



Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

**LECCIONES APRENDIDAS Y CONSTRUCCIÓN DE UN MANUAL DESDE EL ÁMBITO CLÍNICO
PARA EL ABORDAJE DE ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN
EN UN SERVICIO DE SALUD MENTAL**

Tesis Doctoral presentada por

MARÍA CRISTINA PÉREZ ESPARTERO

Director:
Alberto Fernández Liria

Alcalá de Henares 2022

Tabla de contenido

1) JUSTIFICACIÓN	4
2) PROPÓSITO.....	13
3) OBJETIVOS	13
4) MATERIAL Y MÉTODO.....	14
a) DISEÑO.....	14
b) TAMAÑO MUESTRAL Y SUJETOS DE ESTUDIO	14
c) CRITERIOS DE INCLUSIÓN	15
d) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	15
e) VARIABLES DEL ESTUDIO	16
f) MEDICIONES BASALES	16
i) EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA	17
ii) EVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DEL APEGO.....	20
g) ESTUDIO ESTADÍSTICO.....	20
i) Análisis con metodología cuantitativa	20
ii) Análisis con metodología cualitativa	21
h) DIFICULTADES Y LIMITACIONES.....	22
i) INTERVENCIÓN.....	22
j) ASPECTOS ÉTICOS.....	24
k) PLAN DE TRABAJO.....	25
i) Primera fase	25
ii) Segunda fase	25
iii) Tercera fase.....	25
iv) Cuarta fase	25
v) Quinta fase	26
vi) Sexta fase	26
5) RESULTADOS.....	26
a) RESULTADOS CUANTITATIVOS	26

i)	Efecto del tratamiento y tipo de tratamiento en las variables cuantitativas	26
ii)	Efecto del tratamiento y el sexo en las variables cuantitativas	32
b)	RESULTADOS CUALITATIVOS	38
i)	Cambios en la organización del apego de los participantes en ambas ramas de intervención grupal psicoterapéutica	38
ii)	Relación entre resultados cuantitativos obtenidos por diferentes informadores y cambios en la organización del apego en cada uno de los participantes	43
iii)	Porcentaje de participantes que han presentado experiencias traumáticas en la infancia	62
iv)	Porcentaje de pacientes que han integrado experiencias traumáticas de la infancia tras la intervención.....	64
v)	Porcentaje de pérdidas del estudio y aspectos asociados a las mismas	68
c)	RESUMEN DE LOS RESULTADOS.....	72
d)	DISCUSIÓN	73
e)	CONCLUSIONES	88
f)	ANEXOS	91
i)	EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA	92
ii)	GUÍA DE CATEGORÍAS DE ORGANIZACIÓN DEL APEGO.....	104
iii)	CONSENTIMIENTO INFORMADO	120
iv)	DICTAMEN CEIC	121
v)	NOTIFICACIÓN DE INICIO DE ESTUDIO A FISCALÍA DE MENORES.....	130
vi)	ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL PARA ADOLESCENTES DESDE LA PERSPECTIVA DEL APEGO. UNA PROPUESTA INTEGRADORA DESDE EL ÁMBITO CLÍNICO.....	132
6)	BIBLIOGRAFÍA	219

