aprenden en el grupo. Los resultados de las investigaciones de naturaleza cuantitativa que se han llevado a cabo con el fin de determinar la asociación entre la práctica o el uso de habilidades y la mejoría clínica, señalan la importancia del uso de habilidades como mediador de éxito terapéutico, pero no señalan el papel del cumplimiento de los deberes en ello (Neacsiu et al., 2010) (Stepp et al., 2008). Nuestros jóvenes viven con poca relevancia las tareas para casa, no le dan de forma clara un valor positivo ni negativo, es como si se tratara de la parte menos importante dentro del aprendizaje de habilidades pese a la insistencia por parte de los terapeutas. Impresiona que pudieran estar reproduciendo un comportamiento de fuera de la terapia. Ellos no objetivan que la función de cumplimentar los deberes sea para darse cuenta de los propios procesos mentales, e impresionan que pudieran estar replicando la misma actitud que con los deberes del ámbito académico, siendo la obligación la premisa fundamental para su cumplimiento. Si el perfil del adolescente que participa en el grupo es internalizante (desregulación emocional) puede llegar a valorar de forma más positiva las tareas para casa, mientras que si presenta un perfil externalizante (impulsividad + desregulación emocional) la valoración de dichas tareas es negativa. Esta observación nos puede llevar a la reflexión sobre si es dialéctico nuestro planteamiento como terapeutas TDC, *“¿puede un adolescente pasar de la impulsividad a cumplir semanalmente con la hoja de control diario y con los deberes?”*. Quizás deberíamos partir de tres premisas al plantearle al adolescente el cumplimiento de los deberes: *“sé que es difícil”, “se necesita tu participación”, “creo que es posible que lo consigas”*. Todo ello sería la base de la dialéctica -aceptación y cambio- sin olvidarnos del ingrediente fundamental en la TDC, la validación.

Sin embargo, las habilidades psicosociales son bien valoradas por los adolescentes, hablan de ellas con cierto cariño, a diferencia de los deberes. Podríamos decir que ellos establecen la siguiente relación *“tú me enseñas: yo cambio”*, en lugar del mensaje que los terapeutas pretendemos que interioricen *“tú me enseñas: yo practico: yo cambio”*. Ellos no comparten

nuestra visión, nosotros insistimos que es necesaria la práctica para que las habilidades salgan y su uso se generalice en los diversos ámbitos de su funcionamiento.

El material más recordado y valorado por nuestros jóvenes atendiendo al número de menciones que hacen es, en primer lugar *HBC* (mindfulness), en segundo lugar *HTM*, en tercer lugar *HRE*, y por último *HEI*. Los datos reportados por los jóvenes de la presente investigación en lo que respecta a las habilidades más valoradas, habilidades orientadas a la aceptación (*HBC* y *HTM*), coinciden con los resultados de investigaciones realizadas con anterioridad (Lindenboim et al, 2007) (Soler, 2012) (Feliu-soler et al., 2014) (Soler et al., 2016) (Elices et al., *in press*) (Fresco et al., 2007) (Cunningham et al., 2004) (McSherry et al., 2012).

Sin embargo, los participantes de nuestro estudio no mencionan el módulo de *Avanzando por el Camino del Medio*, siendo este módulo específicamente desarrollado en el momento inicial para adolescentes y sus padres en la adaptación de la TDC para población adolescente (Rathus & Miller, 2002).

Asimismo, al hablar del material que se les proporciona, señalan la relevancia de las imágenes para el aprendizaje de las habilidades psicosociales que a su vez coincide con la importancia que le otorgan a las *HBC* (*los tres círculos se refieren a los tres estados mentales: mente sabia, mente racional, mente emocional*). Es importante señalar como el modelo TDC se sustenta en el mindfulness y a su vez esto coincide con el grupo de habilidades más valorado por los adolescentes como hemos mencionado anteriormente.

Los adolescentes que participan en la presente investigación aseguran que la generalización de las habilidades de forma “no consciente” tiene lugar cuando la situación no tiene excesiva carga emocional porque la emoción no les invade, pueden actuar desde mente sabia y las habilidades “salen solas” (Cunningham et al., 2004). Sin embargo, si la situación tiene mucha carga emocional la aplicación “no consciente” de las habilidades es más difícil porque cuesta más ponerlas en práctica cuando uno se encuentra en un estado de mente emocional. Ellos aseguran que en descontroles muy intensos, donde predomina una intensa desregulación emocional, las habilidades psicosociales aprendidas en el grupo funcionan aunque cueste más ponerlas en práctica.

Sin embargo, pese a ir familiarizándose con el contenido, reconocerlo como herramienta de ayuda e incluso hablar con cierto afecto de las habilidades, los adolescentes de nuestra investigación en general no transmiten en su discurso una valoración positiva del formato (fichas, deberes) en el que se da el material. Ellos sí aprenden el contenido (las habilidades) del grupo, aunque no subrayan la utilidad del formato/contenedor (*"tipo colegio"*) de ayuda.

Otro ingrediente fundamental de la terapia es la relación con los compañeros del grupo. Al principio no se entienden a ellos mismos ni entienden a sus compañeros, y al finalizar el grupo son capaces de darle un sentido a lo que les pasaba a ellos y de entender mejor a los compañeros. Nuestros jóvenes destacan el apoyo y la comprensión de sus compañeros como aspectos positivos de la relación que establecen con ellos identificándose con el sufrimiento que presentan. Destacan el fenómeno de universalización como de gran ayuda en lo que respecta a la relación que establecen con los compañeros de la terapia grupal ya que suele ser habitual la sensación de soledad, de ser el único en el sufrimiento (McSherry et al., 2012). Al comenzar el grupo y comprobar que esto no es así les proporciona por sí mismo gran fuente de alivio. Sin embargo, compartir una experiencia tan intensa como el sufrimiento puede dejar huella en los adolescentes y tras su paso por la experiencia grupal señalan que el hecho de confundir la relación que establecen con un compañero del grupo con una relación de amistad verdadera puede tener un efecto perjudicial para ellos. Ellos aseguran que el espacio grupal promueve las relaciones interpersonales y la mayoría de ellos cuentan con dificultades para establecer y mantener relaciones significativas. Nuestros adolescentes matizan que las relaciones que se establecen con los compañeros son diferentes a las relaciones de amistad, son más superficiales y temporales. Quizás la mejora en la actividad reflexiva tras su paso por el grupo les hace que pesen más los aspectos negativos de dichas relaciones, son más capaces de observar los aspectos negativos y describirlos. Sin embargo, cuando abordan esta temática no hay elevada carga de angustia en su discurso a diferencia de lo que podríamos esperar en pacientes con diagnóstico de TLP, los cuales presentan intolerancia al abandono. Ello podría justificarse teniendo en cuenta que la muestra de adolescentes que participan en este trabajo presenta crisis de identidad mayoritariamente pero no son TLP bien estructurados en los que se apreciaría angustia de abandono al abordar las relaciones interpersonales que se establecieron dentro de la dinámica grupal.

Los jóvenes que han pasado por la experiencia grupal de formación en habilidades psicosociales según el modelo de TDC que participan en nuestro estudio señalan que el conocer a los compañeros de terapia antes de iniciar el grupo es negativo, fundamentalmente por temor a la no confidencialidad. Impresiona que ellos no hacen el mismo uso del espacio grupal si conocen a los compañeros previamente a la terapia (del colegio, de donde viven...), ya que temen que éstos puedan transferir del grupo al entorno o del entorno al grupo información relevante de sus vidas y que ello pueda hacerles daño. Estos datos apoyan la relevancia que cobra el grupo de iguales en la adolescencia, las relaciones con iguales desempeñan un papel relevante en el crecimiento y desarrollo del adolescente ante la necesidad de intimidad personal (Sullivan, 1953). Ellos subrayan la importancia de hacer una correcta selección terapéutica de los participantes del grupo, lo que puede ser tomado como una llamada de atención hacia los terapeutas que realizan dicha selección ya que una selección incorrecta de los participantes que configuran el grupo podría tener un efecto perjudicial en otros participantes.

Los sujetos que han participado en el grupo de formación en habilidades según el modelo de TDC que participan en el presente trabajo, valoran de forma positiva las normas que se establecen inicialmente y que en la primera sesión aceptan algunas de ellas con cierta reticencia. Finalmente, ellos entienden la utilidad de las mismas para regular la comunicación fuera del grupo e incluso son ellos mismos los que tras finalizar el grupo penalizan las relaciones fuera de la terapia, y señalan el daño que pueden provocar las nuevas tecnologías de cara a la comunicación fuera del grupo (WhatsApp, Instagram...) donde no está el terapeuta para regularla.

Como hemos descrito anteriormente, las dificultades que presenta el joven para experimentar y regular las emociones que siente puede llevarle a intentar regular estados emocionales insoportables a través de su conducta cuando no es capaz de darle un manejo adaptativo o el entorno no lo favorece. Cuando no desarrollan estrategias para la gestión adaptativa de las emociones dolorosas puede estar en riesgo de presentar problemas de salud mental (Steinberg et al., 2006). Uno de los aspectos negativos que señalan los adolescentes en lo que respecta a la relación que establecen con los compañeros de la terapia es la influencia de la sintomatología de los demás en uno mismo al igual que la influencia de la sintomatología propia en los demás, insistiendo una vez más en la relevancia

que cobra el grupo de iguales en este momento evolutivo. Mayoritariamente coinciden en que si estás emocionalmente más cargado y no hay motivación para el cambio *“imitas más”, “copias más”,* incorporando los mecanismos desadaptativos que utilizan los demás para canalizar su malestar, sobre todo conductas impulsivas. Se puede llegar a normalizar las conductas disruptivas de los compañeros ya que desde mente emocional es más fácil llegar a la identificación no mentalizada y entonces actuarla. La sintomatología con la que más mimetizan los participantes de nuestra investigación es la sintomatología TCA, no comer para ver quién es el más fuerte como si de una competición se tratase. Sin embargo, las autolesiones no es un tipo de sintomatología que se imite ya que todos tienen en común la experiencia de autolesionarse antes de iniciar la terapia grupal. Además, en los relatos de los jóvenes sobre los cortes o las autolesiones no se objetiva afecto alguno, predominando la racionalización como un posible mecanismo de defensa con el fin de no revivir la experiencia dolorosa del pasado. Por tanto, la muestra del presente trabajo de investigación está compuesta por adolescentes muy desregulados a nivel emocional que no aluden de forma espontánea a las autolesiones con una evitación activa de dicha temática, y cuando aluden lo hacen sin componente afectivo añadido haciendo uso de la racionalización. Todo ello apunta a que pudiera ser una evitación activa de un tema muy doloroso para ellos, con un recuerdo casi traumático de una época de su vida pasada.

4. RESULTADOS DE LA TERAPIA

Los adolescentes de nuestra investigación valoran de forma positiva la efectividad de la terapia, resultados similares a los reportados en investigaciones previas (Araminta, 2000) (Perseus et al., 2003) (Cunningham et al., 2004) (Nelson-Grey et al., 2006) (Soler et al., 2009) (Neacsiu et al., 2014) (Valentine et al., 2015) (Linehan et al., 2015) (Vickers, 2016) (Katsakou & Pistrang, 2017). Ellos incluso sugieren la utilidad de las habilidades psicosociales según el modelo de TDC para población sana ya que consideran que puede ser una herramienta de ayuda para enfrentar acontecimientos difíciles de la vida (McSherry et al., 2012).

La efectividad de la terapia que los jóvenes confirman en sus relatos está unida al factor tiempo y a la temporalidad, dato que ya había sido reportado en un estudio previo (Stepp et al., 2008). Ellos refieren que a medida que avanza la terapia van apreciando la mejoría, la mejoría se va forjando a lo largo del tiempo. Además, esa mejoría que objetivan se mantiene durante un tiempo, no es para siempre, lo que trasluce una visión muy realista y de sosiego por parte del adolescente.

Ellos objetivan un cambio en la manera de pensar tras finalizar el grupo, que les lleva a repensar su vida e incluso dar un sentido y teorizar sobre las dificultades que presentaron en el pasado. Dicho cambio en la manera de pensar se asienta en un incremento de la capacidad de reflexión, o desde la perspectiva de la TBM incremento de la capacidad de mentalización o función reflexiva (Bateman & Fonagy, 2009), lo que disminuye la impulsividad y la desregulación emocional (Perseus et al., 2003). Es decir, desde una visión psicoanalítica, donde estaba el ello que esté el yo y donde estaban las pulsiones que haya pensamiento. Los adolescentes de nuestra muestra no describen cómo acontece ese cambio, incluso la sugerencia que realizan a través de su relato es *“date tiempo, deja las habilidades que has aprendido ahí, deja que se asienten y luego saldrán solas en mayor o menor medida”*. Por tanto, la formación en habilidades psicosociales según el modelo TDC es eficaz para el tratamiento de patologías con un alto predominio de desregulación emocional.

Los participantes de nuestra investigación presentan una visión realista de la mejoría que experimentan tras su paso por el grupo, aseguran que persisten dificultades para la generalización de las habilidades en determinadas situaciones, sobre todo en las de elevada carga emocional donde la utilización de la *mente sabia (HBC)* es más difícil. A algunos de

ellos la persistencia de dichas dificultades les ha incitado a abandonar el grupo de licenciados/graduados y no llegar a finalizar el tratamiento completo.

Como se ha descrito anteriormente en la investigación que nos ocupa las habilidades de mindfulness son el grupo de habilidades más valoradas por los adolescentes. Estos datos coinciden con los publicados en trabajos previos (Cunninghan et al., 2004) (McSherry et al., 2012) (Feliu-soler et al., 2014) (Soler et al., 2012) (Soler et al., 2016) donde además relacionan dicho grupo de habilidades con la mejora de la impulsividad, así como con el aumento significativo de la capacidad de “decentering”, definida como la habilidad de tomar distancia de los contenidos mentales, observándolos como fenómenos de la mente (Fresco et al., 2007). En este sentido, los datos apuntan a que el mindfulness facilitaría una postura menos reactiva y más reflexiva, permitiendo que el individuo responda a las demandas ambientales en lugar de actuar de forma impulsiva y desregulada (Shapiro et al., 2006). La preferencia por el mindfulness en lugar de por habilidades de efectividad interpersonal podría explicarse desde la perspectiva de un adolescente que ante un problema interpersonal opta por habilidades mindfulness orientadas a aceptar la situación o las características personales de la otra persona en lugar de aplicar directamente habilidades de efectividad interpersonal. Sin embargo, pese a ser el grupo de habilidades más valoradas y uno de los pilares donde se asienta la TDC, los sujetos de nuestra muestra señalan la dificultad que entraña en ocasiones su generalización en diferentes situaciones cotidianas. La mayoría de ellos se centran en la imposibilidad para incluir en el propio repertorio la habilidad *¿cómo?, no juzgar*, no diferenciando la descripción y el juicio. Muchos de ellos señalan que *“no juzgar es imposible”*, lo que se trataría de un pensamiento no dialéctico, mientras que *“no juzgar es difícil y tengo que esforzarme para conseguirlo”* sería un posicionamiento más dialéctico. Pese a las dificultades que encuentran para la generalización de las habilidades aprendidas en situaciones de elevada carga emocional, ellos expresan abiertamente su preferencia por el grupo de habilidades de aceptación (*HBC - mindfulness + HTM*) sobre el grupo de habilidades de cambio (*HRE + HEI*).

La formación en habilidades psicosociales es el componente conductual de la terapia, pero los participantes de nuestro estudio aseguran en sus relatos que la terapia a la vez les ayuda a comprender lo que les está pasando, y el adolescente se moviliza de *“solo sé yo lo que me*

pasa” (incuestionable) a *“los demás opinan sobre lo que me pasa y a mí me sirve para entenderme más”*(cuestionable).

Los jóvenes señalan la necesidad de que exista motivación para el cambio de cara a valorar la efectividad de la terapia, se trata de una decisión personal. El papel de los objetivos vitales y los autorrefuerzos son factores que pueden ir a favor de promover esa motivación para el cambio, son factores de protección, *“yo decido el cambio y lo decido porque tengo objetivos saludables en la vida (por ejemplo estudiar y conseguir entrar en la universidad que siempre había soñado)”*. Cuando uno se decide al cambio, las habilidades que se aprenden en el grupo funcionan y el mundo real es el escenario para ponerlas en marcha porque es en él donde surgen las dificultades (Hodgetts et al., 2007).

Ellos son capaces de *“observar” (HBC)* diversos cambios en su funcionamiento mental tras la experiencia grupal y así lo manifiestan en su discurso, hacen mayor uso de un pensamiento dialéctico, mejora la actividad reflexiva lo que les permite asentar y aceptar ciertos aspectos del tratamiento. Los participantes de nuestra investigación que antes de iniciar el grupo presentan un perfil mayoritariamente impulsivo, aseguran que el tiempo es necesario para poder valorar la efectividad de una terapia, no es una herramienta terapéutica que produce un efecto inmediato. Incluso algunos de ellos afirman que es necesario esperar más tiempo de la propia duración de la terapia para poder apreciar la mejoría, como si de una semilla que hemos plantado se tratara (*la asistencia a la terapia*) y tenemos que esperar a que florezca y de sus frutos (*los cambios*). El reconocer el papel del factor temporal implica un proceso, una reflexión que previamente a la experiencia grupal no podían realizar.

Otro aspecto importante que los adolescentes del estudio señalan es que la mejora de la capacidad reflexiva les permite repensarse a ellos mismos en su experiencia de enfermedad y comprenderse mejor. Antes de su paso por el grupo predominaba la confusión psíquica, el no saber lo que les pasaba, mientras que tras su paso por el grupo pueden entenderse mejor y dar sentido a su sufrimiento señalando los comportamientos patológicos. Y por último, gracias a la mejora en la capacidad reflexiva pueden darse cuenta de que los cambios que acontecen tras la experiencia grupal no son infinitos ni permanentes, ellos son conscientes de que pueden volver a empeorar e incluso llegan a aceptar la reversibilidad del cambio (Cunningham et al., 2004).