JUSTIFICACIÓN

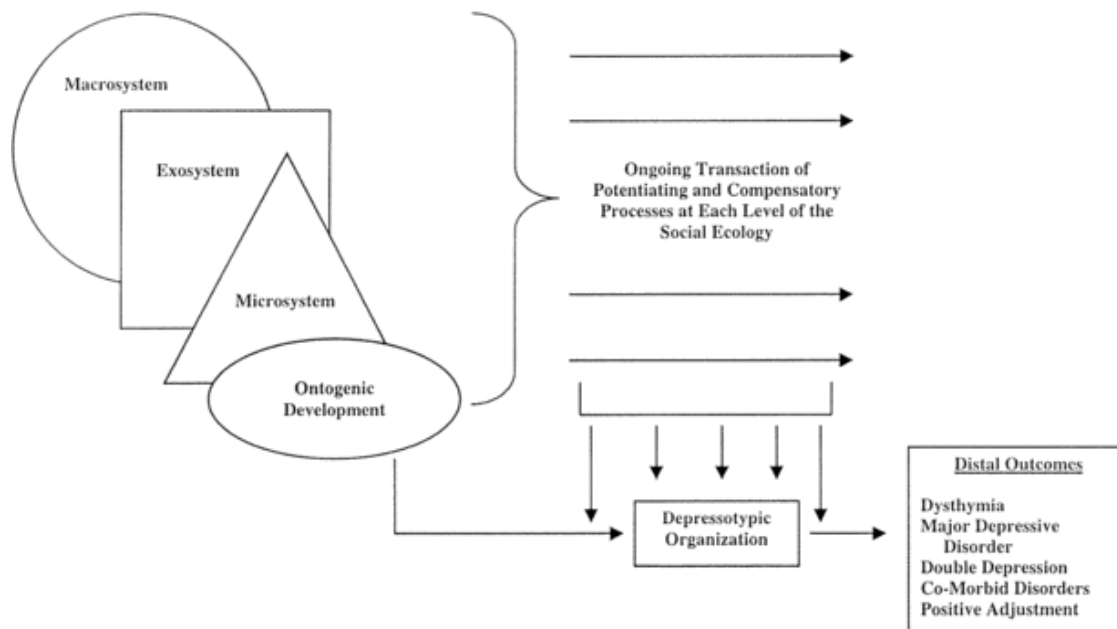
La adolescencia es la etapa del desarrollo que se produce entre el inicio de la pubertad (cambios hormonales que dan lugar a la aparición de los caracteres sexuales secundarios) y el final del crecimiento (Blos, 2011). De manera tradicional se ha descrito como una etapa especialmente dramática y tormentosa, con elevado nivel de tensión por resurgimiento de pulsiones sexuales (Freud, 1958), y de crisis de identidad (Erikson, 1980) en el que se presentan múltiples conflictos con los padres y con las normas sociales (Ajuriaguerra & López-Zea, 2007). Sin embargo, otros autores definen la adolescencia como una fase de crecimiento en la que hay una adaptación al desarrollo, estabilidad emocional y armonía intergeneracional. Según Scales (Scales, 1991), el 80% de los y las adolescentes no experimentan una adolescencia estresante y agotadora, sino que la viven como un periodo prometedor y lleno de oportunidades (Musitu, Buelga, & Cava, 2001; Musitu & Cava, 2003). De hecho, el término adolescencia, significa “convertirse en adulto” (Blos, 2011), en el plano biológico, pero también en los planos psicológico y social.

Ahora bien, no todos los adolescentes inician esta importante etapa de su vida con los mismos recursos personales y sociales. La mayor o menor adaptación del adolescente va a venir determinada, en gran medida, por la cantidad de recursos de los que dispone para afrontar estos cambios. En este sentido, uno de los principales recursos del adolescente es el apoyo que percibe de su red social (Estevez, Murgui, Musitu, & Moreno, 2008; Musitu et al., 2001; Musitu & Cava, 2003). En la misma línea, un hallazgo común de los estudios de resiliencia, es que los niños y adolescentes que resisten, en relación a los que muestran desajustes, gozan de un **clima familiar** más positivo y caracterizado por unos vínculos emocionales más estrechos. Por ello, unas buenas relaciones familiares son consideradas un importante factor de protección ante el impacto negativo de los estresores vitales (Elder & Conger, 2000; Luthar & Zelazo, 2003). Distintos autores (Bonanno, 2004; Dumont & Provost, 1999) también han hecho referencia al papel protector de otras variables como las **relaciones del adolescente con el grupo de iguales** y determinadas características o rasgos del sujeto, como las **estrategias de afrontamiento de problemas** o la **autoestima**. La adaptación o el ajuste de los adolescentes resilientes ha sido definido de maneras muy diferentes en términos de buena salud mental, satisfacción vital, capacidad funcional y competencia social, aunque la ausencia de problemas conductuales es uno

de los indicadores más utilizados (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Sin embargo, algunos autores como Luthar (Luthar, 1991), han señalado la importancia de observar también otros índices, ya que algunos estudios han encontrado en jóvenes resilientes un elevado nivel de malestar emocional que contrasta con su ajuste conductual.

En relación a la presentación de sintomatología depresiva en esta etapa, ha habido controversia, tanto respecto a la forma de la misma como a su abordaje (Parry-Jones, 2001). En la segunda mitad del siglo XIX, en general se pensaba que, los trastornos de los niños mayores de 12 años diferían poco de las manifestaciones de los adultos. A principios del siglo XX, sin embargo, notables autores pediátricos comenzaron a prestar atención a las enfermedades nerviosas funcionales de la infancia, lo que refleja una mayor conciencia de los efectos de la salud emocional, y las posibles consecuencias en la edad adulta. Las décadas de 1940 y 1950 reflejaron la búsqueda de formas juveniles específicas de trastornos del estado de ánimo, sin embargo, es significativo que estos trastornos no se incluyeran de manera rutinaria en los libros de texto generales de psiquiatría o psiquiatría infantil. Aunque la posibilidad de depresión en adolescentes siempre fue menos dudosa que en los niños más pequeños, a menudo se argumentó que planteaba problemas de diagnóstico y tratamiento, que no están presentes en pacientes adultos, debido a la supuesta mezcla de características atípicas relacionadas con la edad. Los estudios más recientes, sin embargo, se han centrado en las diferencias de desarrollo y las características específicas de la edad, enfatizando la necesidad de su consideración durante la evaluación y clasificación, como se expone a continuación.

Un aporte muy interesante en la comprensión actual del desarrollo de la depresión en niños y adolescentes la realizan Cicchetti y colaboradores (Cicchetti & Toth, 1998), quienes plantean que existen diferentes vías para el trastorno depresivo, y que los posibles factores de riesgo para la depresión pueden dar lugar a una multitud de resultados, de los cuales la depresión puede ser uno. Así, desde la psicopatología del desarrollo, se busca unificar las diferentes perspectivas disciplinarias para proporcionar una comprensión de los múltiples niveles de adaptación y desarrollo individual, las interrelaciones e integraciones de estos sistemas variados a lo largo del ciclo de vida, el espectro de vías de desarrollo, y los procesos causales que contribuyen a estas variadas trayectorias (Cicchetti & Lynch, 1993).



Transaction of Multilevel Potentiating and Compensatory Processes in the Development of Depressotypic Organization and Depressive Outcomes (Cicchetti & Toth, 1998)

En individuos que funcionan adaptativamente, hay una organización coherente entre estos dominios. En contraste, en individuos deprimidos, hay una organización incoherente entre estos sistemas o una organización de estructuras patológicas o depresotípicas. Éstas evolucionan en el desarrollo, y pueden derivar en trastornos depresivos a lo largo del curso de la vida. Para poder explicar las diversas influencias en la aparición de la depresión, se establece un modelo transaccional que aborde las interrelaciones entre los sistemas biológicos, psicológicos y sociales dinámicos (Cicchetti & Toth, 1998; Sameroff, Seifer & Zax, 1982). En este sentido, contempla las múltiples transacciones entre las fuerzas ambientales, las características del cuidador y las características de los niños, como contribuciones dinámicas y recíprocas que pueden exacerbar o disminuir la probabilidad de una organización depresotípica y la aparición de una enfermedad depresiva (Cicchetti & Tucker, 1994; Sroufe, Egeland, & Kreutzer, 1990).

En este modelo (Cicchetti & Toth, 1998) se resaltan cuatro problemas de desarrollo sobresalientes, que tienen relevancia teórica para diversos componentes de organizaciones depresotípicas en evolución y para la presentación de los trastornos depresivos:

- El desarrollo de la regulación homeostática y fisiológica
- La diferenciación y la modulación de la atención y la excitación
- El desarrollo de una relación de apego segura
- El desarrollo de la autoestima

A medida que avanza el desarrollo, cada uno de estos problemas alcanza un predominio secuencial y se convierte en un escenario principal para el cual los recursos internos deben elaborarse y ampliarse, para integrar jerárquicamente los desafíos del desarrollo impuestos para fomentar la adaptación positiva.

El desarrollo de una **relación de apego** con el cuidador principal, durante la segunda mitad del primer año, es un logro fundamental que organiza el afecto, la cognición y el comportamiento, en evolución en relación con la calidad de la disponibilidad física y emocional del cuidador. Sobre la base de las necesidades evolutivas para mantener la seguridad frente a las amenazas ambientales, el cuidador proporciona una base segura que ayuda al niño a modular la excitación y mantener la seguridad interna (Bowlby, 1982). La variación en la calidad del cuidado, particularmente en términos de sensibilidad y capacidad de respuesta, contribuye a las diferencias individuales en la manera en que el infante establece la relación de apego con el cuidador primario. Las diferencias en los tipos de apego son importantes para comprender las formas tempranas de organización divergente de sistemas socioemocionales, cognitivos, representativos y biológicos que pueden relacionarse con una organización depresotípica emergente (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Crittenden, 1988; Main & Solomon, 1990). A medida que el desarrollo avanza más allá de la infancia, la experiencia de la relación de apego se vuelve cada vez más representada internamente. De esta forma, los modelos representativos sirven para canalizar la manera en que se perciben y negocian las relaciones interpersonales, así como los afectos y cogniciones que se acompañan. En esta línea hay que destacar que, durante la adolescencia, individuos clínicamente deprimidos, en comparación con