Los jóvenes de la investigación que nos ocupa explican cómo previamente a la terapia su identidad era la enfermedad, ellos deben responder en este momento evolutivo a la pregunta “¿quién soy yo?”, ellos desean saber quiénes son y cómo son en las distintas áreas de la vida (Erikson, 1968). Consideramos que la principal tarea de esta etapa es la construcción de un nuevo sentimiento de identidad en la transición de la infancia a la adultez (Freud, 1958). El sentimiento de identidad va a requerir una sensación de suficiente coherencia interna, sin contradicciones insostenibles o vivencias de fragmentación insoportables. El compartir el espacio grupal con otros iguales que estaban pasando por una situación similar de sufrimiento les servía de alivio, gracias al fenómeno de la universalidad ya comentado anteriormente (Yalom, 2005). El grupo de pares es uno de los medios que de forma natural provee al adolescente de un campo de exploración donde experimentar y recibir las respuestas que necesita para su maduración. Antes de la experiencia grupal valoraban de forma positiva la identidad de grupo por el simple hecho de compartir la experiencia del sufrimiento. Tras su paso por el grupo ya no la necesitan y rechazan la posibilidad de compartir espacio y tiempo con personas que tienen dificultades porque no tienen nada en común con ellas, se diferencian de ellas. Ellos ahora saben lo que son y lo que no son, pueden situarse en el mundo como una persona distinta, con sus características y preferencias propias (Sandler & Freud, 1984) (McSherry et al., 2012). Muchos de los participantes de la investigación que nos ocupa antes de acudir al grupo se encontraban en una situación de crisis de identidad, la cual resulta de la discrepancia entre experiencias físicas y psicológicas que cambian con rapidez, y la brecha creciente entre la percepción de uno mismo y las experiencias de otros en las percepciones del self.

Del mismo modo tras finalizar el grupo de formación en habilidades según el modelo TDC, los adolescentes llegan incluso a rechazar las consultas de psicoterapia individual porque ya no necesitan su ayuda, “antes te necesitaba ahora ya no, puedo volar solo”. Ellos diferencian que la identidad de enferma implica ser más influenciable y precipita el establecimiento de relaciones más inestables en relación con una pobre efectividad interpersonal, mientras que cuando uno alcanza la solvencia de identidad la personalidad no es influenciable, ya que uno sabe quién es/quién no es, lo que quiere/no quiere. Todo ello acontece gracias a una identidad integrada que es flexible y adaptable, que le permite entablar relaciones gratificantes y satisfactorias a la par que establecer relaciones íntimas.

Tras pasar por la experiencia grupal los jóvenes señalan una anomalía en su funcionamiento previo como es el aislamiento. La herramienta psicoterapéutica puede favorecer un cambio en la estructura psíquica (*manera de afrontar los problemas*) que implica también un cambio en las relaciones interpersonales. Los adolescentes a medida que van mejorando pasan de estar aislados socialmente a tener ganas de relacionarse, este fenómeno ellos lo señalan como un signo claro de mejoría. Durante la adolescencia, el adolescente y su entorno afrontan el reto de un acoplamiento recíproco; el fracaso de este reto puede dar como consecuencia el aislamiento del adolescente, construyendo muchos de ellos un “ciberespacio” sustitutivo para relacionarse con el mundo exterior sin exponerse en lo real.

Una vez finalizado el grupo, los participantes de nuestro estudio aseguran que verbalizar el malestar provoca alivio, dándole un matiz de descarga y de ayuda (Perseus et al., 2003) (Mc Sherry et al., 2012). Esa verbalización del malestar debe ser progresiva, un proceso gradual en el que se va seleccionando el material sin perder el control (*mentalización*) en una atmosfera de confianza y de seguridad (*ambiente validante*) (Bateman & Fonagy, 2009) (Choi-Kain, 2016). Estas declaraciones de los adolescentes se sustentan en los principios de la TDC, donde la relevancia de un ambiente validante propicia que la evacuación del malestar a través de la palabra sea un mecanismo adaptativo que se utilice en lugar de conductas impulsivas con matiz autodestructivo (autolesiones, consumo de tóxicos, intoxicaciones medicamentosas...) (Linehan, 1993a, 1993b). Los adolescentes de la presente investigación apuntan que muchas veces el verbalizar el malestar implica en sí mismo un movimiento de aceptación paralelo y lo relacionan con el concepto de *aceptación radical* expuesto en el módulo de *Avanzando por el Camino del Medio*.

Nuestros jóvenes aseguran que el grupo les proporciona herramientas para poder entenderse mejor, fundamentalmente con la mejora de la actividad reflexiva e incremento de la capacidad de mentalización al permitir entender el comportamiento propio y el de los otros en términos de estados mentales (Fonagy et al., 1991), integrando la capacidad de contener, regular, y dar sentido a las emociones (Slade, 2005) (Fonagy & Bateman, 2008). Los movimientos de aceptación y cambio son los que definen la dialéctica, la aceptación del propio self para planificar cambios. La dialéctica nos anima a la búsqueda constante de equilibrio entre tensiones y a la síntesis entre los opuestos, siendo fundamental el equilibrio entre aceptar la vida tal y como se nos presenta y hacer un esfuerzo por cambiar las cosas.

Nuestros adolescentes abandonan el pensamiento dicotómico y aceptan que la realidad es compleja y el cambio es la única constante (Linehan, 2015) (Rathus & Miller, 2015). Gracias a la mejora de la actividad reflexiva e incremento de la capacidad de mentalización descrita anteriormente, ellos repiensen sus comportamientos dentro de la experiencia de enfermedad y adoptan una postura más crítica; pasan de la proyección, previa a la terapia, a asumir la responsabilidad sobre sus comportamientos, tras la experiencia de la terapia. Es la autoaceptación el primer movimiento que permite mejorar la relación con uno mismo (Linehan, 1993a), (Linehan, 1993b).

Impresiona que la mejoría que los adolescentes aseguran en lo que respecta a la relación con los demás está unida a una mayor comprensión del sufrimiento tanto por parte de uno mismo como por parte del entorno, incluso aunque el entorno familiar no acuda al grupo de formación en habilidades psicosociales para familias. En los relatos de los jóvenes podemos objetivar la mejora en la función reflexiva descrita cuando realizan un esfuerzo empático, mentalizando a los padres y poniéndose en su lugar para poder entender su experiencia, lo cual cambia las diadas objetales relacionales. Los adolescentes se ponen en la piel de sus padres y realizan las reflexiones aceptando a sus padres con una visión equilibrada de ellos (*"mis padres hacen por mí lo que pueden, no lo hacen mejor porque no pueden"*) siguiendo un planteamiento y posicionamiento dialéctico.

Los adolescentes cuyos padres han acudido al grupo de formación en habilidades TDC para familias aseguran que el grupo ayuda a los padres a regularse emocionalmente (componente emocional), a mejorar la comprensión del sufrimiento de sus hijos (componente psicoeducativo), a sentirse comprendidos en el espacio terapéutico (componente social) y además les brinda herramientas para poder actuar cuando sus hijos están en crisis (componente conductual). Los jóvenes captan todo esto y a su vez, los padres captan los cambios que han tenido lugar en los hijos tras la experiencia grupal. Se mentalizan el uno al otro y se tratan de modo efectivo por lo que de forma global las relaciones entre ambos mejoran. La mejora en las relaciones con sus padres va de la mano de la mejora de la relación con uno mismo y de la mejora de la capacidad reflexiva (Perepletchikova & Goodman, 2014).

En resumen, la TDC centra su foco de atención en la desregulación emocional, pero se trabajan un amplio abanico de problemas derivados de ésta, entre ellos las relaciones

interpersonales (habilidades de efectividad interpersonal) tantas veces deterioradas en los individuos con intensa inestabilidad emocional, los problemas de conducta, la disfunción del self y las cogniciones distorsionadas. Por tanto, los resultados de la terapia se asientan en dos componentes de ésta que actúan en paralelo:

- a) cambios intrapsíquicos (*procesos mentales*)
- b) habilidades (*pautas conductuales*): *habilidades de aceptación (HBC + HTM)* y *habilidades de cambio (HRE + HEI)*. El mindfulness les permite darse cuenta de lo que sucede con atención plena, las HRE permiten repensar situaciones del pasado y las HEI ayudan a tener una representación propia y del otro. Todo ello lleva a la reflexión añadiendo dos ingredientes fundamentales, la validación y la dialéctica.

5. SÍNTESIS DE LOS HALLAZGOS FUNDAMENTALES DEL ESTUDIO

Los contenidos del lenguaje no forman parte de los objetos de estudio cuantificables, por lo que estas conclusiones no ofrecen resultados estadísticamente significativos, sino que están elaboradas a partir del discurso de los pacientes e incluyen: la experiencia de enfermedad de los adolescentes con trastornos de conducta, la motivación que presentan para acudir a la terapia grupal y el modo en la que ésta evoluciona con el tiempo, la experiencia de participar en el grupo de formación en habilidades psicosociales según el modelo de TDC, los resultados o cambios que ellos pueden objetivar tras su paso por la terapia y la valoración propia de esta herramienta psicoterapéutica.

- *EXPERIENCIA DE ENFERMEDAD*

El discurso de los adolescentes revela como aspecto nuclear dentro de la experiencia de enfermedad las dificultades que presentan para regular las emociones que sienten. El bloqueo de la comunicación o el fallo de un mecanismo desadaptativo como la contención emocional, puede dar lugar en un segundo tiempo a la aparición de trastornos de ánimo, trastornos de conducta y conductas autodestructivas (autolesiones). Es la impulsividad y el consiguiente manejo desadaptativo del malestar que sienten lo que en ocasiones les lleva al descontrol conductual, utilizando la conducta como un modo de regular las emociones con un matiz autodestructivo. La gran parte de los participantes del presente trabajo cuentan con la experiencia de un ingreso hospitalario en una UHPIJ. Los participantes de nuestra investigación señalan la presencia frecuente de sintomatología TCA comórbida a la desregulación emocional y la impulsividad.

Los jóvenes de nuestra muestra describen a través de sus narrativas como problemática identitaria el sentirse diferente a los iguales que les rodean. Las vivencias de exclusión y los sentimientos de soledad hacen que los adolescentes presenten autoconceptos muy pobres y devaluados. Otro aspecto dentro de la experiencia de enfermedad que se objetiva en su discurso es la problemática que presentan en las relaciones interpersonales tanto con iguales como con familia por vivencias de perjuicio y sentimientos de soledad fundamentalmente. Tras su paso por la experiencia grupal según el modelo de TDC, ellos son

capaces de ver cómo su propia problemática repercute y deteriora la relación que mantienen otros entre sí, sintiéndose responsables de ello.

Los adolescentes transmiten a través de su discurso que la sintomatología descrita repercute de forma directa en su funcionamiento global (ámbito social, familiar y escolar).

La mayoría de los sujetos de la presente investigación no presentaban conciencia de problema previamente a su paso por la experiencia grupal. En ocasiones, el adolescente proyecta la responsabilidad del malestar que siente en el entorno, siendo frecuente que oculte la sintomatología y opte por la negación del problema. Según sus narrativas, la ausencia de conciencia de problema dificulta la adherencia a un programa de tratamiento. Del mismo modo, ellos afirman que el entorno responde a su problemática de forma variopinta, siendo en ocasiones un elemento de ayuda y en otras un elemento problemático, sobre todo en los casos que existen entornos invalidantes o donde el estigma sobre la enfermedad mental está muy presente.

- *MOTIVACIÓN PARA LA TERAPIA*

La mayoría de los adolescentes del presente estudio carecen de expectativas pregrupo y se trasluce en ellos cierta confusión que coincide con el no saber lo que les estaba pasando a ellos mismos en aquel momento y cuál era la finalidad de la terapia grupal. Sin embargo, tras su paso por la experiencia grupal, ellos subrayan la importancia de que el grupo de formación en habilidades psicosociales según el modelo de TDC tenga lugar en el momento adecuado de la evolución de la enfermedad para un mejor aprovechamiento y mejores resultados.

Los participantes del estudio señalan la motivación propia para el tratamiento como factor fundamental para la efectividad de la terapia. En ocasiones la motivación propia para el cambio surge en un segundo tiempo, actuando el entorno con sus propias técnicas motivacionales en un primer lugar; el adolescente acude al grupo incitado por su entorno y posteriormente gracias al componente motivacional de la TDC adquiere motivación propia e implicación activa en el tratamiento. La gran mayoría de los adolescentes reconocen en sus narrativas la resistencia al cambio o a recibir ayuda como denominador común en algún momento dentro de la experiencia de enfermedad. Ellos aseguran que este factor es

inversamente proporcional a la efectividad de la terapia, sin motivación para el cambio la terapia no funciona.

Atendiendo a su discurso, plantean el grado de asistencia al grupo como parámetro objetivo de cara a valorar la motivación para la terapia. Sugieren que las faltas de asistencia a la terapia grupal revelan ausencia de motivación para el cambio y la ausencia de faltas trasluce motivación para el cambio e implicación activa en la terapia, la cual les brinda la experiencia de control sobre sus propias vidas.

- *EXPERIENCIA DE LA TERAPIA*

Para los adolescentes de la investigación que nos ocupa, el espacio grupal está dotado de unas características que valoran de forma positiva. La dinámica participativa dentro de un espacio validante en el que se facilita la evacuación del malestar a través de la palabra y se favorecen las relaciones interpersonales proporciona el apoyo que precisan. Ellos señalan que resulta de utilidad no solo lo que dicen los terapeutas, también lo que dicen los compañeros teniendo ello en sí mismo un efecto terapéutico. Dichos participantes expresan su preferencia por grupos psicopatológicamente heterogéneos. La relación con los compañeros les sirve a los adolescentes de nuestro estudio como instrumento de medida para valorar la gravedad propia. Ellos destacan aspectos positivos de esta relación como el apoyo y la universalización. A la vez señalan aspectos perjudiciales como las relaciones pregrupo, el incumplimiento de las normas, la influencia bidireccional de la sintomatología y las relaciones fuera del espacio grupal. Los sujetos de nuestra investigación aseguran que la relación con los terapeutas conductores del grupo mejora con el factor temporal. Gran parte de ellos tiene unas expectativas negativas iniciales llegando a idealizar a los terapeutas tras la experiencia grupal. Subrayan la necesidad de su presencia para regular la comunicación con los compañeros de terapia. El reconocimiento de lo mental, la confianza que transmiten, su interés genuino de ayuda y el refuerzo positivo son las características que nuestros adolescentes califican de forma positiva y de gran ayuda.

En lo que respecta al contenido del grupo, los adolescentes subrayan la importancia de las imágenes de cara a una mejor comprensión del material en el aprendizaje de las habilidades psicosociales que se abordan en el espacio grupal. Las habilidades más recordadas para nuestra muestra son habilidades básicas de conciencia, habilidades de tolerancia al malestar y habilidades de regulación de las emociones.

Los participantes del presente trabajo de investigación no ven de utilidad la función de los deberes de cara a facilitar la generalización de las habilidades en la vida real pese a la insistencia de los terapeutas. Ellos reconocen que la generalización de las habilidades se hace de modo no consciente cuando la situación no presenta elevada carga emocional, sin embargo, la generalización de las habilidades se tiende a hacer de un modo consciente cuando la situación presenta una elevada carga emocional.

La asistencia al grupo de formación en habilidades psicosociales (TDC) puede repercutir en la actividad cotidiana del adolescente como por ejemplo en la actividad académica.

Las narrativas de nuestros jóvenes revelan que la ocultación del tratamiento y por consiguiente de la enfermedad no solo es propio de ellos, también sus padres, que deciden no contarle a su familia extensa en probable relación con el estigma sobre la enfermedad mental.

- *RESULTADOS DE LA TERAPIA*

Los participantes del presente estudio valoran de forma positiva los resultados de la terapia. Para ellos tiene el efecto beneficioso surge con el paso del tiempo, y a su vez dura un tiempo siendo conscientes de la reversibilidad del cambio. Del mismo modo, tienen una visión realista en lo que respecta a los resultados, se trata de una mejoría parcial, hay ciertos aspectos que todavía se pueden mejorar. Ellos señalan que para que las habilidades funcionen es imprescindible que exista motivación propia para el cambio.

El grupo de formación en habilidades psicosociales (TDC) ayuda al adolescente a entender su propio sufrimiento ya que le brinda conocimiento sobre su enfermedad. Los adolescentes aseguran que el conocimiento de las habilidades psicosociales según el modelo TDC les ofrece pautas conductuales que pueden ser de ayuda en situaciones de crisis, e impresiona que paralelamente se producen cambios intrapsíquicos de diferentes procesos mentales como mejora de la actividad reflexiva entre otros.

Los participantes del estudio que nos ocupa cuyas familias han participado en el grupo de formación en habilidades psicosociales para familias, realizan una valoración muy positiva de este componente del tratamiento, ya que puede contribuir a la mejora propia del adolescente. Dicho espacio grupal proporciona a los familiares, en contacto directo con el adolescente, un espacio para compartir su experiencia de sufrimiento con otros familiares,

DISCUSIÓN

les ayuda a comprender las dificultades del adolescente y adquieren pautas conductuales que además de ayudar a sus hijos en situaciones de crisis, les ayuda a evacuar su propio malestar de una forma más adaptativa. Este componente de la TDC mejora las relaciones de los familiares que acuden al grupo con los adolescentes, lo que a su vez contribuye en la mejoría del adolescente.

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El tamaño muestral de nuestro trabajo, al igual que en otras investigaciones cualitativas previas (Angermeyer et al., 2001) (Carrick et al., 2004), es muy pequeño si lo comparamos con estudios de índole cuantitativa. Esto podría considerarse una limitación a priori, si no fuera porque es un hecho inherente a la metodología empleada tal y como sugieren Munárriz y Sanjuán en 2001. Así, se ha explicitado en el apartado de material y método que los informantes son seleccionados (no aleatorios) y el número de participantes se rige por un criterio de saturación de la información. A su vez, debemos tener en cuenta que el proceso de transcribir, analizar el contenido y categorizarlo, es muy costoso.

La elección de la técnica de grupos focales en nuestro estudio, como lo han hecho otros autores (González Torres et al., 2004), se ve justificada por ofrecer un ámbito más cercano a situaciones vitales cotidianas, beneficiarse de las reflexiones que surgen de la interacción entre pacientes y permitir al investigador observar la influencia entre individuos en dinámicas grupales, que a su vez coincide con el tipo de abordaje del componente de TDC analizado. Sin embargo, esta metodología cuenta con sus limitaciones. Entre ellas, destacar la dificultad que supone para los participantes expresar su intimidad. A su vez, la interacción entre los mismos puede favorecer la inhibición de pacientes más pasivos, cuyas opiniones pasan a su segundo plano bajo el eco de los que adquieren mayor protagonismo. Del mismo modo, se trata de un sesgo el que desconozcamos el motivo por el que un número escaso de pacientes optaron por no asistir a la cita grupal pese haber firmado el consentimiento informado en la entrevista previa; una posibilidad sería que dichas personas tengan algún tipo de resistencia a compartir su experiencia subjetiva sobre la herramienta psicoterapéutica analizada, la cual podría haber sido de interés para la presente investigación.

La investigación cualitativa conlleva dificultades en relación a la generalización de resultados. Las aportaciones de este estudio, serían pues únicamente aplicables a situaciones similares a todos los niveles.

Por último, no debemos olvidar que el discurso sobre cualquier aspecto de la realidad está condicionado por el contexto semántico en el que un individuo se encuentra y en el que ha crecido (Berger & Luckmann, 1968).

CONCLUSIONES

- **EXPERIENCIA DE ENFERMEDAD**

-El discurso de los adolescentes revela como aspecto fundamental dentro de la experiencia de enfermedad las dificultades que presentan para la regulación emocional.

-El bloqueo de la comunicación o el fallo de un mecanismo desadaptativo como la contención emocional, puede dar lugar en un segundo tiempo a la aparición de trastornos de ánimo, trastornos de conducta y conductas autodestructivas (autolesiones).

-Los adolescentes transmiten a través de su discurso que la sintomatología descrita repercute de forma directa en su funcionamiento global (social, familiar y escolar).

-Los participantes del estudio afirman que el entorno responde a su problemática de forma variopinta, siendo en ocasiones un elemento de ayuda y en otras un elemento problemático, sobre todo en los casos que existen entornos invalidantes o donde el estigma sobre la enfermedad mental está muy presente.

- **MOTIVACIÓN PARA LA TERAPIA**

-La mayoría de los jóvenes de la presente investigación carecen de expectativas pregrupo y se trasluce en ellos cierta confusión que coincide con el no saber lo que les estaba pasando a ellos mismos antes de participar en la terapia grupal y cuál era la finalidad de ésta.

-Ellos señalan que la motivación propia para el tratamiento es el factor fundamental para la efectividad de la terapia. En ocasiones la motivación propia para el cambio surge en un segundo tiempo. El adolescente acude al grupo incitado por su entorno y posteriormente gracias al componente motivacional de la TDC adquiere motivación propia e implicación activa en el tratamiento.

- **EXPERIENCIA DE LA TERAPIA**

-Para los adolescentes del presente estudio, la dinámica participativa y el ambiente validante son características fundamentales del espacio grupal donde se facilita la evacuación del malestar a través de la palabra y se favorecen las relaciones interpersonales.

-Dichos participantes expresan su preferencia por grupos psicopatológicamente heterogéneos.

-La relación con los compañeros les sirve a los adolescentes como instrumento de medida para valorar la gravedad propia.

CONCLUSIONES

-La figura del terapeuta es necesaria para regular la comunicación con los compañeros de terapia. El reconocimiento de lo mental, su interés genuino de ayuda y el refuerzo positivo son las características que nuestros adolescentes califican de forma positiva y de gran ayuda.

-En lo que respecta al contenido del grupo, los adolescentes subrayan la importancia de las imágenes de cara a una mejor comprensión del material en el aprendizaje de las habilidades psicosociales. Las habilidades más recordadas para nuestra muestra son habilidades básicas de conciencia, habilidades de tolerancia al malestar y habilidades de regulación de las emociones.

-Los participantes del presente trabajo de investigación no ven de utilidad la función de los deberes de cara a facilitar la generalización de las habilidades en la vida real pese a la insistencia de los terapeutas.

-Las narrativas de nuestros jóvenes revelan que la ocultación del tratamiento y por consiguiente de la enfermedad no solo es propio de ellos, también sus padres, que deciden no contarle a su familia extensa en probable relación con el estigma sobre la enfermedad mental.

• RESULTADOS DE LA TERAPIA

-Los participantes del presente estudio valoran de forma positiva los resultados de la terapia.

-Para ellos tiene el efecto beneficioso surge con el paso del tiempo, y a su vez dura un tiempo siendo conscientes de la reversibilidad del cambio. Del mismo modo, tienen una visión realista en lo que respecta a los resultados, se trata de una mejoría parcial, hay ciertos aspectos que todavía se pueden mejorar.

-El grupo de formación en habilidades psicosociales (TDC) ayuda al adolescente a entender su propio sufrimiento ya que le brinda conocimiento sobre su enfermedad.

-Los adolescentes aseguran que el conocimiento de las habilidades psicosociales según el modelo TDC les ofrece pautas conductuales que pueden ser de ayuda en situaciones de crisis, e impresiona que paralelamente se producen cambios intrapsíquicos de diferentes procesos mentales como mejora de la actividad reflexiva entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

-
- Aberastury, A., Dornbusch, A., Goldstein, N., Knobel, M., Rosenthal, G., & Salas, E. (1979). Duelo por el cuerpo, la identidad infantil y los padres infantiles. En: Rascovsky, A., Liberman, D. *Psicoanálisis de la manía y la psicopatía* (pp. 339-348). Buenos Aires: Paidós.
- Abravanel, B. T., & Sinha, R. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between lifetime cumulative adversity and depressive symptomatology. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 89-96. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.11.012
- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1991c). *Manual for the Youth Self Report and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983.
- Alsaker, F. D. (1992). Pubertal timing, overweight, and psychological adjustment. *Journal of Early Adolescence*, 12, 396-419.
- Alsaker, F. D. (1995). Timing of puberty and reactions to pubertal changes. En M. Rutter (Ed.), *Psychosocial disturbances in young people: Challenges for prevention* (pp. 39-82). New York: Cambridge University Press.
- Alsaker, F. D. (1996). The impact of puberty. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 249-258.
- Alsaker, F. D., & Olweus, D. (1992). Parental relationships, peer relationships, and the development of depressive tendencies in adolescence. *Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research on Adolescence*, Washington, DC.
- Alsaker, F. D. & Olweus, D. (1993). Global self-evaluations and perceived instability of self in early adolescence: A cohort longitudinal study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 34, 47-63.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th. ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (2015). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th. ed.). Washington, DC: Author.

- Amezcuca, J. A., & Pichardo, M. C. (2000). Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. *Anales de Psicología*, 16 (2), 207-214.
- Andover, M. S., & Morris, B. W. (2014). Expanding and clarifying the role of emotion regulation in nonsuicidal self-injury. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59, 569-575.
- Andreu Abela, J., García Nieto, A., & Pérez Corbacho, A. M. (2007). *Evolución de la Teoría fundamental como técnica de análisis cualitativo*. CIS. Madrid.
- Angermeyer, M.C., Loffler, W., Muller, P., Schulze, B., & Priebe, S. (2001). Patients' and relatives' assessment of clozapine treatment. *Psychol Med*, 31, 509-17.
- Antona, A., Madrid, J. & Aláez, M. (2003). Adolescencia y Salud. *Papeles del Psicólogo*, 84, 45-53.
- Araminta, T. (2000). Dialectical Behaviour Therapy: A Qualitative Study of Therapist and Client Experience. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* , 61, 520, US: Univ Microfilms International.
- Arciero, G. (2002). *Estudios y diálogos sobre la identidad personal: Reflexiones sobre la experiencia humana*. Torino: Editorial Boringhieri.
- Ariès, P., & Duby, G. (2000). *Historia de la vida privada*. Madrid: Taurus.
- Arnett, J. J. (2000). High hopes in a grim world: Emerging adults' views of their futures and of "Generation X". *Youth & Society*, 31, 267-286.
- Balagna, R. M., Young, E. L., & Smith, T. B. (2013). School Experiences of Early Adolescent Latinos/as at Risk for Emotional and Behavioral Disorders. *School Psychology Quarterly*, 28(2), 101-121.
- Ball, A. S., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., & Rounsaville B. J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: symptoms, personality and motivation. *Addictive Behav. Oxford*, 31, 320-30.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.

-
- Barret, K. C., & Campos, J. (1987). Perspectives on emotional development II: A functionalist approach to emotions. In Osfsky, J.D. (Ed.), *Handbook of infant development* (2 nd., pp. 558-578). New York: Wiley.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (1999). The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder - a randomised controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder - mentalization based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631-638
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders*. A Practical Guide. Oxford: Oxford University Press.
- Beauchaine, T. P., Gatzke-Koop, L. & Mead, H. K. (2007). Polyvagal theory and developmental psychopathology: Emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence. *Biological Psychology*, 74, 174-184.
- Berenguera, A., Fernández de Sanmed, M., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., & Saura, S. (2014). Escuchar, observar y comprender. *Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. (Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDAIP J Gol), Ed.). Barcelona.
- Berger, P.L., & Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu, 1968.
- Berndt, T. J. (1988). Obtaining support from friends during childhood and adolescence. En D. Belle (Ed.). *Children's social networks, and social supports* (pp.308-331). New York: Wiley.
- Blackford, J. U., & Love, R. (2012). Dialectical behaviour therapy group skills training in a community mental health setting: A pilot study. *International Journal of Group Psychotherapy*, 61, 1-8. doi: 10.1521/ijgp.2011.61.4.645.
- Bleiberg, E., Rossouw, T., & Fonagy, P. (2012). Adolescent Breakdown and Emerging Borderline Personality Disorder in Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. Edited by Bateman, A., Fonagy, P... Washington, DC: *American Psychiatric Publishing*, 463-509.

- Blos, P. (1962). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Plantea.
- Blyth, D. A. (1982). Mapping the social world of adolescents: Issues, techniques and problems. En F.C. Serafica (Dir.), *Social cognitive development in context*. New York: Guilford Press.
- Bohus, M., Dyer, A. ., Priebe, K., Krüeger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., ... Steil, R. (2013). Dialectical Behaviour Therapy for Post-traumatic Stress Disorder after Childhood Sexual Abuse in Patients with and without Borderline Personality Disorder: A Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 221– 233. doi: 10.1159/000348451
- Bolívar, A., Domingo, J. & Fernández, M., (2001). *La investigación biográfico-narrativa en educación, enfoque y metodología*. Madrid: La Muralla.
- Bornoalova, M. A, Lejuez, C. W., Daughters, S. B., Zachary Rosenthal, M., & Lynch, T. R. (2005). Impulsivity as a common process across borderline personality and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 25, 790–812. doi: 10.1016/j.cpr.2005.05.005
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*: Vol. 1. Attachment. Nueva York: Basic Books.
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., ... Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201, 430–434
- Branje, S., Van Lieshout, C., & Van Aken, M. (2002). Personality and support in adolescents' family relationships: links with adolescents problem behaviour. Comunicación presentada en la *European Association for Research on Adolescence (EARA)*. Oxford.
- Briones, D. E., Benjumea, D. C., Goicolea, I., Mateo, M. Á., & Penalva, C. (2013). Recomendaciones básicas para la publicación de estudios cualitativos. *Gaceta Sanitaria*.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Madrid: Paidós.
- Buchanan, C. M., Eccles, J. S. & Becker, J. B. (1992). Are adolescents the victims of raging hormones: Evidence for activational effects of hormones on moods and behavior at adolescence. *Psychological Bulletin*, 111, 62-107.
- Burke, J. D. (2012). An affective dimension within oppositional defiant disorder symptoms among boys: personality and psychopathology outcomes into early adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 1176-1183. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02598.x

-
- Calkins, S., & Fox, N. (2002). Self-regulatory processes in early personality development: a multilevel approach to the study of childhood social withdrawal and aggression. *Development and Psychopathology*, 14, 477-498.
- Calvo, R., Solórzano, G., Morales, C., Kassem, M., Codesal, R., Blanco, A., & Gallego, L. (2014). Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes: reconocimiento y regulación emocional. *Clínica y Salud*, 25, 19-37. doi: 10.5093/cl2014a1
- Campos, J. & Barrett, K. (1984). Toward a new understanding of emotions and their development. In Izard, C. E., Kagan, J. & Zajonc, R. B. (Ed.), *Emotions, cognition and behavior*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Campos, J., Mumme, D., Kermoian, R., & Campos, R. (1994). A functionalist perspective on the nature of emotion. *Monographs of the Society for Research in Child Development: The Development of Emotion Regulation Biological and Behavioral Considerations*, 59, 284-303.
- Capella, C. (2011). Hacia narrativas de superación: *El desafío para la psicoterapia con adolescentes de integrar la experiencia de agresión sexual a la identidad personal*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Cappadocia, M. C., Desrocher, M., Pepler, D., & Schroeder, J. H. (2009). Contextualizing the neurobiology of conduct disorder in an emotion dysregulation framework. *Clinical Psychology Review*, 29, 506-518. doi: 10.1016/j.cpr.2009.06.001
- Carlson, C., Uppal, S. & Prosser, E. C. (2000). Ethnic differences in processes contributing to the self-esteem of early adolescent girls. *Journal of Early Adolescence*, 20, 40-67.
- Carlson, S.M., Moses, L.J., & Claxton, L.J. (2004). Individual differences in executive functioning and theory of mind: An investigation of inhibitory control and planning ability. *Journal of Experimental Child Psychology*, 87(4), 299-319.
- Carrera-Fernandez, M. J., Guardia-Olmos, J., & Pero-Cebollero, M. (2012). Qualitative methods of data analysis in psychology: an analysis of the literature. *Qualitative Research*, 14(1), 20-36.

- Carreter Parreño, J., García Castillo, O., Ródenas Aguilar, J. L., Gómez Saldaña, A., Bermejo Cacharrón, Y., & Villar Garrido, I. (2011). Estudio cualitativo sobre el consumo de tóxicos en adolescentes. *Aten Primaria*, 43(8): 435-439.
- Carrick, R., Mitchell, A., Powell, R.A., & Lloyd, K. (2004). The quest for well-being: a qualitative study of the experience of taking antipsychotic medication. *Psychol Psychother*, 77, 19-33.
- Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M., & Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 162–73. doi: 10.3109/00048670903393621
- Chen, E. Y., Matthews, L., Allen, C., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 505–512.
- Choi-Kain, L. W., Albert, E. B., & Gunderson, J. G. (2016). Evidence-Based Treatments for Borderline Personality Disorder: Implementation, Integration and Stepped Care. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5): Sept-Oct 2016.
- Choquet, M., & Ledoux, S. (1994). *Adolescentes: enquête nationale*. Paris: INSERM.
- Claes, M. (1991). *L'expérience adolescente*. Liège: Mardaga.
- Clark, J. (2003). How to peer review a qualitative manuscript. In F. Godlee & T. Jefferson (Eds.), *Peer Review in Health Sciences* (Second Ed., pp. 219–235). London: BMJ Books.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., & Levy, K. N., Hull, J. W., & Delaney, J. C., (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *J Pers Disord*, 15(6): 487487tud.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., Kernberg, O. F. (2007) Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*, 164(6): 92222nzen.
- Cloutier, R. (1996). *Psychologie de l'adolescence*. Boucherville (Québec): G. Morin.

-
- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monographs of Society for Research in Child Development*, 59, 73-100.
- Cole, P., Martin, S., & Dennis, T. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317-333.
- Compas, B. E., Hinden, B. R. & Gerhardt, C. A. (1995). Adolescent development: Pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 46, 265-293.
- Conason, A. H., Oquendo, M. A., & Sher, L. (2006). Psychotherapy in the treatment of alcohol and substance abusing adolescents with suicidal behavior. *Int J Adolesc Med Health*, 18(1), 9-13
- Conners, B. C. K. (2004). *Conners' Continuous Performance Test II* (CPT II v. 5).
- Cook, N. E., & Garraiz, M. (2015). Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: preliminary meta-analytic evidence. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(2): 81-89.
- Cooley, C. H. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Scibner's.
- Correa Urquiza, M. (2010). Radio Nikosia: *La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para lo locura*. Rovira i Virgili.
- Cortez, V. L., & Bugental, D. B. (1994). Children's visual avoidance of threat: A strategy associated with low social control. *Merrill-Palmer Quarterly*, 40, 82-89.
- Courtney, D. B., & Flament, M. F. (2015). Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with self-injurious thoughts and behaviors. *J Nerv Ment*, 203(7): 537-44.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P. & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510. doi: 10.1037/a0015616
- Cunningham, K., Wolbert, R., & Lillie, B. (2004). It's About Me Solving My Problems: Clients' Assessments of Dialectical Behavior Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 248-256.

- Dahl, R. E. (2004). Adolescent brain development: a period of vulnerabilities and opportunities. Keynote address. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 1-22. doi: 10.1196/annals.1308.001
- De Andrés Pizarro, J. (2000). El análisis de estudios cualitativos. *Atención primaria*, 25: 42-6.
- Deborde, A. S., Vanwalleghem, M., & Aitel, S. (2015). Regulation émotionnelle chez des adolescents présentant des troubles des conduites et chez des témoins. [Emotion regulation in adolescents with conduct disorder and controls] *Encephalé*, 41, 62-69.
- Demazière, D., & Dubar, C. (1997): *Analyser les entretiens biographiques*. Paris: Nathan
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *Handbook of qualitative research* (2nd ed). Newbury Park, CA: Sage.
- Devers, K. J. (1999). How will we know “good” qualitative research when we see it? Beginning the dialogue in health services research. *Health Services Research*, 34(5 Pt 2), 1153–1188.
- Diaz, G. (2005). Los grupos focales, su utilidad para el médico de familia. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 21 (3), 1-9.
- Division of Clinical Psychology (2014). *Understanding Psychosis and Schizophrenia*. (A. Cooke, Ed.).
- Dodge, K. A. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. In D.J. Pepler & K.H. Rubin (Eds.), *The Development and Treatment for Childhood Aggression*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., & Buchheim, P.(2010) Transference-focused psychotherapy vs. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*, 196(5):389-395.
- Dougherty, D., Mathias, C. W., Marsh, D. M., & Jagar, A. A. (2005). Laboratory behavioral measures of impulsivity. *Behavior Research Methods*, 37, 82–90.
- Dubois, D. L., Bull, C. A., Sherman, M. D., & Roberts, M. (1998). Self-esteem and adjustment in early adolescence: a social-contextual perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, 27, 557-583.