los controles psiquiátricos normales o no deprimidos, se ha encontrado que expresan vínculos menos seguros con sus padres (Armsden, McCauley, Greenberg, Burke, & Mitchell, 1990). De manera similar, Kandel y Davies (Kandel & Davies, 1986) encontraron que la depresión en la adolescencia estaba relacionada con problemas en la relación emocional con los padres y dificultades conyugales en la adultez temprana. En la adolescencia tardía, una organización de apego inseguro se ha relacionado con niveles más altos de sintomatología depresiva (Kobak, Sudler & Gamble, 1991) y con más dificultades interpersonales durante la transición a la universidad (Kobak & Sceery, 1988). En el caso de individuos con organizaciones de apego inseguras, es probable que sus modelos representativos internos contribuyan a una organización depresotípica de sistemas psicológicos y biológicos. La regulación y la expresión afectiva son menos óptimas, y se considera que otras personas significativas no están disponibles o que rechazan, mientras que el yo se considera como desagradable. Estos aspectos relacionados con el apego de una organización depresotípica pueden contribuir a una propensión a los procesos personales que se han vinculado a la depresión (por ejemplo, baja autoestima, impotencia, desesperanza, sesgos atribucionales negativos).

En la última década también se ha realizado una nueva clasificación de los datos de la investigación a través de un modelo dimensional transdiagnóstico, basado en el enfoque RDoC, plan estratégico del National Institute of Mental Health, para crear un marco de investigación sobre la idea de identificar dimensiones patofisiológicas que pudieran estar implicadas en distintos trastornos. RDoC utiliza diferentes unidades de análisis para definir los dominios en estudio: genes, moléculas, células, circuitos, fisiología, conducta y auto-informes. Los dominios inicialmente propuestos son cinco: sistemas de valencia negativa, sistemas de valencia positiva, sistemas cognitivos, sistemas de procesos sociales y sistemas de activación/regulación (Pérez Álvarez, 2015; Garvey et al., 2016; National Institute of Mental Health).

Con respecto a la depresión adolescente (Luyten & Fonagy, 2017), desde este enfoque se plantea que, si bien la expresión sintomática de la depresión en niños y adolescentes se parece en muchos aspectos a la de los adultos, también existen algunas diferencias importantes. Primero, los niños y adolescentes generalmente muestran más ansiedad y enfado, menos síntomas vegetativos y menos verbalización de la desesperanza que los adultos (American Psychiatric Association, 2013). En segundo lugar, existe una alta correlación entre la depresión y otros

síntomas y trastornos de internalización y externalización en la infancia y la adolescencia (Lee & Stone, 2012). Desde la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, estos hallazgos cuestionan si se puede hacer una distinción clara entre depresión y otros trastornos y problemas de conducta, particularmente en la infancia y la adolescencia (Blatt & Luyten, 2009), una especulación que es congruente con el enfoque RDoC, según los autores. Así, el enfoque dimensional, centrado en los circuitos neuronales que atraviesan los diagnósticos descriptivos, es probable que conduzca a límites "difusos" entre diferentes "trastornos" y, por lo tanto, entre los factores implicados en la vulnerabilidad para la depresión y otros trastornos.

Luyten y Fonagy (Luyten & Fonagy, 2017) exponen que las teorías existentes han relacionado la depresión con las deficiencias en el afrontamiento del estrés, la sensibilidad a la recompensa y la mentalización, y plantean que, si bien existe un respetable cuerpo de investigación en relación con cada uno de estos dominios, la investigación en estas áreas se ha desarrollado de forma relativamente independiente. Como otros autores (Auerbach, Admon, & Pizzagalli, 2014; Davey, Yu'cel, & Allen, 2008; Dillon et al., 2014; Pizzagalli, 2014), proponen un modelo de integración en cascada de la depresión adolescente, basándose en el enfoque RDoC. Argumentan que tres sistemas básicos de comportamiento biológico han evolucionado en respuesta a la necesidad continua de adaptarse a las circunstancias siempre cambiantes, y a la creciente complejidad de las relaciones interpersonales humanas en particular:

- un sistema que se ocupa de la angustia después de la amenaza.
- un sistema que produce características gratificantes asociadas con características ambientales positivas, incluida la formación de relaciones interpersonales involucradas en relaciones parentales/cuidados, vínculos de pareja y otras relaciones de apego, y experiencias de agencia y autonomía (el sistema de recompensas).
- un sistema mentalizador o de cognición social, que sirve para comprenderse a uno mismo y a los demás en términos de estados mentales intencionales tales como sentimientos, deseos, actitudes y valores, que ofrece el poder computacional necesario que los seres humanos necesitan para navegar en su complejo mundo interpersonal y para adquirir un sentido de agencia y autonomía.

Si bien estos sistemas son adaptativos desde una perspectiva evolutiva, las amenazas internas y contextuales pueden interrumpir sus funciones altamente interrelacionadas y

coordinadas, y dichas interrupciones pueden reflejar lo que hemos llegado a ver como diferentes formas de depresión.

Exponer la complejidad de ambos modelos tiene la función de plantear la necesidad de modelos de intervención que puedan generar cambios a diferentes niveles y con objetivos que comprendan, no solo el cambio a nivel sintomático, si no también en los factores de riesgo o precipitantes de esa cascada /organización depresotípica.

En el momento actual, se recogen en la literatura científica los esfuerzos que se llevan realizando desde los años ochenta para implementar modalidades terapéuticas que resulten eficaces en el abordaje de los trastornos depresivos en la población adolescente. No obstante, se han presentado dificultades, desde el punto de vista metodológico, para evaluar la eficacia de las diferentes intervenciones (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009; Kazdin, 2010), siendo una necesidad presente en el momento actual, continuar evaluando, no sólo la eficacia, sino también la repercusión en el funcionamiento global y los elementos propios del proceso de intervención que influyen en la obtención de resultados positivos (Cuijpers et al., 2021; Kazdin, 2010) .

Hasta el momento, son dos los tipos de intervenciones psicosociales que se recogen en la literatura, como de posible eficacia para el tratamiento de la depresión en población adolescente, el programa de terapia cognitivo-conductual de grupo (TCC) y la terapia interpersonal, en su versión adaptada para adolescentes (IPT-A) (David-Ferdon & Kaslow, 2008). No obstante, se señala la necesidad de continuar validando su eficacia, en el formato grupal (IPT-AG), tanto en el contexto clínico como escolar. Y también se plantea la necesidad de valorar la eficacia, no sólo post-tratamiento, sino en seguimientos posteriores, y qué elementos del proceso terapéutico son facilitadores del cambio y protectores en relación a las recidivas. Así, valorar estas últimas cuestiones implica ampliar la óptica sobre objetivos y aspectos del proceso terapéutico, que se habían contemplado parcialmente con en el proceso de evaluación de los modelos citados.

Las aportaciones de J.Bowlby, fundador de la Teoría del Apego, y los estudios posteriores fundamentados en sus hallazgos, facilitan un marco de comprensión más preciso

sobre el desarrollo de algunos aspectos de la psicopatología (depresión, ansiedad, evitación) (Kirchmann et al., 2012). Bowlby, enfatiza la importancia del apego en la primera infancia así como de las consecuencias a largo plazo de las relaciones de cuidado disfuncionales (Bowlby, 1978). Desarrolla el concepto “modelos internos de trabajo”, que operativiza de una forma más práctica como “esquemas interpersonales” que son un constructo explicativo para entender cómo los impulsos sanos para relacionarse con los demás se distorsionan debido a los patrones de apego disfuncionales. Estos esquemas son estructuras cognitivo- afectivas, que organizan la información basada en la experiencia, y anticipan las contingencias para mantenerse en relación con el cuidador principal. Estos esquemas interpersonales operan posteriormente en las relaciones con el entorno. En concreto, en aportes posteriores de la literatura, se señala que el uso de estrategias del apego tipo preocupado, se ha vinculado estrechamente con problemas de internalización (depresión y ansiedad) (Allen, Borman-Spurrell, & Hauser, 1996; Bernier, Larose, & Whipple, 2005; Cole-Detke & Kobak, 1996; Kobak et al., 1991; Larose & Bernier, 2001; Rosenstein & Horowitz, 1996).