-
- Eccles, J. S., Midgley, C., Wigfield, A., Buchanan, C. M. & Reuman, D. (1993). Development during adolescence: the impact of stage-environment fit on adolescents' experiences in schools and families. *American Psychology*, 48, 90-101.
- Edwards, C. P. (1982). Moral development in comparative perspective. En D. A. Wagner y H. W. Stevenson (eds.), *Cultural perspectives on child development*. San Francisco: W.H. Freeman and Co.
- Elices, M., Pascual, J. C., Portella, M. J., FeliuSoler, A., Martín-Blanco, A., Carmona, C., & Soler, J. (2016). Impact of mindfulness training on borderline personality disorder: A pilot randomized trial. Under review.
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *The British Journal of Clinical Psychology / The British Psychological Society*, 38 (Pt 3), 215–229.
- Engels, R. C. M. E., Knibbe, R. A., De Vries, H., Drop, M. J. & Van Breukelen, G. J. P. (1999). Influences of parental and best friends' smoking and drinking on adolescent use: a longitudinal study. *Journal of Applied Social Psychology*, 29 (2), 337-361.
- Erikson E., 1950. *Childhood and Society*. New York: W W Norton & Co.
- Erikson E., 1956. The problema of Ego Identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4:56-121.
- Erikson E., 1959. The theory of infantile sexuality. *Childhood and Society*. New York: W W Norton & Co.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton. (Trad. cast., 1980: Identidad, Juventud y Crisis. Madrid: Taurus).
- Feduchi L., (1977). *¿Qué es la adolescencia?* Barcelona: La Gaya Ciencia.
- Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M., & Fava, M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 316–21. doi: 10.1016/j.brat.2009.01.005
- Feliu-soler, A., Pascual, J. C., Borràs, X., Portella, M. J., Martín-blanco, A., Armario, A., ... Pérez, V. (2014). Effects of Dialectical Behaviour Therapy- Mindfulness Training on

- Emotional Reactivity in Borderline Personality Disorder: Preliminary Results. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21, 363-370. doi: 10.1002/cpp.1837
- Fering, C. & Taska, L. (1996). *Family self-concept: Ideas on its meaning*. In B. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept* (pp. 317-373). New York: Wiley.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 3. doi: 10.1186/1753-2000-5-3
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D., & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26, 487-499. doi: 10.1016/S00057894(05)80096-6
- Fonagy, P., Steele, H., Steele, M., Higgit, A & Moran, G. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health*, 13, 200-217.
- Fonagy, P., (1998). Mentalization and Changing Aims of Child Psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8: 87-114.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G. & Jurist, E. (2002). *Affect Regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2003). The development of an attachmentbased treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 187-211.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2004). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the self*. Londres: Karnac Books.
- Fonagy, P., Bateman, A., Ryle, A. & Kerr, I. (2007). Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization Based Therapy and Cognitive Analytic Therapy compared. *International Review of Psychiatry*, 19(1), 51-62.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). Mentalization-based treatment for BPD. *Social Work in Mental Health*, 6, (1/2), 187-201.

-
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 166(12), 1355-1364.
- Fossey, E., Harvey, C., McDermott, F., & Davidson, L. (2002). Understanding and evaluating qualitative research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), 717-732.
- Fox, H. C., Hong, K. A., & Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addictive Behaviors*, 33, 388-394.
- Fresco, D. M., Segal, Z. V., Buis, T., & Kennedy, S. (2007). Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 447-55. doi: 10.1037/0022-006X.75.3.447
- Freud, S. (1949). *An outline of psychoanalysis*. New York: Norton, 127.
- Freud, A. (1958) Adolescence. *Pas of child*, 13: 255-68. Trad frac Widlöcher, D. et al. *L'adolescence. L'enfant dans la psychanalyse*. Paris, Gallimard, 1976, 244-66.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent Coping*. London: Routledge.
- Funes, J. (1990). *Nosotros, los adolescentes y las drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Furman, W. & Buhrmester, D. (1985). Children's perceptions of the personal relationships in their social networks. *Developmental Psychology*, 21, 1016-1024.
- García, A. A., & Gómez-Maqueo, M.E. (2016). *Gaceta Mexicana de Oncología*, 15(1), 3-9.
- García, F., & Musitu, G. (1999). *Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA.
- Garner, P. W., & Spears, F. M. (2000). Emotion Regulation in Low-income Preschoolers. *Social Development*, 9, 246-264.
- Gecas, V. (1982). The self-concept. *Annual Review of Sociology*, 8, 1-33.
- Gecas, V. & Seff, M. (1990). Families and adolescent: A review of the 1980s. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 941-958.

- Gergen, M. M., & Gergen, K. J. (2000). Qualitative inquiry: Generative tensions. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed) (pp. 1025–1046). Newbury Park, CA: Sage.
- Gergen, K. J. (2014). Pursuing excellence in qualitative inquiry. *Qualitative Psychology*, 1(1), 49–60.
- Gergen, K. J., Josselson, R., & Freeman, M. (2015). The Promises of Qualitative Inquiry. *American Psychologist*, 70(1), 1–9.
- Gergen, K., Josselson, R., & Freeman, M. (2015). The promises of qualitative inquiry. *American Psychologist*, 70(1), 1–9.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice, psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Nueva York: Aldine de Gruyter.
- Gómez-Soltelo, A., Gutierrez-Malaver, M. E., Izzedin Bouquet, R., Sánchez Martínez L. M., Herrera Medina, N. E., & Ballesteros Cabrera, M. (2012). Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. *Rev. Salud Pública*, 14(2), 189-199.
- González Rey, F. L. (2000). *Investigación cualitativa en Psicología. Rumbos y desafíos*. México: Thomson Learning.
- González Torres, M.A., Arístegui, M., Oraá, R., & Bustamante, S. (2004). Investigación cualitativa en esquizofrenia. Un estudio con grupos focales para conocer experiencias de discriminación de pacientes y familiares. *Archivos de Psiquiatría*, 67, 211-220.
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assesment of emotion regulation and dysregulation. Development, factor structure and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology Behavioral Assesment*, 26, 41-54.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 214-219.

-
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guildford Press.
- Gross, J. J. (2008). Emotion regulation. In M. Lewis, J.M. Haviland-Jones & L.F. Barrett. *Handbook of Emotions*, New York: Guildford Press.
- Gross, J. J. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion Review*, 3, 8-16.
- Gross, J. J., Sheppes, G., & Urry, H.L. (2011). Cognition and Emotion Lecture at the 2010 SPSP Emotion Preconference. *Cognition & Emotion*, 25, 765-781. doi: 10.1080/02699931.2011.555753
- Groves, S., Backer, H. S., Van den Bosch, W., Miller, A. (2012). Dialectical Behaviour Therapy with adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(2), 65-75.
- Guidano, V. (1987). *Complexity of the self*. A developmental approach to psychopathology and therapy. New York: The Guilford Press.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence*. New York: Appleton.
- Hamilton, S. F., & Darling, N. (1996). Mentors in adolescents' lives. En K. Hurrelmann & S. F. Hamilton (dir.), *Social problems and social contexts in adolescence: Perspectives across boundaries*. New York: Aldine de Gruyter.
- Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M., & Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 136–143.
- Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E. T., Murray, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2008). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1068–1075. doi: 10.1037/a0014044
- Harned, M. S., Korslund, K. E., Foa, E. B., & Linehan, M. M. (2013). Treating PTSD in Suicidal and Self-injuring Women with Borderline Personality Disorder: Development and

- Preliminary Evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 381–386. doi: 10.1016/j.brat.2012.02.011.Treating
- Harned, M. S., Korslund, K. E., & Linehan, M. M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 55C, 7–17. doi: 10.1016/j.brat.2014.01.008
- Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Hartup, W. W. (1989). Behavioral manifestations of children's friendships. En T.J. Berndt y G. Ladd (eds.), *Peer relations in child development* (pp. 46-70). New York: Wiley.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M. & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168.
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmström, A., Johnson, A., ... Nordström, A. L. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 175–185. doi: 10.1016/j.brat.2011.01.001
- Hodgetts, A., Wright, J., & Gough, A. (2007). Clients with borderline personality disorder: Exploring their experiences of dialectical behaviour therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(3): 172-177.
- Inoff-Germain, G., Arnold, G. S., Nottelmann, E. D., Susman, E. J., Cutler Jr, G. B. & Chrousos, G. P. (1988). Relations between hormonal levels and observational measures of aggressive behavior of young adolescents in family interactions. *Developmental Psychology*, 24, 129-139.
- Izard, C. E., (2006). *Experts' Definitions of Emotion and Their Ratings of Its Components and Characteristics*. Delaware, Newark: Unpubl. manuscr., Univ.
- Jackson, Y., & Warren, J. S. (2000). Appraisal, social support, and life events: Predicting outcomes behavior in school-age children. *Child Development*, 71 (5), 1441-1457.

-
- Jeanfreau, S. G., & Jack, L. (2010). Appraising qualitative research in health education: guidelines for public health educators. *Health Promotion Practice*, 11(5), 612–617.
- Jessor, R. (1991). Behavioral science: an emerging paradigm for social inquiry? En R. Jessor (ed.), *Perspectives on behavioral science: The Colorado lectures*. Boulder CO: Westview.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychology*, 48, 117-126.
- Jurado, M.B., & Roselli, M. (2007). The Elusive Nature of Executive Functions: A Review of our Current Understanding. *Neuropsychological Reviews*, 17(3), 213-233. doi: 10.1007/s11065-007-9040-z
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY: Delacorte.
- Kameny, R. R., & Bearison, D. J. (2002). Cancer narratives of adolescents and Young adults: A quantitative and qualitative analysis. *Child Health Care*, 1, 143-73.
- Keenan, K (2000). Emotion dysregulation as a risk factor for child psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 418-434.
- Kernberg, O. F., & Mischels R., (2009). Borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 505-508
- Kitzinger, J. (1995) Qualitative research. Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311, 299-302.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. a., Morse, J. Q., ... Bastian, L. a. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371–390. doi: 10.1016/S00057894(01)80009-5
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental psychology*, 25, 343-354.
- Kressler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replcation. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617

- Kring, A., & Sloan, D. (2010). *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment*. New York: Guildford Press.
- Kancyper, L. (1977). *La confrontación generacional*. Buenos Aires: Paidós.
- Kaplan, H.I., Sadock, B. J. (1996). *Terapia de Grupo*. 3ª Ed. Panamericana
- Katsakou, C., & Pistrang, N. (2017). Clients' experiences of treatment and recovery in borderline personality disorder: A meta-synthesis of qualitative studies. *Psychotherapy Research*, doi: 10.1080/10503307.2016.1277040
- Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. (2004) Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *JAACAP*, 43(3), 276-82.
- Kim, J. E., Hetherington, E. M. & Reiss, D. (1999). Associations among family relationships, antisocial peers, and adolescents' externalizing behaviors: Gender and family type differences. *Child Development*, 70 (5), 1209-1230.
- Kohlberg, L. (1969). Stage and sequence: the cognitive-development approach to socialization. En D.A. Goslin, *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
- Koops, W. (1996). Historical developmental psychology of adolescence. En L. Verhofstadt-Denève, Y. Kienhorst y C. Braet (eds.), *Conflict and development in adolescence*, pp. 1-12. Leiden University: DSWO Press.
- Korzeniowski, C.G. (2011). Desarrollo evolutivo del funcionamiento ejecutivo y su relación con el aprendizaje escolar. *Revista de Psicología*, 7(13), 7-26.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Multi-Health Systems. New York. U.S.A.
- Krappmann, L. (1996). The development of diverse social relationships in the social world of childhood. En A.E. Auhagen, y M. von Salisch (eds.), *The diversity of human relationships* (pp. 36-58). New York: Cambridge University Press.
- Krauskopf, D. (2000) El desarrollo psicológico del adolescente. En: Montenegro, H. y Guajardo, H. (2000) *Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. 2º Ed. Santiago de Chile: Mediterráneo

-
- Kring, A., & Sloan, D., (2010). *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment*. New York: Guildford Press.
- Kroger, J. (1995). The differentiation of “firm” and “developmental” foreclosure identity statuses: A longitudinal study. *Journal of Research on Adolescence*, 10, 317-337.
- Kroger, J., & Haslett, S. J. (1991). A comparison of ego identity status transition pathways and change rates across five identity domains. *International Journal of Aging and Human Development*, 32, 303-330.
- Lanza Castelli, G. (2011). Mentalización: aspectos teóricos y clínicos. Trabajo presentado en el 12º Congreso Intrapsíquico.
- Larson, R., & Ham, M. (1993). Stress and “storm and stress” in early adolescence: Too relationship of negative life-events with disphoric affect. *Developmental Psychology*, 29, 130-140.
- Larson, R.W., Moneta, G., Richards, M.H., & Wilson, S. (2002). Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Development*, 73, 1151-1165.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Lehalle, H. (1995). *Psychologie des adolescents*. Paris: Puf.
- Lensen, S. A. M., Doreleijers, T. A. H., Van Dijk, M. E., & Hartman, C. A. (2000). Girls in detention: what are their characteristics? A project to explore and document the character of this target group and the significant ways in which it differs from one consisting of boys. *Journal of Adolescence*, 23 (3), 287-303.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*, 160(7), 1223-1232
- Lewis, B. (2014). Taking a narrative turn in psychiatry. *The Lancet*, 383(9911), 22–23.
- Lewis, R. M., Petch, V., Wilson, N., Fox, S., & Craig, C. E. (2015). Understanding conduct disorder: The ways in which mothers attempt to make sense of their children’s behaviour. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(4), 570-584.

- Lietz, C. A., & Zayas, L. E. (2010). Evaluating qualitative research for social work practitioners. *Advances in Social Work*, 11, 188–202.
- Lindenboim, N., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2007). Skills Practice in Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Women Meeting Criteria for Borderline Personality Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 147– 156. doi: 10.1016/j.cbpra.2006.10.004
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060–1064.
- Linehan, M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Tutek, D. a., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771– 1776.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical Behavior Therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal of Addictions*, 8, 279– 292.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus Comprehensive Validation Therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13–26. doi: 10.1016/S0376-8716(02)00011-X
- Linehan, M.M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical

-
- behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–66. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757
- Linehan, M. M., & Wilks, C. (2015). The Course and Evolution of Dialectical Behavior. *American Journal of Psychotherapy*, 69, 97–110.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D.,... Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical Behavior Therapy or High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder A Randomized Clinical Trial and Component Analysis. *JAMA*, 98195, 1–8. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.3039
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual*, 2nd edition. New York. The Guildford Press.
- Long, C. G., Fulton, B., Dolley, O., & Hollin, C. R. (2011). Dealing with Feelings: the effectiveness of cognitive behavioural group treatment for women in secure settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 243–247. doi: 10.1017/S1352465810000573
- Luján, I. (2002). Autoconcepto y conflictos en la construcción de la identidad adolescente en una sociedad cambiante. *Revista Psicosocial*, (en línea), nº 2. (http://club.idecnet.com/~moruena/indice_articulos_2.htm).
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 11, 33–45.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459-480.
- Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, L., & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: a dialectical behavior therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 131–143. doi: 10.1002/gps

- Lyons, E. (2007). Analyzing qualitative data: comparative reflections. En: Lyons, E. & Coyle, A. *Analyzing Qualitative data in Psychology*. London: Sage Publications
- Maccoby, E., & Jacklin, C. N. (1974). *The psychology of sex differences*. Stanford: Stanford University Press.
- Main, M. (2000). "The organized Categories of Infant, Child, and Adult Attachment: Flexible vs Inflexible Attention Under Attachment-Related Stress". *Journal of American Psychoanalytic Association*, 48, 1055-1095
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975) *The Psychological Birth of the Human infant*. New York: Basic Books. *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Marymar ed., 1977.
- Marcia, J. E. (1989). Identity and self-development. En R. M. Lerner, A. C. Peterson y J. Brooks-Gunn, *Encyclopedia of adolescence*. New York: Garland.
- Marks, J. (1991). Introduction to a comparative philosophy. *Philosophy East and West*, 41, 1-30.
- Markus, H. R., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337.
- Marsh, H. W. (1989). Age and sex effects in multiple dimensions of self-concept: preadolescence to adulthood. *Journal of Educational Psychology*, 81, 417-430.
- Masterson, J. F. (1984). *The psychiatric dilemma of adolescence*. New York. Brunner/Mazel Inc.
- Martínez, J. L., & Fuertes, A. (1999). Importancia del clima familiar y la experiencia de pareja en las relaciones de amistad adolescentes. *Revista de Psicología Social*, 14 (2-3), 235-250.
- Maxwell, J. A. (2011). *A realist approach for qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- McCullough, G., Huebner, E. S. & Laughlin, J. E. (2000). Life events, self concept and adolescents' positive subjective well-being. *Psychology in the Schools*, 37 (3), 281-290.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric

-
- management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 1365–1374. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09010039
- McPherson, A., Cheavens, J., & Fristad, M. (2013). Dialectical Behavior Therapy for adolescents: theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 16, 59-80.
- McSherry, P., O’connor, C., Hevey, D., & Gibbons, P. (2012). Service user experience of adapted dialectical behaviour therapy in a community adult mental health setting. *Journal of Mental Health*, 21 (6), 539–547.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mead, M. (1949). *Coming of age in Samoa*. New York: Mentor Book, New American Library.
- Mead, M. (1958). *Growing-up in New Guinea*. New York: Mentor Book.
- McDonell, M. G., Tarantino, J., Dubose, A. P., Matestic, P., Steinmetz, K., Galbreath, H., & McClellan, J. M. (2010). A pilot evaluation of Dialectical Behavioural Therapy in adolescent long-term inpatient care. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(4): 193-196.
- Mehlum, L., Tormoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... Groholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53, 1082–1091. doi: 10.1016/j.jaac.2014.07.003
- Memel, B. (2012). A Quality Improvement Project to decrease the Length of Stay on a Psychiatric Adolescent Partial Hospital Program. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 25, 207-218
- Miles, M., & Huberman, A. (1994). *Qualitative Data Analysis* (second ed.). Thousand Oaks: CA: Sage Publications.
- Miller, A. L., Rathus, J.H., & Linehan, M.M., (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Mirapeix, C. (2015). Conciencia reflexiva del self relacional: Mindfulness, mentalización e integración en psicoterapia. *Norte de Salud Mental*, 53, 35-45.

- Moreno Pérez, I. (2016). *Teoría y Práctica de la supervisión. Análisis del discurso de supervisores y psicoterapeutas*. Universidad de Alcalá.
- Morgan, D. L., & Krueger, R. A. (1998) *The Focus Group Kit*. Boxed ed. Thousand Oaks, CA.U.S.: Sage Publications Inc.
- Munarriz, M., & San Juan, J. (2001). Investigación cualitativa y psiquiatría. *Actas de Psiquiatría*, 64(1), 7– 20.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M., & Cava. M. J. (2001). *Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis.
- Musitu, G., & Cava, M. J. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12 (2), 179-192.
- Musitu, G. & Veiga, F. (2001). Auto-estima familiar y social como amortecedores de acontecimientos vitales estresantes. *Psicologia, Educação e Cultura*, 2, 319-334.
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical Behavior Therapy Skills Use as a Mediator and Outcome of Treatment for Borderline Personality Disorder. *Behavior Research and Therapy*, 48, 832–839. doi: 10.1016/j.brat.2010.05.017. Dialectical
- Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: a pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 40–51. doi: 10.1016/j.brat.2014.05.005
- Nelson-Gray, R. O., Keane, S. P., Hurst, R. M., Mitchell, J. T., Warburton, J. B., Chok, J. T., & Cobb, A. R. (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: promising preliminary findings. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1811–1820. doi: 10.1016/j.brat.2006.01.004
- Nixon, M. K., McLagan, L., Landell, S., Carter, A., Deshaw, M. (2004). Developing and piloting community-based self-injury treatment groups for adolescents and their parents. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 13, 3.
- Normandin, L., Ensink, K., & Kernberg, O.F. (2015). Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Adolescents: A Neurobiologically Informed Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14 (1), 98-110. do i:10.1080/15289168.2015.1006008

-
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1–7.
- Oliva, A., Parra, A., & Sánchez, I. (2002). Relaciones con padres e iguales como predictoras del ajuste emocional y conductual durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 20 (2), 225-242.
- Orgaz Barnier, P. (2010). *Análisis del discurso de un grupo de pacientes oncológicos tras el tratamiento de un episodio depresivo: Un estudio cualitativo*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Ortí, A. (1998). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: La entrevista abierta semidirigida y la discusión de grupo. En: Garcia, M., Ibañez, J., Alvira, F. Eds. El análisis de la realidad social. *Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial, 176.
- Oruche, U. M., Draucker, C., Alkhattab, H., Knopf, A., & Mazurcyk, B. A. (2014). Interventions for Family Members of Adolescents with Disruptive Behavior Disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 27, 99-108.
- Ozer, E. M., Macdonald, T., & Irwin, C. E. (2002). Adolescent health care in the United States: Implications and projections for the new millennium. In J.T. Mortimer & R.W. Larson (Eds.), *The changing adolescent experience: Societal trends and the transition to adulthood* (pp.129-174). Cambridge University Press.
- Paikoff, R. L., & Brooks-Gunn, J. (1991). Do parent-child relationships change during puberty? *Psychological Bulletin*, 110, 47-66.
- Palmer, R. L., Birchall, H., Damani, S., Gatward, N., McGrain, L., & Parker, L. (2003). A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder—description and outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 281–286.
- Palmonari, A. (1993). *Psicologia dell' adolescenza*. Bologna: Il Mulino.
- Parra, A., Oliva, A. & Sánchez-Queija, I. (2004). Evolución y determinantes de la autoestima durante los años de la adolescencia. *Anuario de Psicología*, 35(3), 331-346.

- Pasieczny, N., & Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 4–10. doi: 10.1016/j.brat.2010.09.006
- Pastor, Y., Balaguer, I. & García-Merita, M. L. (2003). El autoconcepto y la autoestima en la adolescencia media: análisis diferencial por curso y género. *Revista de Psicología Social*, 18(2), 141-159
- Patton, M. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *HSR: Health Services Research*, 34(5), 1189–1208.
- Perepletchikova, F., & Goodman, G., (2014). Two approaches to treating preadolescent children with severe emotional and behavioral problemas: Dialectical Behavior Therapy adapted for children and Mentalization-Based child Therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038134>
- Perrota, G. V. (2006). Las adolescentes frente al embarazo. Memorias de las XII Jornadas de Investigación *Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR: Paradigmas, métodos y técnicas*, 81-83. ISSN: 1667-6750.
- Perseus, K., Ojehagen, A., Ekdahl, S., Asberg, M., & Samuelsson, M. (2003). Treatment of suicidal and deliberate self harming patients with borderline personality disorder using dialectical behaviour therapy: The patients' and therapists' perceptions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5, 218–227.
- Piaget, J. (1958). *The growth of Logical Thinking*. New York, Basic Book.
- Piaget, J. (1972). Intelectual evolution from adolescence to adult-hood. *Human Development*, 15, 1-12.
- Pla, M. (1999). El rigor en la investigación cualitativa. *Atención primaria*, 24, 296-300.
- Popay, J., Rogers, A., & Williams, G. (1998). Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research. *Qualitative Health Research*, 8(3), 341–351.
- Powers, A., Cross, D., Fani, N., & Bradley, B. (2015). PTSD, emotion dysregulation and dissociative symptoms in a highly traumatized sample. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 174-179. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.12.011

-
- Rajappa, K., Gallagher, M., & Miranda R. (2011). Emotion Dysregulation and Vulnerability to Suicidal Ideation and Attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 833-839. doi: 10.1007/s10608-011-9419-2
- Rathus, J. U., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 146–157.
- Rathus, J. U., & Miller, A. L. (2015). *DBT Skills Manual for Adolescents*. New York: The Guildford Press.
- Reicher, S. (2000). Against methodolatry: some comments on Elliott, Fischer, and Rennie. *The British Journal of Clinical Psychology*, 39, 1-10.
- Riessman, C. (2008). *Narrative methods for human sciences*. California: Sage Publications.
- Rodríguez-Tomé, H. (1997). Maduration biologique et changements psychologiques à l'adolescence. En H. Rodríguez-Tomé, S. Jackson et F. Bariaud (eds.), *Regards actuels sur l'adolescence*. Paris: Puf.
- Rodríguez Vega, B., Orgaz Barnier, P., Bayón, C., Palao, A., Torres, G., Hospital, A., ... Fernández Liria, A. (2012). Differences in depressed oncologic patients' narratives after receiving two different therapeutic interventions for depression: a qualitative study. *Psycho-Oncology*, 21(12), 1292–8.
- Rosenberg, M. (1986). *Conceiving the Self*. Malabar, FL: Krieger.
- Rossouw, T., & Fonagy, P., (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized control trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304-1313.
- Sadurní, M., & Rostan, C. (2004). La importancia de las emociones en los periodos sensibles del desarrollo. *Infancia y Aprendizaje*, 27 (1), 105-114.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nerviosa. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 632–634. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18348281>
- Safer, D. L., & Joyce, E. E. (2011). Does rapid response to two group psychotherapies for binge eating disorder predict abstinence? *Behaviour Research and Therapy*, 49, 339–45. doi: 10.1016/j.brat.2011.03.001

- Safer, D. L., Robinson, A. H., & Jo, B. (2011). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing Dialectical Behavior Therapy adapted to binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41, 106–120. doi: 10.1016/j.beth.2009.01.006.Outcome
- Saldaña, J. (2013). *Fundamentals of qualitative research*. New York, NY: Oxford University Press.
- Sambrook, S., Abba, N., & Chadwick, P. (2007). Evaluation of DBT emotional coping skills groups for people with parasuicidal behaviours. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 241–244.
- Sandler, J., & Freud, A. (1984). Discussions in the Hampstead Index on 'The Ego and the mechanisms of Defence': XII The Ego and the Id at Puberty. *Bulletin of the Anna Freud Centre*, 7, 5-14.
- Scales, P. C., & Gibbons, J. L. (1996). Extended family members and unrelated adults in the lives of Young adolescents: A research agenda. *Journal of Early Adolescence*, 16, 365-389.
- Shapiro, S. ., Carlson, L. E., Astin, J., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373–386.
- Seidman, E., Allen, L., Aber, J. L., Mitchell, C., & Feiman, J. (1994). The impact of school transitions in early adolescence on the self-system and perceived social context of poor urban youth. *Child Development*, 65, 507-522.
- Selman, R. L. (1980). *The growth of interpersonal understanding. Developmental and clinical analyses*. New York: Academic Press.
- Shavelson, R., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-442.
- Sikirica, V., Flood, E., Dietrich, C. N., Quintero, J., Harpin, V., Hodgkins, P., Skrodzki, K., Beusterien, K., & Erder, M. H. (2015). Unmet needs Associated with Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder in Eight European Countries as Reported by Caregivers and Adolescents: Results from Qualitative Research. *Patient*, 8(3), 269-281.
- Silk, J. S., Siegle, G. L., Whalen, D. J., Ostapenko, L. J., Ladouceur, C. D., & Dahl, R. E. (2009). Pubertal changes in emotional information processing: pupillary, behavioral, and

-
- subjective evidence during emotional word identification. *Development and Psychopathology*, 21, 7-26. doi: 10.1017/S0954579409000029
- Simons, R. L., Chao, W., Conger, R. D., & Elder, G. H. (2001). Quality of parenting as mediator of the effect of childhood defiance on adolescent friendship choices and delinquency: a growth curve analysis. *Journal of Marriage and Family*, 63(1), 63-79.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development*, 7(3), 269-281.
- Snarey, J. R. (1985). Cross-cultural universality of social-moral development: a critical review of Kohlbergian Research. *Psychological Bulletin*, 97(2), 202-232.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J.,... Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 353-358. doi: 10.1016/j.brat.2009.01.013
- Soler, J., Valdepérez, A., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Portella, M. J., Martín-Blanco, A.,... Pérez, V. (2012). Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 150-7. doi: 10.1016/j.brat.2011.12.002
- Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, A., Elices, M.,... Pascual, J. C. (2013). Validation of the Spanish version of the Borderline Symptom List, short form (BSL-23). *BMC Psychiatry*, 13, 139. doi: 10.1186/1471-244X-13-139
- Soler, J., Franquesa, A., Feliu-Soler, A., Cebolla, A., Garcia-Campayo, J., Tejedor, R., ... Portella, M. J. (2014). Assessing decentering: Validation, psychometric properties and clinical usefulness of the Experiences Questionnaire in a Spanish sample. *Behavior Therapy*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2014.05.004>
- Soler, J., Elices, M., Pascual, J.C, Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Carmona, C., Portella, M.J. (2012). Effects of mindfulness training on different components of impulsivity in borderline personality disorder. Under review.

- Southam-Gerow, M., & Kendall, P.C. (2002). A preliminary study of the emotion understanding of youths referred for treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 319-327.
- Speicher, B. (1994). Family patterns of moral judgment during adolescence and early adulthood. *Developmental Psychology*, 30(5), 624-632.
- Stastny, P., Lehmann, P., & Aderhold, V. (2007). *Alternatives Beyond Psychiatry*. (P. Stastny & P. Lehmann, Eds.). Peter Lehmann Publishing.
- Stattin, H., & Magnusson, D. (1990). *Pubertal maturation in female development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001) Adolescent Development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Steinberg, L., Blatt-Eisengart, I., & Cauffman, E. (2006). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful homes: A replication in a sample of serious juvenile offenders. *Journal of Research on Adolescence: The Official Journal of the Society for Research on Adolescence*, 16, 47-58. doi: 10.1111/j.1532-7795.2006.00119.x
- Stepp, S. D., Epler, A. J., Jahng, S., & Trull, T. J. (2008). The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features. *Journal of Personality Disorders*, 22, 549–63. doi: 10.1521/ pedi.2008.22.6.549
- Stepp, S. D., Scott, L. N., Morse, J. Q., Nolf, K. A., Hallquist, M. N., & Pilkonis, P. A. (2014). Emotion dysregulation as a maintenance factor of borderline personality disorder features. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 657-666. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.11.006
- Stoffers, J., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Review). En *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Cochrane D.). John Wiley & Sons. doi: 10.1002/14651858.CD005652
- Strauss, A., & Corbin, J. M. (1998). *Basics of Qualitative Research: Second Edition: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Second ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.

-
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton
- Swenson, C. R., & Choi-Kain, L. W. (2015). Mentalization and Dialectical Behavior Therapy. *Am J of Psychotherapy*, 69(2), 199-217.
- Schnyder, U. (2009). Future perspectives in psychotherapy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(Suppl 2), 123-128.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1061–1065. doi: 10.1037/0022-006X.69.6.1061
- Tió, J. (2008). Reflexiones en torno a una experiencia de aplicación de medida judicial de tratamiento ambulatorio para menores. En *Adolescencia, conflicto y decisión*. Madrid: Instituto Borja de Bioética y Fundación Mapfre.
- Thompson, R. A., (1994a). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Thompson, R. A., (1994b). The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Thompson, R. A., & Calkins, S.D., (1996). The double-edged sword: Emotion regulation in high risk children. *Development and Psychopathology*, 8, 163-182.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357.
- Trinidad Requena, A., Carrero Planes, V., & Soriano Miras, R. M. (2006). Teoría Fundamentada “Grounded Theory”. La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional. *Cuadernos Metodológicos* (Vol. 37). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Turner, R. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 413–419.

- Turney, L., & Pocknee, C. (2005). Virtual focus groups: New frontiers in research. *International Journal of Qualitative Methods*, 4(2), 32 – 43.
- Udry, J. R., & Talbert, L. M. (1988). Sex hormone effects on personality at puberty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 291-295.
- Usmiani, S., & Daniluk, J. (1997). Mothers and their adolescent daughters: relationship between self-esteem, gender role identity, and body image. *Journal of Youth and Adolescent*, 26, 45-62.
- Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B., & Pantalone, D. W. (2015). The Use of Dialectical Behavior Therapy Skills Training as Stand-Alone Treatment: A Systematic Review of the Treatment Outcome Literature. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 1–20. doi: 10.1002/jclp.22114
- Van Aken, M. A., & Asendorpf, J. B. (1997). Support by parents, classmates, friends and siblings in preadolescence: Covariation and compensation across relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14, 79-93
- Vander, L. F. (2009). “I don’t trust you, you are going to tell”, adolescents with emotional and behavioural disorders participating in qualitative research. *Child: care, health and development*, 35(3), 323-329.
- Vasters, G. P., & Pillon, S. C., (2011). Uso de drogas por adolescentes: sus perspectivas sobre adhesión y el abandono del tratamiento especializado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 19(2), [08 pantallas]
- Vickers, J. (2016). Assessing a six-month dialectical behaviour therapy skills-only group: Results from a study of the effectiveness of a stand-alone treatment for people with borderline personality disorder and other serious mental illnesses. *Mental Health Practice*.
- Vives-Cases, C., Domínguez Berjón, F., & Borrell, C. (2013). Avanzando en las guías de Gaceta Sanitaria: Recomendaciones básicas para la publicación de estudios cualitativos. *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 290–291.
- Walker, L. J., Hennig, K. H., & Krettenauer, T. (2000). Parent and peer contexts for children’s moral reasoning development. *Child Development*, 71 (4), 1033-1048.

-
- Wark, G. R., & Krebs, D. L. (1996). Gender and dilemma differences in real-life moral judgment. *Developmental Psychology*, 32 (2), 220-230.
- Verheul, R., Van Den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., De Ridder, M. a J., Stijnen, T., & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 182, 135–140.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Welch, M.C. (2001). The prefrontal cortex and the development of executive function in childhood. In A. F. Kalverboer & A. Gramsbergen (Eds.), *Handbook of brain and behavior in human development* (pp. 767-790). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic.
- Westerman, N. K., Cobham, V. E., & McDermott, B. (2016). Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy: Narratives of Children and Adolescents. *Qualitative Health Research*, Vol. 27(2), 226-235.
- Williams, J. M., & Dunlop, L. C. (1999). Pubertal timing and self-reported delinquency among male adolescents. *Journal of adolescence*, 22 (1), 157-171.
- Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. Londres: The Hogarth Press.
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology and Health*, 15, 215–228.
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of Group Psychotherapy*. Basic Books. New York
- Youniss, J. & Smolar, J. (1985). *Adolescent relations with mother, father and friends*. Chicago: University of Chicago Press.
- Zeman, J., & Garber, J. (1996). Display rules for anger, sadness, and pain: It depends on who is watching. *Child Development*, 67, 957-973.

ACRÓNIMOS

CAMHS: Servicios de Salud Mental de niños y adolescentes

CBCL: Child Behavior Checklist

CCEE: Consultas Externas

CDI: Children's Depression Inventory

COREQ: COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

CSM: Centro de Salud Mental

FSH: hormona folículo estimulante

GP: Grupo de Padres

GPM: General Psychiatric Management

HBC: Habilidades Básicas de Conciencia

HEI: Habilidades de Efectividad Interpersonal

HRE: Habilidades de Regulación de las Emociones

HTM: Habilidades de Tolerancia al Malestar

ICG: escala de Impresión Clínica Global

IPA: Interpretative Phenomenological Analysis (análisis interpretativo fenomenológico)

LH: hormona luteinizante

RATS: Relevance of study question, Appropriateness of qualitative method, Transparency of procedures, Soundness of interpretative approach

RCT: estudio aleatorizado controlado

TAU: Treatment as usual

TBM: Terapia Basada en la Mentalización

TBM-A: Terapia Basada en la Mentalización adaptada para adolescentes

TFP-A: Terapia Focalizada en la Transferencia adaptada para adolescentes

TC: Trastorno de Conducta

TCA: Trastorno de Conducta Alimentaria

ACRÓNIMOS

TCC: Terapia Cognitivo Conductual

TDA: Trastorno por déficit de atención

TDC: Terapia Dialéctica Conductual

TDC-A: Terapia Dialéctica Conductual adaptada para adolescentes

TDC-TEPT: adaptación de la Terapia Dialéctica Conductual para el Trastorno de Estrés Postraumático

TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático

TFP: Terapia Focalizada en la Transferencia

TH: Tratamiento habitual

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad

TOD: Trastorno Oposicional Desafiante

TP: Trastorno de Personalidad

UHP: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica

UHPIJ: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil

YSR: Youth Self Report

ANEXOS

ANEXO I: Hoja de información y consentimiento informado para la participación en el proyecto de investigación**HOJA DE INFORMACIÓN**

TÍTULO DEL PROYECTO: Análisis del discurso de un grupo de adolescentes con trastorno de conducta tras haber participado en el entrenamiento en Habilidades Psicosociales de Terapia Dialéctica Conductual: una investigación cualitativa de la efectividad de la intervención psicoterapéutica

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Dra. Eva Sesma Pardo del Hospital Universitario Basurto (Bilbao)

ENTIDAD FINANCIADORA: Beca de investigación de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA) 2015 para jóvenes investigadores.

DURACIÓN: Hasta Junio 2017.

DESCRIPCIÓN GENERAL:

Con esta investigación queremos conocer la experiencia subjetiva de los adolescentes, cuyo diagnóstico incluya como síntoma alteración de conducta, que han participado en la formación en Habilidades Psicosociales según el modelo de Terapia Dialéctica Conductual, así como extraer a partir de dicha experiencia, hipótesis sobre su utilidad que puedan ser verificadas en un futuro mediante instrumentos cuantitativos.

Considerando que has participado en los grupos de formación en Habilidades Psicosociales según el modelo de Terapia Dialéctica Conductual y has completado dicha formación, el investigador/responsable clínico que le informa, (Dra. Eva Sesma Pardo) del Hospital Universitario Basurto, te invita a participar en este proyecto de investigación, para lo que solicitamos tu consentimiento.

Tu participación es totalmente voluntaria. Antes de decidir si quieres participar o no, te rogamos leas detenidamente este documento que incluye la información sobre este estudio. Queremos asegurarnos de que estás perfectamente informad@ sobre el propósito y lo que implica la participación en el mismo. Puedes formular todas las preguntas que te surjan y solicitar aclaración sobre cualquier aspecto para asegurar que entiendes todos los procedimientos del estudio. No firmes antes de tener la seguridad de entender todos los

aspectos y objetivos del estudio.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

El objetivo de este estudio es conocer la experiencia subjetiva de los adolescentes cuyo diagnóstico incluya como síntoma alteración de conducta, que han participado y completado la formación en Habilidades Psicosociales según el modelo de Terapia Dialéctica Conductual con el fin de extraer hipótesis sobre su utilidad que puedan ser verificadas en un futuro con instrumentos cuantitativos

PROCEDIMIENTO:

Para este estudio se pedirá colaboración a los padres-tutores respecto a información sobre aspectos de la biografía del menor. El menor participará en un grupo con otros adolescentes que han completado dicha formación y que tal vez no conozcan, dirigido por un terapeuta y un coterapeuta en el que se les pedirá que expresen su experiencia subjetiva sobre la formación en habilidades psicosociales según el modelo de Terapia Dialéctica Conductual. La sesión grupal tendrá una duración aproximada de 90 minutos y será grabada en vídeo. Posteriormente el equipo investigador analizará dicha sesión grupal con el fin de extraer hipótesis sobre la utilidad de la herramienta psicoterapéutica.