También se señala que, los estados de la mente en relación con el apego (las formas en que los individuos conceptualizan experiencias de apego y las relaciones), se desarrollan de manera significativa durante la adolescencia debido a las crecientes capacidades de los adolescentes para el pensamiento operacional formal, incluyendo la capacidad de razonamiento lógico y abstracto. Este aumento de capacidades permite a los adolescentes empezar a construir, a partir de experiencias con múltiples figuras, una posición más integrada y generalizada hacia experiencias de apego. Los aumentos en la diferenciación cognitiva del yo y el otro, que caracterizan este período, permiten que el adolescente comience a establecer una visión más coherente del yo como existente fuera de las interacciones con los cuidadores (Allen, 2008). Es por ello, que esta etapa parece especialmente idónea para realizar la tarea de revisar aquellos estilos de comunicación que son especialmente disfuncionales o que generan angustia o malestar al adolescente, como se señala tanto en el modelo cognitivo-conductual como en el interpersonal. Y también, puede que sea una ocasión única para reflexionar sobre su propio estado mental en dicho proceso, pudiendo el mismo facilitar que se flexibilice la posición respecto a diferentes experiencias de apego.

En relación a las necesidades de la investigación descritas, este proyecto está centrado en analizar resultados cuantitativos y cualitativos de las intervenciones cognitivo-conductual e interpersonal realizadas en el ámbito clínico que a continuación se describirán.

Los objetivos, son dar una valoración del efecto respecto a cambios en la sintomatología depresiva y al nivel de funcionamiento global con dichas intervenciones en población adolescente que se atiende en el ámbito de Salud Mental. También describir las dificultades del proceso de intervención, que han impulsado a valorar la necesidad de la elaboración de un manual de intervención que atienda a los aspectos que, desde la perspectiva de la teoría del apego, pueden favorecer el desarrollo de las intervenciones, en población clínica, en la etapa adolescente. En este sentido, se van a contemplar diferentes tiempos y tareas en el proceso de atención, para potenciar el desarrollo de distintos itinerarios en el proceso terapéutico que realizan los/las adolescentes y sus familias. Así, el objetivo de la propuesta es intervenir en diferentes niveles / precipitantes de la sintomatología depresiva y otros trastornos acompañantes (ansiedad, alteraciones de conducta en forma de restricción alimentaria, o hetero o autoagresividad...). Es una propuesta centrada en las características de la evaluación e intervención desde el ámbito clínico, y en donde las características propias del contexto sanitario han sido tomadas en consideración. En otros contextos, es posible que fueran necesarias adaptaciones para favorecer su aplicación.

PROPÓSITO

Construcción de una propuesta intervención psicoterapéutica grupal para adolescentes con depresión, desde la perspectiva del apego, validable empíricamente, para su uso en el sector público de atención a la Salud Mental.

OBJETIVOS

1º. Comparar el efecto de los grupos terapéuticos interpersonal y cognitivo-conductual en:

- Posible reducción de la sintomatología depresiva.
- Cambios en el funcionamiento global.
- Posibles modificaciones en la organización del apego.
- Otras posibles variables del proceso de intervención que afecten a resultados y a la aceptabilidad del proceso.

2º. Desarrollo de un manual que integre factores terapéuticos comunes a ambas intervenciones, así como de propuestas basadas en la teoría del apego que permitan facilitar la reflexión sobre los estados de la mente respecto al apego de los/las adolescentes y sus familias.

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO

En el año 2014 se plantea la realización de un ensayo clínico abierto, prospectivo, aleatorizado, comparativo de 12 meses de duración en pacientes adolescentes (siendo el rango de edad 13-17 años) que presentan trastornos depresivos:

- Trastorno depresivo mayor, episodio único (DSM-IV 296.2x) o recidivante (DSM-IV 296.3x)
- Trastorno adaptativo de tipo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (DSM-IV 309.28)
- Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo (DSM-IV 309.0)
- Trastorno depresivo no especificado (DSM IV 311)
- Trastorno distímico (DSM IV 300.4)

Se presenta el proyecto de investigación al Comité de Ética del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, obteniendo dictamen favorable en noviembre de 2014, y procediendo, por recomendación del mismo, a notificar al Ministerio Fiscal de su puesta marcha, por ser un estudio en menores de edad.