Todas las entrevistas y la sesión grupal serán realizadas en el pabellón Escuzza del Hospital Universitario Basurto.

No hay contraprestación económica de ningún tipo, tampoco por el tiempo empleado.

RIESGOS Y BENEFICIOS:

Tu participación en este proyecto de investigación no conlleva riesgo alguno para ti. No se espera que recibas ningún beneficio personal por tu participación en este estudio. En cualquier caso, los datos recogidos en el mismo podrán derivar en un mayor conocimiento sobre la utilidad de la formación en Habilidades Psicosociales según el modelo de Terapia Dialéctica Conductual en adolescentes cuyo diagnóstico incluya como síntoma alteración de conducta.

Tu participación en este estudio es completamente voluntaria: Si decides no participar recibirás todos los cuidados médicos que pudieras necesitar y tu relación con los equipos médicos que te atienden no se verá afectada.

TRATAMIENTO DE LOS DATOS Y CONFIDENCIALIDAD

Se solicita tu consentimiento para la utilización de la información que nos has facilitado para el desarrollo de este proyecto de investigación. Tanto los datos personales (edad, sexo, raza), como los datos de salud y las grabaciones de vídeo, se recogerán empleando un procedimiento de codificación, dando a cada participante un número de identificación específico para este proyecto. Sólo el investigador podrá relacionar estos datos con usted, siendo responsable de custodiar el documento de consentimiento.

La información que será procesada durante el análisis de los datos obtenidos y aparecerá en los informes y/o memorias del Proyecto, aunque en ningún caso será posible identificarte, será tratada en todo momento conforme al cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Asimismo, los resultados de esta investigación podrán publicarse en revistas científicas o presentarse en sesiones clínicas, pero siempre garantizando el completo anonimato. El equipo investigador liderado por la Dra. Eva Sesma Pardo garantiza que en ningún caso saldrá del centro dato alguno que le identifique personalmente, para ello te aseguramos que esta información siempre será tratada con total confidencialidad.

Se garantiza el respeto a la calidad de los proyectos de investigación biomédica y el respeto a la dignidad de las personas durante su consecución, en cumplimiento de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

En cualquier momento durante la recogida de datos podrás revocar el consentimiento para participar en el proyecto de investigación y/o utilizar la información obtenida. Para ello debes informarle a algún miembro del equipo de esta investigación del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Basurto.

Si necesita más información o alguna aclaración no dude en dirigirse a la Dra. Eva Sesma Pardo del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Basurto (Tfno: 944006137)

CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Investigador/Responsable clínico: Dra. Eva Sesma Pardo

TÍTULO DEL PROYECTO: Análisis del discurso de un grupo de adolescentes con trastorno de conducta tras haber participado en el entrenamiento en Habilidades Psicosociales de Terapia Dialéctica Conductual: una investigación cualitativa de la efectividad de la intervención psicoterapéutica.

Yo..... con DNI..... declaro bajo mi responsabilidad que he leído la Hoja de Información del proyecto de investigación, de la que se me ha entregado una copia. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio, los derechos que puedo ejercitar, y las previsiones sobre el tratamiento de la información obtenida. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas, que han sido respondidas a mi entera satisfacción.

Sé que se mantendrá en secreto mi identidad y que la información aportada será tratada con confidencialidad. Soy libre de revocar mi consentimiento en cualquier momento y por cualquier motivo, sin tener que dar explicación y sin que repercuta negativamente sobre cualquier tratamiento médico presente o futuro.

Yo doy mi consentimiento para que se utilice la información recogida como parte de este proyecto de investigación y renuncio a reclamar cualquier beneficio económico por la participación en el estudio.

Fecha Firma del paciente

Fecha :..... Firma representante legal (si procede).....

Nombre representante legal:

Relación con el paciente:

Confirmando que he explicado las características del proyecto de investigación.

.....

(Nombre del Investigador o la persona designada para proporcionar la información)

Fecha Firma

ANEXO II: Aprobación del comité ético del hospital



Osakidetza




DE: DR. ANTONIO ESCOBAR MARTINEZ
SECRETARIO DEL CEIC H.U. BASURTO

A: Dra. EVA SESMA PARDO
PSIQUIATRIA

Bilbao, 21 de septiembre de 2015

Estimado Dra. Sesma:

Le comunicamos que en la reunión del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) celebrada el día **16 de septiembre de 2015**, fue APROBADO el estudio titulado:

Análisis del discurso de un grupo de adolescentes con trastorno de conducta tras haber participado en el entrenamiento en Habilidades Psicosociales de Terapia Dialéctica Conductual: una investigación cualitativa de la efectividad de la intervención psicoterapéutica

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Dra. EVA SESMA PARDO
PSIQUIATRIA – OSI BILBAO BASURTO
INFORME FAVORABLE

Fdo.: Dr. Antonio Escobar Martinez
SECRETARIO
CEIC HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO




ANEXO III: Protocolo Ad Hoc

Nº PACIENTE:

Nº HISTORIA:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

SEXO:

1: varón

2: mujer

ESCOLARIDAD:

0: desconocido

1: 1º ESO

2: 2º ESO

3: 3º ESO

4: 4º ESO

5: graduado escolar

6: 1º bachiller

7: 2º bachiller

8: grado medio

9: grado superior

10: universidad

11: PCPI

12: otros

RESIDE CON:

0: desconocido

1: Padres biológicos

2: Padres adoptivos

3: Padre o madre (separados/divorciados)

4: Padre o madre (uno fallecido)

5: Otros familiares

6: Familia de acogida

7: Protección a la Infancia (hogar funcional)

8: Otros

MOTIVO DE DERIVACIÓN:

LUGAR DE DERIVACIÓN:

FECHA DE INICIO:

FECHA DE FIN:

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS:

-Inicio tratamiento ambulatorio:

-Ingresos: 1 si, 2 no

-Consumo de tóxicos: 1 si, 2 no

*Tabaco: 1 si (3 días/semana) 2 no

*OH: 1 si (fines de semana) 2 no

*THC: 1 si (1 vez/mes) 2 no

-Antecedentes de Abuso/Maltrato/Negligencia: 1 si, 2 no

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES: 1 si, 2 no

-Ingresos: 1 si, 2 no

-Tratamiento ambulatorio: 1 si, 2 no

-Toxicomanía: 1 si, 2 no

-Alcohol: 1 si, 2 no

DIAGNÓSTICO EJE I:

1: Trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento.

2: Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento.

3: Trastorno explosivo intermitente.

4: Trastorno del control de impulsos no especificado.

5: Trastorno negativista desafiante.

6: Trastorno disocial.

7: Trastorno del comportamiento perturbador no especificado.

DIAGNÓSTICO EJE II:

0: desconocido

1: trastorno personalidad

2: sospecha/aplazado

3: no existe

PUNTUACIÓN CDI:

Patológico (mayor o igual 17): 1 si, 2 no

CBCL

Patológico en clínica internalizante 1 si, 2 no

Patológico en clínica externalizante 1 si, 2 no

YSR

Patológico en clínica internalizante 1 si 2 no

Patológico en clínica externalizante 1 si, 2 no

ANEXO IV: Escalas

a) CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL)**CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 4-18 (padres)**

1991 TM Achenbach, U. of Vermont -Reproduce by permission.

Translation by: The Dellcrest Children's Centre & Earls court Child & Family Centre. Toronto, Canada

A. Pérez Rodríguez, Hospital Infanta Cristina. Badajoz

Fecha:

Nombre:

Apellidos:

Sexo:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Curso escolar:

 No va a la escuela

Por favor complete este cuestionario con su opinión sobre la conducta del niño(a), aunque otras personas no estén de acuerdo con Ud.

Si desea hacer algún comentario adicional o alguna pregunta, hágalo junto a ésta o en el espacio indicado en la página 4

Este cuestionario va a ser cumplimentado por: Padre Madre Otro: _____

Tipo de trabajo de los padres (Por favor, sea lo más específico posible, por ejemplo: Mecánico de coches, maestro de escuela superior, ama de casa, etc.)

● Padre:

● Madre:

I.

En qué deportes le gusta más a su niño(a) participar? Por ejemplo: natación, beisbol, patinar, montar en bicicleta, baloncesto, pescar, etc.

	Ninguno <input type="checkbox"/>	En comparación con otros niños(as) de su edad cuanto tiempo le dedica a cada uno de estos deportes?			En comparación con otros niños(as) de su edad como de bueno es en cada uno de estos deportes?			
		No lo se <input type="checkbox"/>	Menos que los demás <input type="checkbox"/>	Igual que los demás <input type="checkbox"/>	Más que los demás <input type="checkbox"/>	No lo se <input type="checkbox"/>	Menos que los demás <input type="checkbox"/>	Igual que los demás <input type="checkbox"/>
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II.

Cuales son las actividades, juegos o pasatiempos favoritos de su niño(a), aparte de los deportes? Por ejemplo: colección de sellos, muñecas, libros, piano, artesanías, mecánica, cantar, etc (No incluya escuchar la radio o ver la televisión).

Ninguno <input type="checkbox"/>	En comparación con otros niños(as) de su edad cuánto tiempo le dedica a cada uno de estos deportes?			En comparación con otros niños(as) de su edad como de bueno es en cada uno de estos deportes?				
	No lo se	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No lo se	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III.

A qué organizaciones, equipos, clubes o cualquier otro grupo pertenece su niño(a)?

Ninguno <input type="checkbox"/>	En comparación con otros niños(as) de su edad, cuánto tiempo dedica a cada grupo?			
	No se	Menos de lo normal	Normal	Más de lo normal
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV.

Qué tareas o trabajos tiene que hacer su niño(a)? Por ejemplo: hacer la cama, cuidar niños, repartir periódicos, etc (sean pagados o no).

Ninguno <input type="checkbox"/>	En comparación con otros niños(as) de su edad (como de bien hace cada tarea o trabajo)			
	No lo sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V.

1. Cuántos amigos(as) íntimos(as) tiene su niño(a)? [Sin incluir a hermanos(as)]

- Ninguno 1 2 ó 3 4 ó más

2. Sin contar las horas en que está en la escuela, con qué frecuencia se involucra en actividades con sus amigos?

- Menos de 1 vez por semana 1 ó 2 veces por semana 3 ó más

VI.

En comparación con otros niños(as) de la misma edad, cómo..

	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No tiene hermanos o hermanas
a. se lleva con sus hermanos y hermanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. se lleva con otros niños(as)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. se comporta con papá y mamá?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. jugar y hacer sus tareas por sí solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII.

1. Para niños de 6 años o más. Rendimiento escolar (Si no está en la escuela diga la razón).

	Fracasa	Debajo Media	Media	Encima Media
a. Lectura o lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Historia o Estudios Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Aritmética o matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ciencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras materias como por ejemplo: Idiomas, informática, comercio, etc. No incluya materias tales como: educación física, artes industriales, etc.

e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Su hijo(a) va a clases de refuerzo o está en una clase/escuela especial? No Sí

En qué tipo de clase o escuela especial está (ESPECIFIQUE:

3. Alguna vez ha repetido algún curso? No Sí

Qué curso o cursos ha repetido?

Por qué repitió ese(esos) curso(s)

4. Su hijo(a) ha tenido algún problema académico u otros problemas en la escuela? No Sí

Qué tipo de problemas? (DESCRIBA)

Cuando empezaron estos problemas?

Han terminado? No Sí
 Cuándo terminaron?

5. Padece el niño alguna enfermedad, problema físico o mental? No Sí
 Describa:

En el siguiente espacio explique qué es lo que más le preocupa acerca de su niño:

Describa qué es lo mejor que tiene su niño(a):

VIII. Instrucciones

A continuación hay una lista de comportamientos o de sentimientos que se observan en los niños(as). Si alguno de ellos describe a su hijo(a) durante los últimos **seis meses**, haga un círculo alrededor del número 2 si ocurre frecuentemente o si es muy cierto, y un círculo alrededor del número 1 si le puede aplicar a su hijo(a) solamente algunas veces. Si, según usted, puede apreciar que no es cierto o no se ha observado nunca durante los últimos seis meses, haga un círculo alrededor del 0.

Por favor conteste todas las frases lo mejor que usted pueda, aunque algunas frases parezcan que no están relacionadas con su niño(a).

0 = Falso (Hasta donde Vd. Sabe)	1 = De alguna manera o algunas veces es verdad	2 = Muy cierto o A menudo cierto
----------------------------------	--	----------------------------------

- 0 1 2 1. Actúa como un niño menor de su edad
- 0 1 2 2. Bebe alcohol sin la aprobación de los padres
- 0 1 2 3. Discute mucho
- 0 1 2 4. No termina las cosas que empieza
- 0 1 2 5. Hay muy pocas cosas de las que disfruta
- 0 1 2 6. Se hace caca fuera del baño

- 0 1 2 7. Es jactancioso o engreído
- 0 1 2 8. No se puede concentrar o prestar atención por mucho rato
- 0 1 2 9. No puede quitarse de la mente ciertos pensamientos. Está obsesionado
Describe:
- 0 1 2 10. No puede estar quieto, es inquieto o hiperactivo
- 0 1 2 11. Es demasiado dependiente o pegado a los adultos
- 0 1 2 12. Se queja de que se siente solo
- 0 1 2 13. Confuso, "como en las nubes"
- 0 1 2 14. Lloro mucho
- 0 1 2 15. Es cruel con los animales
- 0 1 2 16. Es abusón, cruel o malo con los demás
- 0 1 2 17. Sueña despierto, se pierde en sus propios pensamientos
- 0 1 2 18. Se hace daño a sí mismo deliberadamente o intenta suicidarse
- 0 1 2 19. Exige mucha atención
- 0 1 2 20. Destruye sus propias cosas

0 = Falso (Hasta donde Vd. Sabe)

**1 = De alguna manera o
algunas veces es verdad**

2 = Muy cierto o A menudo cierto

- 0 1 2 21. Destroza las pertenencias de sus familiares o las de otros niños
- 0 1 2 22. Es desobediente en casa
- 0 1 2 23. Es desobediente en la escuela
- 0 1 2 24. No come bien
- 0 1 2 25. No se lleva bien con otros niños/muchachos(as)
- 0 1 2 26. No parece sentirse culpable después de portarse mal
- 0 1 2 27. Se pone celoso fácilmente
- 0 1 2 28. Rompe normas en casa, en el colegio o en otros lugares
- 0 1 2 29. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o lugares (No incluya la escuela)
Describe:
- 0 1 2 30. Le da miedo a ir a la escuela
- 0 1 2 31. Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo
- 0 1 2 32. Siente que tiene que ser perfecto

- 0 1 2 33. Siente o se queja de que nadie le quiere
- 0 1 2 34. Siente que los demás le quieren perjudicar o fastidiar
- 0 1 2 35. Se siente inferior o como que no vale nada
- 0 1 2 36. Se da golpes a menudo, tiene muchos accidentes
- 0 1 2 37. Se mete mucho en peleas
- 0 1 2 38. Los demás le fastidian o se burlan de él a menudo
- 0 1 2 39. Se junta con niños/muchachos(as) que se meten en problemas
- 0 1 2 40. Oye cosas que no existen
Describe:
- 0 1 2 41. Es impulsivo, actúa sin pensar
- 0 1 2 42. Le gusta estar solo
- 0 1 2 43. Dice mentiras o hace trampas
- 0 1 2 44. Se muerde las uñas
- 0 1 2 45. Es nervioso, muy excitable, tenso

0 = Falso (Hasta donde Vd. Sabe)	1 = De alguna manera o algunas veces es verdad	2 = Muy cierto o A menudo cierto
----------------------------------	--	----------------------------------

- 0 1 2 46. Tiene movimientos nerviosos, tics
Describe:
- 0 1 2 47. Tiene pesadillas
- 0 1 2 48. No le cae bien a otros
- 0 1 2 49. Padece de estreñido o de dificultades intestinales
- 0 1 2 50. Tiene mucha ansiedad o le da mucho miedo
- 0 1 2 51. Se siente mareado
- 0 1 2 52. Se siente culpable por cualquier cosa
- 0 1 2 53. Come demasiado
- 0 1 2 54. Se cansa demasiado
- 0 1 2 55. Tiene exceso de peso
- 0 1 2 56. Tiene problemas físicos sin causa médica conocida:
 - 0 1 2 a. Dolores o molestias (no dolores de cabeza o estómago)
 - 0 1 2 b. Cefaleas, dolores de cabeza

- 0 1 2 c. Náuseas, ganas de vomitar
- 0 1 2 d. Problemas con los ojos (no si está corregido con gafas)
Describe:
- 0 1 2 e. Urticarias o erupciones en la piel
- 0 1 2 f. Dolores o retortijones de estómago
- 0 1 2 g. Vómitos
- 0 1 2 h. Otros
Describe:
- 0 1 2 57. Ataca físicamente a otras personas
- 0 1 2 58. Se mete los dedos en la nariz, se rasca la piel u otras partes del cuerpo con las uñas
Describe:
- 0 1 2 59. Juega con sus partes sexuales (genitales) en público
- 0 1 2 60. Juega demasiado con sus partes sexuales
- 0 1 2 61. Rendimiento escolar bajo

0 = Falso (Hasta donde Vd. Sabe)

**1 = De alguna manera o
algunas veces es verdad**

2 = Muy cierto o A menudo cierto

- 0 1 2 62. Es torpe o con poca coordinación
- 0 1 2 63. Prefiere jugar con niños/muchachos(as) mayores que él(ella)
- 0 1 2 64. Prefiere jugar con niños/muchachos(as) menores que él(ella)
- 0 1 2 65. Rehúsa hablar
- 0 1 2 66. Repite ciertas acciones una y otra vez, compulsiones
Describe:
- 0 1 2 67. Se fuga de casa
- 0 1 2 68. Grita mucho
- 0 1 2 69. Es reservado, mantiene sus cosas en secreto
- 0 1 2 70. Ve cosas que no están
Describe:
- 0 1 2 71. Muy vergonzoso, se avergüenza con facilidad
- 0 1 2 72. Prende fuegos

- 0 1 2 73. Problemas sexuales
Describe:
- 0 1 2 74. Le gusta lucirse, llamar la atención o hacerse el gracioso
- 0 1 2 75. Tímido
- 0 1 2 76. Duerme menos que la mayoría de los niño/muchachos(as)
- 0 1 2 77. Duerme más que la mayoría de los niños/muchachos(as) durante el día y/o la noche
Describe:
- 0 1 2 78. Es desatento o se distrae fácilmente
- 0 1 2 79. Tiene problemas para hablar o de pronunciación
Describe:
- 0 1 2 80. Se queda mirando al vacío
- 0 1 2 81. Roba en casa
- 0 1 2 82. Roba fuera de casa

0 = Falso (Hasta donde Vd. Sabe)	1 = De alguna manera o algunas veces es verdad	2 = Muy cierto o A menudo cierto
---	---	---

- 0 1 2 83. Almacena o guarda cosas que no necesita
Describe:
- 0 1 2 84. Se comporta de una manera extraña o rara
Describe:
- 0 1 2 85. Tiene ideas raras
Describe:
- 0 1 2 86. Testarudo, malhumorado, de mal genio o irritable
- 0 1 2 87. Su estado de ánimo o sentimientos cambian rápidamente
- 0 1 2 88. Refunfuña mucho
- 0 1 2 89. Desconfiado, receloso
- 0 1 2 90. Blasfema o dice malas palabras
- 0 1 2 91. Habla de quererse matar
- 0 1 2 92. Habla o camina cuando está dormido
Describe:
- 0 1 2 93. Habla demasiado

- 0 1 2 94. Se burla mucho de los demás
- 0 1 2 95. Le dan rabietas o tiene mal genio
- 0 1 2 96. Piensa demasiado sobre temas sexuales
- 0 1 2 97. Amenaza a otros
- 0 1 2 98. Se chupa el dedo
- 0 1 2 99. Fuma, mastica o esnifa tabaco
- 0 1 2 100. No duerme bien
Describe:
- 0 1 2 101. Falta a escuela/colegio sin motivos
- 0 1 2 102. Poco activo, lento o falta de energía
- 0 1 2 103. Infeliz, triste o deprimido
- 0 1 2 104. Ruidoso o "vocinglero"

0 = Falso (Hasta donde Vd. Sabe)

1 = De alguna manera o
algunas veces es verdad

2 = Muy cierto o A menudo cierto

- 0 1 2 105. Consume drogas no prescritas por el médico (no incluir alcohol ni tabaco)
Describe:
- 0 1 2 106. Vandalismo (como destruir ventanas, coches u otras cosas)
- 0 1 2 107. Se orina los pantalones durante el día
- 0 1 2 108. Se orina en la cama
- 0 1 2 109. Se queja o se lamenta mucho
- 0 1 2 110. Desearía ser del sexo opuesto
- 0 1 2 111. Ensimismado, retraído no se relaciona con los demás
- 0 1 2 112. Se preocupa demasiado por todo
- 0 1 2 113. Díganos cualquier otro problema que su hijo(a) tenga y que no haya sido mencionado:
- 0 1 2 _____
- 0 1 2 _____
- 0 1 2 _____

b) YOUTH SELF REPORT (YSR)

YSR

1991 TM Achenbach, U. of Vermont -Reproduce by permission.

Translation by: The Dellcrest Children's Centre & EarlsCourt Child & Family Centre. Toronto, Canada

Fecha:

Nombre:

Apellidos:

Sexo:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Curso escolar:

No acudo a la escuela

Por favor completa este cuestionario con tu opinión, aunque otras personas no estén de acuerdo contigo.

Si deseas hacer algún comentario adicional o alguna pregunta, hazlo junto a ésta o en el espacio indicado en la página 4

Tipo de trabajo de los padres (Por favor, se lo más específico posible, por ejemplo: Mecánico de coches, maestro de escuela superior, ama de casa, etc.)

● Padre:

● Madre:

I.

¿En qué deportes te gusta más participar? Por ejemplo: natación, beisbol, patinar, montar en bicicleta, baloncesto, pescar, etc.

	Ninguno <input type="checkbox"/>	En comparación con otros niños(as) de tu edad cuanto tiempo le dedicas a cada uno de estos deportes?	En comparación con otros niños(as) de tu edad como de bueno eres en cada uno de estos deportes?
	No lo se <input type="checkbox"/>	Menos que los demás <input type="checkbox"/>	Menos que los demás <input type="checkbox"/>
	los demás <input type="checkbox"/>	Igual que <input type="checkbox"/>	Igual que <input type="checkbox"/>
		Más que No lo se <input type="checkbox"/>	Más que <input type="checkbox"/>
		los demás <input type="checkbox"/>	los demás <input type="checkbox"/>
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II.

Cuales son tus actividades, juegos o pasatiempos favoritos, aparte de los deportes? Por ejemplo: colección de sellos, muñecas, libros, piano, artesanías, mecánica, cantar, etc (No incluyas escuchar la radio o ver la televisión).

	Ninguno <input type="checkbox"/>	En comparación con otros niños(as) de tu edad cuánto tiempo le dedicas a cada uno de estos deportes?	En comparación con otros niños(as) de tu edad como de bueno eres en cada uno de estos deportes?
--	----------------------------------	--	---

	No lo se	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No lo se	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás
a. _____	<input type="checkbox"/>							
b. _____	<input type="checkbox"/>							
c. _____	<input type="checkbox"/>							

III.
A qué organizaciones, equipos, clubes o cualquier otro grupo perteneces?

Ninguno En comparación con otros niños(as) de tu edad, cuánto tiempo dedica a cada grupo?

	No se	Menos de lo normal	Normal	Más de lo normal
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV.
Qué tareas o trabajos tienes que hacer? Por ejemplo: hacer la cama, cuidar niños, repartir periódicos, etc (sean pagados o no).

Ninguno En comparación con otros niños(as) de tu edad ¿Cómo de bien haces cada tarea o trabajo?

	No lo sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V.
1. Cuántos amigos(as) íntimos(as) tienes? [Sin incluir a hermanos(as)]

Ninguno 1 2 ó 3 4 ó más

2. Sin contar las horas en que está en la escuela, con qué frecuencia te involucras en actividades con tus amigos?

Menos de 1 vez por semana 1 ó 2 veces por semana 3 ó más

VI.
En comparación con otros niños(as) de tu edad, cómo..

	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No tengo hermanos o hermanas
a. te llevas con tus hermanos y hermanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. te llevas con otros niños(as)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. te comportas con papá y mamá?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. juegas y haces tus tareas por sí solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII.

1. Para niños de 6 años o más. Rendimiento escolar (Si no está en la escuela diga la razón).

	Fracaso	Debajo Media	Media	Encima Media
a. Lectura o lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Historia o Estudios Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Aritmética o matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ciencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras materias como por ejemplo: Idiomas, informática, comercio, etc. No incluya materias tales como: educación física, artes industriales, etc.

e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿estás en una clase o escuela especial? No Sí
 En qué tipo de clase o escuela especial estás (ESPECIFIQUE):

3. Alguna vez has repetido algún curso? No Sí
 Qué curso o cursos ha repetido?
 Por qué repetiste ese(esos) curso(s)

4. Has tenido algún problema académico u otros problemas en la escuela? No Sí
 Qué tipo de problemas? (DESCRIBA)
 Cuando empezaron estos problemas?
 Han terminado? No Sí
 Cuándo terminaron?

5. Padeces alguna enfermedad, problema físico o mental? No Sí
 Describe:

En el siguiente espacio explique qué es lo que más te preocupa acerca de ti:

Describe qué es lo mejor de ti:

VIII. Instrucciones

A continuación, hay una lista de comportamientos o de sentimientos que se observan en los niños(as) y adolescentes.

Si alguno de ellos los has tenido durante los últimos **seis meses**, haz un círculo alrededor del número 2 si ocurre frecuentemente o si es muy cierto, y un círculo alrededor del número 1 si solo lo has tenido algunas veces. Si no es cierto o no lo has observado nunca durante los últimos seis meses, haz un círculo alrededor del 0.

Por favor conteste todas las frases lo mejor que puedas, aunque algunas frases parezcan que no están relacionadas contigo.

0 = Falso (Hasta donde Vd. Sabe)

1 = De alguna manera o algunas veces es verdad

2 = Muy cierto o A menudo cierto

- 0 1 2 1. Actúo como un niño menor de su edad
- 0 1 2 2. Bebo alcohol sin la aprobación de mis padres
- 0 1 2 3. Discuto mucho
- 0 1 2 4. No termino las cosas que empiezo
- 0 1 2 5. Hay muy pocas cosas de las que disfruto
- 0 1 2 6. Me gustan los animales
- 0 1 2 7. Soy jactancioso o engreído
- 0 1 2 8. No me puede concentrar o prestar atención por mucho rato
- 0 1 2 9. No puedo quitarme de la mente ciertos pensamientos. Estoy obsesionado
Describe:
- 0 1 2 10. No puedo estar quieto, soy inquieto o hiperactivo

- 0 1 2 11. Soy demasiado dependiente o pegado a los adultos
- 0 1 2 12. Me quejo de que me siento solo
- 0 1 2 13. Confuso, "como en las nubes"
- 0 1 2 14. Lloro mucho
- 0 1 2 15. Soy honesto y sincero
- 0 1 2 16. Soy abusón, cruel o malo con los demás
- 0 1 2 17. Sueño despierto, me pierdo en mis propios pensamientos
- 0 1 2 18. Me hago daño a mí mismo deliberadamente o intento suicidarme
- 0 1 2 19. Exijo mucha atención
- 0 1 2 20. Destruyo mis propias cosas

0 = Falso (Hasta donde Vd. Sabe)	1 = De alguna manera o algunas veces es verdad	2 = Muy cierto o A menudo cierto
---	---	---

- 0 1 2 21. Destrozo las pertenencias de mis familiares o las de otros niños
- 0 1 2 22. Soy desobediente en casa
- 0 1 2 23. Soy desobediente en la escuela
- 0 1 2 24. No como tan bien como debería
- 0 1 2 25. No me llevo bien con otros niños/muchachos(as)
- 0 1 2 26. No parezco sentirme culpable después de portarme mal
- 0 1 2 27. Me pongo celoso fácilmente
- 0 1 2 28. Rompo las normas en casa, en el colegio o en otros lugares
- 0 1 2 29. Tengo miedo a ciertos animales, situaciones o lugares (No incluye la escuela)
Describe:
- 0 1 2 30. Me da miedo a ir a la escuela
- 0 1 2 31. Tengo miedo de que pueda pensar o hacer algo malo
- 0 1 2 32. Siento que tengo que ser perfecto
- 0 1 2 33. Siento o me quejo de que nadie me quiere
- 0 1 2 34. Siento que los demás me quieren perjudicar o fastidiar
- 0 1 2 35. Me siento inferior o como que no valgo nada
- 0 1 2 36. Me doy golpes a menudo, tengo muchos accidentes
- 0 1 2 37. Me meto mucho en peleas

- 0 1 2 38. Los demás me fastidian o se burlan de mí a menudo
- 0 1 2 39. Me junto con niños/muchachos(as) que se meten en problemas
- 0 1 2 40. Oigo cosas que no existen
Describe:
- 0 1 2 41. Soy impulsivo, actúo sin pensar
- 0 1 2 42. Me gusta estar solo
- 0 1 2 43. Digo mentiras o hago trampas
- 0 1 2 44. Me muerdo las uñas
- 0 1 2 45. Soy nervioso, muy excitable, tenso

0 = Falso (Hasta donde Vd. Sabe)

1 = De alguna manera o
algunas veces es verdad

2 = Muy cierto o A menudo cierto

- 0 1 2 46. Tengo movimientos nerviosos, tics
Describe:
- 0 1 2 47. Tengo pesadillas
- 0 1 2 48. No caigo bien a otros
- 0 1 2 49. Puedo hacer cosas mejor que otros niños
- 0 1 2 50. Tengo mucha ansiedad o me da mucho miedo
- 0 1 2 51. Me siento mareado
- 0 1 2 52. Me siento culpable por cualquier cosa
- 0 1 2 53. Como demasiado
- 0 1 2 54. Me canso demasiado
- 0 1 2 55. Tengo exceso de peso
- 0 1 2 56. Tengo problemas físicos sin causa médica conocida:
- 0 1 2 a. Dolores o molestias (no dolores de cabeza ni de estómago)
- 0 1 2 b. Cefaleas, dolores de cabeza
- 0 1 2 c. Náuseas, ganas de vomitar
- 0 1 2 d. Problemas con los ojos (no si está corregido con gafas)
Describe:
- 0 1 2 e. Urticarias o erupciones en la piel

0 1 2 f. Dolores o retortijones de estómago

0 1 2 g. Vómitos

0 1 2 h. Otros

Describe:

0 1 2 57. Ataco físicamente a otras personas

0 1 2 58. Me meto los dedos en la nariz, me rasco la piel u otras partes del cuerpo con las uñas

Describe:

0 1 2 59. Puedo ser bastante amistoso

0 1 2 60. Me gusta probar cosas nuevas

0 1 2 61. Rendimiento escolar bajo

0 = Falso (Hasta donde Vd. Sabe)

**1 = De alguna manera o
algunas veces es verdad**

2 = Muy cierto o A menudo cierto

0 1 2 62. Soy torpe o con poca coordinación

0 1 2 63. Prefiere jugar con niños/muchachos(as) mayores que yo

0 1 2 64. Prefiero jugar con niños/muchachos(as) menores que él yo

0 1 2 65. Rehúso hablar

0 1 2 66. Repito ciertas acciones una y otra vez, compulsiones

Describe:

0 1 2 67. Me fugo de casa

0 1 2 68. Grito mucho

0 1 2 69. Soy reservado, mantengo miss cosas en secreto

0 1 2 70. Veo cosas que no están

Describe:

0 1 2 71. Muy vergonzoso, me avergüenzo con facilidad

0 1 2 72. Prendo fuegos

0 1 2 73. Soy habilidoso con las manos

0 1 2 74. Me gusta lucirme, llamar la atención o hacerse el gracioso

0 1 2 75. Tímido

0 1 2 76. Duermo menos que la mayoría de los niño/muchachos(as)

0 1 2 77. Duermo más que la mayoría de los niños/muchachos(as) durante el día y/o la noche
Describe:

0 1 2 78. Soy desatento o me distraigo con facilidad

0 1 2 79. Tengo problemas para hablar o de pronunciación
Describe:

0 1 2 80. Hago valer mis derechos

0 1 2 81. Robo en casa

0 1 2 82. Robo fuera de casa

0 = Falso (Hasta donde Vd. Sabe)

1 = De alguna manera o
algunas veces es verdad

2 = Muy cierto o A menudo cierto

0 1 2 83. Almaceno o guardo cosas que no necesito
Describe:

0 1 2 84. Me comporto de una manera extraña o rara
Describe:

0 1 2 85. Tengo ideas raras
Describe:

0 1 2 86. Testarudo, malhumorado, de mal genio o irritable

0 1 2 87. Tu estado de ánimo o sentimientos cambian rápidamente

0 1 2 88. Disfruto de estar con otras personas

0 1 2 89. Desconfiado, receloso

0 1 2 90. Insulto o digo malas palabras

0 1 2 91. Hablo de quererme matar

0 1 2 92. Me gusta hacer reír a los demás
Describe:

0 1 2 93. Hablo demasiado

0 1 2 94. Me burlo mucho de los demás

0 1 2 95. Me dan rabietas o tengo mal genio

0 1 2 96. Pienso demasiado sobre temas sexuales

0 1 2 97. Amenao a otros

0 1 2 98. Me gusta ayudar a los demás

0 1 2 99. Fumo, mastico o esnifo tabaco

0 1 2 100. No duermo bien
Describe:

0 1 2 101. Falto a la escuela/colegio sin motivos

0 1 2 102. Poco activo, lento o falto de energía

0 1 2 103. Infeliz, triste o deprimido

0 1 2 104. Ruidoso o "vocinglero"

0 = Falso (Hasta donde Vd. Sabe)	1 = De alguna manera o algunas veces es verdad	2 = Muy cierto o A menudo cierto
----------------------------------	--	----------------------------------

0 1 2 105. Tomo drogas no prescritas por un médico (no incluye alcohol ni tabaco)
Describe:

0 1 2 106. Intento ser justo con los demás

0 1 2 107. Disfruto de un buen chiste

0 1 2 108. Me gusta tomar la vida fácil

0 1 2 109. Intento ayudar a los demás cuando puedo

0 1 2 110. Desearía ser del sexo opuesto

0 1 2 111. Ensimismado, retraído no me relaciono con los demás

0 1 2 112. Me preocupo demasiado por todo

0 1 2 113. Dinos cualquier otro problema que tengas que no hayamos mencionado:

0 1 2 _____

0 1 2 _____

0 1 2 _____

c) CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY (CDI)**CDI**

1.

 Estoy triste de vez en cuando. Estoy triste muchas veces. Estoy triste siempre.

2.

 No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien. Las cosas me saldrán bien.

3.

 Hago bien la mayoría de las cosas. Hago mal muchas cosas. Todo lo hago mal.

4.

 Me divierten muchas cosas. Me divierten algunas cosas. Nada me divierte.

5.

 Soy malo siempre. Soy malo muchas veces. Soy malo algunas veces.

6.

 A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas. Me preocupa que me ocurran cosas malas.

Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles.

7.

Me odio.

No me gusta como soy.

Me gusta como soy.

8.

Todas las cosas malas son culpa mía.

Muchas cosas malas son culpa mía.

Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.

9.

No pienso en matarme.

Pienso en matarme pero no lo haría.

Quiero matarme.

10.

Tengo ganas de llorar todos los días.

Tengo ganas de llorar muchos días.

Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.

11.

Las cosas me preocupan siempre.

Las cosas me preocupan muchas veces.

Las cosas me preocupan de cuando en cuando.

12.

Me gusta estar con la gente.

Muy a menudo no me gusta estar con la gente.

No quiero en absoluto estar con la gente.

13.

No puedo decidirme.

Me cuesta decidirme.

Me decido fácilmente.

14.

Tengo buen aspecto.

Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.

Soy feo.

15.

Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.

Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes.

No me cuesta ponerme a hacer los deberes.

16.

Todas las noches me cuesta dormirme.

Muchas noches me cuesta dormirme.

Duermo muy bien.

17.

Estoy cansado de cuando en cuando.

Estoy cansado muchos días.

Estoy cansado siempre.

18.

La mayoría de los días no tengo ganas de comer.

Muchos días no tengo ganas de comer.

Como muy bien.

19.

No me preocupa el dolor ni la enfermedad.

Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.

Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.

20.

Nunca me siento solo.

Me siento solo muchas veces.

Me siento solo siempre.

21.

Nunca me divierto en el colegio.

Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.

Me divierto en el colegio muchas veces.

22.

Tengo muchos amigos.

Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.

No tengo amigos.

23.

Mi trabajo en el colegio es bueno.

Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.

Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.

24.

Nunca podré ser tan bueno como otros niños.

Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.

Soy tan bueno como otros niños.

25.

Nadie me quiere.

No estoy seguro de que alguien me quiera.

Estoy seguro de que alguien me quiere.

26.

Generalmente hago lo que me dicen.

Muchas veces no hago lo que me dicen.

27.

Me llevo bien con la gente.

Me peleo muchas veces.

Me peleo siempre.

ANEXO V: Guión y modificaciones para los grupos focales

I. Presentación y agradecimiento del conductor.

-“Habéis participado en una experiencia grupal en la que habéis aprendido habilidades, acudisteis semanalmente los miércoles durante varios meses, y como sabéis ahora estáis participando en una investigación a cuyo equipo pertenezco. Esta reunión es una parte importante de la investigación. La entrevista va a ser grabada y solo será utilizada por el equipo de investigación y su contenido será confidencial”.

-“Os voy a plantear unas cuestiones para que expreséis vuestras propias vivencias u opiniones al respecto. Lo que digáis no es correcto ni incorrecto, es sencillamente vuestra experiencia personal. Es importante que nos centremos en estos temas debido al tiempo limitado que tenemos para esto, si en algún momento la conversación se desvía a temas menos relevantes para la investigación os lo señalaré.

-Vamos a dedicar aproximadamente una hora y media a esta sesión”.

II. Primer bloque: Aspectos relacionados con la experiencia de enfermedad

Objetivo: captar la narrativa espontanea sobre vivencia de la enfermedad en la actualidad.

-¿Cómo os encontrabais antes de acudir a la terapia?

-En aquel momento, ¿qué era problemático para vosotros?

-¿Qué dificultades teníais? *¿Condicionaban vuestra vida?*

-Esas dificultades, ¿qué repercusión tenían en vuestra actividad académica?, ¿y en la relación con vuestra familia?, ¿y en la relación con la gente de vuestra edad?

III. Segundo Bloque: Aspectos relacionados con motivación ante la terapia

-En el momento que os propusieron venir a la terapia, ¿qué información os dieron?, ¿Qué os pareció cuando os propusieron venir? *¿Qué idea os hicisteis de la terapia antes de comenzar a acudir?*

-¿Estabais interesados en acudir? ¿De quien fue la decisión de acudir al grupo?

-¿Cuál es vuestra opinión sobre la influencia de la motivación en el aprovechamiento de la terapia?

- *El acudir a la terapia, ¿interfería de algún modo en tu vida cotidiana?*

IV. Tercer bloque: Aspectos relacionados con la experiencia de la terapia

-¿Cómo vivisteis vuestra participación en el grupo de formación en habilidades según el modelo DBT? ¿Qué os pareció?

-En el grupo que participasteis había dos terapeutas, ¿qué significó para vosotros la relación con ellos? ¿qué relación establecisteis? ¿Destacaríais algún aspecto importante de la relación con ellos?

-Como hemos dicho antes vinisteis semanalmente al grupo y conocisteis a otras personas que también acudían con vosotros, ¿cómo fue la relación con los compañeros del grupo?, ¿qué tipo de relación establecisteis con ellos? ¿Destacarías algún aspecto importante de la relación con ellos?

-*En el grupo hablabais de vuestras vivencias y dificultades, ¿cómo vivisteis el hecho de compartirlas con los demás compañeros? Y a su vez, ¿tenía algún efecto en vosotros mismos el conocer las experiencias de los demás? ¿qué repercusión tenía en vosotros?*

-*¿Teníais experiencias grupales anteriores antes de acudir a esta terapia?, si es así, ¿en algo son comparables con el grupo de formación en habilidades?, ¿queréis hacer algún comentario sobre ambas experiencias grupales?*

-En la terapia que acudisteis se trabajaba con fichas, ¿qué os pareció el material que os proporcionaron?

-¿Recordáis alguna habilidad o algún contenido que fue especialmente útil para vosotros?

-Si recordáis, cada sesión tenía varias partes (mindfulness, corregir deberes, dar nuevo material, representación de situaciones que habíais vivido durante la semana...), ¿habría alguna parte de la sesión que os gustaría mencionar?

-¿Qué te aportó el contenido que aprendiste?

-En la terapia se enseñaban habilidades con el fin de que su puesta en práctica en la vida cotidiana os ayudara a resolver dificultades, ¿Cuál fue tu experiencia? ¿Qué opinión tenéis sobre vuestra experiencia de ponerlas en marcha en situaciones reales de vuestra vida cotidiana?

-Acudisteis varios meses a terapia, en alguna ocasión igual tuvisteis que faltar por algún motivo a una o más sesiones ¿Qué experiencia tenáis cuando faltabais a alguna sesión y os incorporabais de nuevo a la siguiente? ¿Influía si faltabais varias semanas consecutivas o semanas alternas?

V. Cuarto bloque: Aspectos relacionados con resultados de la terapia

-Teniendo en cuenta vuestra experiencia sobre los problemas o dificultades que tenáis antes de empezar el grupo, ¿creéis que ha cambiado ésta tras la finalización del mismo?

-¿Cómo ha repercutido el acudir al grupo en vosotros?, ¿y en vuestro entorno familiar? ¿y en vuestra relación con gente de vuestra edad?

-De todo lo que ha supuesto para vosotros acudir a la terapia (aprendizaje de habilidades, relación con compañeros, relación con terapeuta...) ¿queréis señalar algo que para vosotros haya sido de mayor utilidad o relevancia?, ¿existe algún elemento que destacaríais por encima de otro?

VI. Despedida y agradecimientos.

*Las preguntas que aparecen en cursiva son las que se han ido añadiendo al guion inicial.

ANEXO VI: Criterios de calidad en investigación cualitativa

Qualitative research review guidelines, RATS (Clark, 2003)

ASK THIS OF THE MANUSCRIPT	THIS SHOULD BE INCLUDED IN THE MANUSCRIPT	✓
<p>R Relevance of study question</p> <p>Is the research question interesting?</p> <p>Is the research question relevant to clinical practice, public health, or policy?</p>	<p>Research question explicitly stated</p> <p>Research question justified and linked to the existing knowledge base (empirical research, theory, policy)</p>	<p>✗</p> <p>✗</p>
<p>A Appropriateness of qualitative method</p> <p>Is qualitative methodology the best approach for the study aims?</p> <p><i>Interviews:</i> experience, perceptions, behaviour, practice, process</p> <p><i>Focus groups:</i> group dynamics, convenience, non-sensitive topics</p> <p><i>Ethnography:</i> culture, organizational behaviour, interaction</p> <p><i>Textual analysis:</i> documents, art, representations, conversations</p>	<p>Study design described and justified e.g., why was a particular method (i.e., interviews) chosen?</p>	<p>✗</p>
ASK THIS OF THE MANUSCRIPT	THIS SHOULD BE INCLUDED IN THE MANUSCRIPT	✓
<p>R Relevance of study question</p> <p>Is the research question interesting?</p> <p>Is the research question relevant to clinical practice, public health, or policy?</p>	<p>Research question explicitly stated</p> <p>Research question justified and linked to the existing knowledge base (empirical research, theory, policy)</p>	<p>✗</p> <p>✗</p>
<p>A Appropriateness of qualitative method</p> <p>Is qualitative methodology the best approach for the study aims?</p> <p><i>Interviews:</i> experience, perceptions, behaviour, practice, process</p> <p><i>Focus groups:</i> group dynamics, convenience, non-sensitive topics</p> <p><i>Ethnography:</i> culture, organizational behaviour, interaction</p> <p><i>Textual analysis:</i> documents, art, representations, conversations</p>	<p>Study design described and justified e.g., why was a particular method (i.e., interviews) chosen?</p>	<p>✗</p>

ASK THIS OF THE MANUSCRIPT	THIS SHOULD BE INCLUDED IN THE MANUSCRIPT	✓
R Relevance of study question Is the research question interesting? Is the research question relevant to clinical practice, public health, or policy?	Research question explicitly stated Research question justified and linked to the existing knowledge base (empirical research, theory, policy)	✗ ✗
A Appropriateness of qualitative method Is qualitative methodology the best approach for the study aims? <i>Interviews:</i> experience, perceptions, behaviour, practice, process <i>Focus groups:</i> group dynamics, convenience, non-sensitive topics <i>Ethnography:</i> culture, organizational behaviour, interaction <i>Textual analysis:</i> documents, art, representations, conversations	Study design described and justified e.g., why was a particular method (i.e., interviews) chosen?	✗

T Transparency of procedures		
<p><i>Sampling</i></p> <p>Are the participants selected the most appropriate to provide access to type of knowledge sought by the study? Is the sampling strategy appropriate?</p>	<p>Criteria for selecting the study sample justified and explained <i>theoretical</i>: based on pre conceived or emergent theory <i>purposive</i>: diversity of opinion <i>volunteer</i>: feasibility, hard-to-reach groups</p>	✘
<p><i>Recruitment</i></p> <p>Was recruitment conducted using appropriate methods? Is the sampling strategy appropriate?</p> <p>Could there be selection bias?</p>	<p>Details of how recruitment was conducted and by whom</p> <p>Details of who chose not to participate and why</p>	✘ ✘
<p><i>Data collection</i></p> <p>Was collection of data systematic and comprehensive?</p> <p>Are characteristics of the study group and setting clear?</p> <p>Why and when was data collection stopped, and is this reasonable?</p>	<p>Method (s) outlined and examples given (e.g., interview questions)</p> <p>Study group and setting clearly described</p> <p>End of data collection justified and described</p>	✘ ✘ ✘
<p><i>Role of researchers</i></p> <p>Is the researcher (s) appropriate? How might they bias (good and bad) the conduct of the study and results?</p> <p>Why and when was data collection stopped, and is this reasonable?</p>	<p>Do the researchers occupy dual roles (clinician and researcher)? Are the ethics of this discussed? Do the researcher(s) critically examine their own influence on the formulation of the research question, data collection, and interpretation?</p> <p>End of data collection justified and described</p>	✘ ✘ ✘
<p><i>Role of researchers</i></p> <p>Is the researcher (s) appropriate? How might they bias (good and bad) the conduct of the study and results?</p>	<p>Do the researchers occupy dual roles (clinician and researcher)? Are the ethics of this discussed? Do the researcher(s) critically examine their own influence on the formulation of the research question, data collection, and interpretation?</p>	✘ ✘
<p><i>Ethics</i></p> <p>Was informed consent sought and granted?</p> <p>Were participants' anonymity and confidentiality ensured?</p> <p>Was approval from an appropriate ethics committee received?</p>	<p>Informed consent process explicitly and clearly detailed</p> <p>Anonymity and confidentiality discussed</p> <p>Ethics approval cited</p>	✘ ✘ ✘

<p>5 Soundness of interpretive approach</p> <p><i>Analysis</i></p> <p>Is the type of analysis appropriate for the type of study? <i>thematic: exploratory, descriptive, hypothesis generating framework: e.g., policy</i> <i>constant comparison/grounded theory: theory generating, analytical</i></p> <p>Are the interpretations clearly presented and adequately supported by the evidence?</p> <p>Are quotes used and are these appropriate and effective?</p> <p>Was trustworthiness/reliability of the data and interpretations checked?</p>	<p>Analytic approach described in depth and justified</p> <p><i>Indicators of quality: Description of how themes were derived from the data (inductive or deductive)</i> Evidence of alternative explanations being sought Analysis and presentation of negative or deviant cases Description of the basis on which quotes were chosen Semi-quantification when appropriate Illumination of context and/or meaning, richly detailed</p> <p>Method of reliability check described and justified e.g., was an audit trail, triangulation, or member checking employed? Did an independent analyst review data and contest themes? How were disagreements resolved?</p>	<p>×</p> <p>×</p> <p>×</p> <p>×</p>
<p><i>Discussion and presentation</i></p> <p>Are findings sufficiently grounded in a theoretical or conceptual framework?</p> <p>Is adequate account taken of previous knowledge and how the findings add?</p> <p>Are the limitations thoughtfully considered?</p> <p>Is the manuscript well written and accessible?</p>	<p>Findings presented with reference to existing theoretical and empirical literature, and how they contribute</p> <p>Strengths and limitations explicitly described and discussed</p> <p>Evidence of following guidelines (format, word count) Detail of methods or additional quotes contained in appendix Written for a health sciences audience</p>	<p>×</p> <p>×</p> <p>×</p>
		?
<p>Are red flags present? these are common features of ill conceived or poorly executed qualitative studies, are a cause for concern, and must be viewed critically. They might be fatal flaws, or they may result from lack of detail or clarity.</p>	<p><i>Grounded theory: not a simple content analysis but a complex, sociological, theory generating approach</i> <i>Jargon: descriptions that are trite, pat, or jargon filled should be viewed sceptically</i> <i>Over interpretation: interpretation must be grounded in "accounts" and semi-quantified if possible or appropriate</i> <i>Seems anecdotal, self evident: may be a superficial analysis, not rooted in conceptual framework or linked to previous knowledge, and lacking depth</i> <i>Consent process thinly discussed: may not have met ethics requirements</i> <i>Doctor-researcher: consider the ethical implications for patients and the bias in data collection and interpretation</i></p>	<p>×</p>
<p>The RATS guidelines modified for BioMed Central are copyright Jocalyn Clark, BMJ. They can be found in Clark JP: How to peer review a qualitative manuscript. In <i>Peer Review in Health Sciences</i>. Second edition. Edited by Godlee F, Jefferson T. London: BMJ Books; 2003:219-235</p>		

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	
Gender	4	Was the researcher male or female?	
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	
Sample size	12	How many participants were in the study?	
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

ANEXO VII: Resultados, índices de las categorías

1) EXPERIENCIA DE ENFERMEDAD
<i>1.1 Conciencia de problema</i>
1.1.1 Externalización
1.1.2 Ocultación de síntomas
<i>1.2 Relaciones interpersonales</i>
1.2.1 Vivencias de perjuicio
1.2.2 Aislamiento
1.2.3 Repercusión en relaciones que mantienen otros entre sí
1.2.4 Repercusión en las relaciones
1.2.4.1 Con los demás
1.2.4.1.1 con amigos
1.2.4.1.2 con familia
1.2.4.2 Con uno mismo
<i>1.3 Impulsividad</i>
1.3.1 Manejo desadaptativo del malestar
1.3.2 Descontrol
<i>1.4 Identidad</i>
1.4.1 Autoconcepto
1.4.2 Identidad de enfermo inmodificable
<i>1.5 Regulación de emociones</i>
1.5.1 Acumulación del malestar

1.5.2 Bloqueo de la comunicación
1.5.3 Trastornos de ánimo
1.5.4 Autoagresividad/autodestrucción
1.5.4.1 autolesiones
1.5.5 Alimentación
1.5.6 Sentimientos de soledad/abandono
<i>1.6 Repercusión en el funcionamiento global</i>
<i>1.7 Ingreso</i>
<i>1.8 Entorno</i>
1.8.1 Ayuda
1.8.2 Problema
1.8.3 Estigma
2) MOTIVACIÓN PARA LA TERAPIA
<i>2.1 Importancia del momento de evolución de la enfermedad</i>
<i>2.2 Faltas de asistencia</i>
<i>2.3 Expectativas pregrupo</i>
<i>2.4 Motivación externa para el tratamiento</i>
<i>2.5 Motivación propia para el tratamiento</i>
<i>2.6 Resistencia al cambio/a recibir ayuda</i>
3) EXPERIENCIA DE LA TERAPIA
<i>3.1 Ocultación del tratamiento</i>

3.2 <i>Repercusión en actividad cotidiana</i>
3.3 <i>Espacio grupal</i>
3.3.1 Confrontación necesaria
3.3.2 Dinámica participativa
3.3.3 Favorece relaciones interpersonales
3.3.4 Evacuación del malestar a través de la palabra
3.3.5 Heterogeneidad efecto positivo
3.3.6 Efecto perjudicial de otras psicoterapias previas
3.3.7 Ambiente validante
3.3.8 Apoyo
3.4 <i>Contenido</i>
3.4.1 Deberes
3.4.1.1 cumplimiento
3.4.1.2 no cumplimiento
3.4.2 Material más recordado
3.4.2.1 Habilidades de efectividad interpersonal
3.4.2.2 Habilidades básicas de conciencia
3.4.2.3 Habilidades de tolerancia al malestar
3.4.2.4 Habilidades de regulación de las emociones
3.4.3 Generalización no consciente
3.4.4 Generalización consciente
3.4.5 Importancia de las imágenes

3.4.6 Devaluación hacia el contenido
<i>3.5 Relación con compañeros</i>
3.5.1 Diferenciación
3.5.2 Aspectos positivos
3.5.2.1 Apoyo
3.5.2.2 Posibilidad de relación de amistad
3.5.2.3 Universalización
3.5.3 Aspectos negativos
3.5.3.1 Incumplimiento normas grupo/no aceptación
3.5.3.2 Relaciones pregrupo
3.5.3.3 Efecto perjudicial de la sintomatología propia en otros
3.5.3.4 Efecto perjudicial de las relaciones fuera de la terapia
3.5.3.5 No diferenciar relación compañeros vs relación amistad
3.5.3.6 Influencia de la sintomatología de los demás en uno mismo
<i>3.6 Relación con terapeutas</i>
3.6.1 Idealización
3.6.2 Expectativas negativas iniciales
3.6.3 Evolución de la relación terapéutica
3.6.4 Necesidad de su presencia para la comunicación
3.6.5 Aspectos +
3.6.5.1 Reconocimiento de lo mental
3.6.5.2 Refuerzo +

3.6.5.3 Interés genuino de ayuda
3.6.5.4 Apoyo
3.6.5.5 Confianza
4) RESULTADOS DE LA TERAPIA
<i>4.1 Valoración positiva</i>
<i>4.2 Efectos beneficiosos/temporalidad</i>
<i>4.3 Mejoría parcial</i>
<i>4.4 Entendimiento de la enfermedad/conciencia de enfermedad</i>
<i>4.5 Elección propia de cambio</i>
<i>4.6 Cambios</i>
4.6.1 Visión equilibrada de las cosas
4.6.2 Abandono identidad de enferma
4.6.3 Motivación
4.6.4 Personalidad menos influenciable
4.6.5 Relación con el terapeuta de ayuda
4.6.6 Ganas de relacionarse
4.6.7 Elaborar emociones con la palabra
4.6.8 Pensar al actuar
4.6.9 Actividad reflexiva
4.6.10 Mejora del autocontrol
4.6.11 Mejora de la relación con uno mismo
4.6.12 Autoaceptación

4.6.13 Mejora de las relaciones con los demás
4.7 GP valoración positiva
4.7.1 Compartir experiencia con otros padres
4.7.2 Ayuda en situaciones de crisis
4.7.3 Mejora empatía/entender la enfermedad
4.7.4 Mejora relación con padres