TAMAÑO MUESTRAL Y SUJETOS DE ESTUDIO

Posteriormente se procede al reclutamiento de los participantes. En la literatura se recogen varios tipos de muestras : población “en riesgo” procedente del ámbito escolar (donde se realiza la intervención) y población que cumple criterios para el diagnóstico de un trastorno depresivo, procedente tanto del ámbito escolar como del clínico. En relación a dicha procedencia y a la posibilidad de coordinar intervenciones multicéntricas, el tamaño muestral de unos estudios a otros varía ostensiblemente (en la revisión realizada por David-Ferdon y Kaslow de 1998-2008, va de 22 a 439). En nuestro estudio se incluyeron a todos los/las pacientes adolescentes que cumplían criterios de trastorno depresivo, en el año 2014, valorados por el Equipo Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares y que aceptaron estar incluidos en el proyecto de investigación en el momento del reclutamiento.

Se estimó inicialmente, que la muestra sería de 60 participantes. Como en otros estudios anteriores en los que nos hemos basado, no se hace una estimación estadística del tamaño muestral (David-Ferdon & Kaslow, 2008), si no que se opta por realizar un reclutamiento de participantes en un intervalo temporal acotado. En nuestro caso, se elige esta alternativa con la intención de ofrecer un tratamiento eficaz (Rosselló, Bernal, & Rivera-Medina, 2008) a todos los pacientes adolescentes en esta situación en un tiempo determinado. No se contempló la posibilidad de comparación con no tratamiento o placebo por cuestiones éticas. Tampoco se contempló la posibilidad de comparar con grupo de control histórico, como se ha realizado en estudios observacionales en ámbito similar al clínico (Walter et al., 2021; Weisz et al., 2009) dado que la evaluación cualitativa a través de la Entrevista del Apego Adulto (AAI), es un tipo evaluación que no se ha implementado en este tipo de estudios hasta el momento.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Confirmación de la disposición del paciente y sus responsables legales respecto a la participación en este estudio después de haber sido informados de todos los aspectos del ensayo que puedan influir en su decisión, firmando y fechando el impreso de consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
2. Edad: 13-17añ.
3. Personas de ambos sexos.
4. Personas que cumplan los criterios de trastorno depresivo dentro de las categorías DSM-IV señaladas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Presentar en el momento de la selección ideación suicida.
2. Presentar en el momento de la selección sintomatología psicótica activa.
3. Pacientes con diagnóstico de retraso mental.

El personal clínico (psiquiatra/psicólogo), que ha valorado la inclusión de los/las participantes determinaron que los mismos no cumplieran los criterios de exclusión citados.

CRITERIOS DE RETIRADA

1. Por deseo expreso del paciente de no continuar en el ensayo.
2. Si el paciente no cumple adecuadamente el tratamiento, no acudiendo de forma regular a las sesiones terapéuticas.
3. Si se produce empeoramiento en la situación clínica del paciente que precisa la indicación de otras medidas terapéuticas (hospitalización).

VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLES Dependientes Principales:

- La disminución de la sintomatología depresiva medida con la escala *Children's Depression Inventory (CDI)* pre-post intervención, así como de sus dos subescalas (autoestima negativa y disforia).
- La disminución de la sintomatología depresiva medida a través de una de las subescalas del *Child Behaviour Checklist (CBL/6-18)*.
- El cambio en el rango de funcionamiento global, medido con la escala *Children's Global Assessment Scale (C-GAS)*.
- El cambio cualitativo en la organización del patrón de apego, medido con *Adult Attachment Interview (AAI)*.

VARIABLES Independientes:

- Principal: Tipo de intervención
- Confusión: Datos sociodemográficos; Otros trastornos mentales asociados

MEDICIONES BASALES

Respecto a la distribución en los grupos, se realiza por aleatorización de los pacientes por bloques en función de sexo y edad. De manera que se forman 4 grupos de pacientes, 2 para cada rama de intervención, siendo la franja de edad de los 13-14 y de los 15-17 años.

Se plantea una evaluación pre y post intervención :

- Con metodología cuantitativa respecto al efecto de las intervenciones en la reducción de la sintomatología depresiva y cambio del funcionamiento global.
- Con metodología cualitativa de cambios en la organización del apego.

El equipo de evaluadoras (4 psicólogas internas residentes en 3º año de formación) fueron entrenadas por la investigadora principal, tanto para la realización de la evaluación del funcionamiento global (C-GAS), como respecto a la realización de la Entrevista del Apego Adulto, y permanecieron ciegas a la asignación aleatorizada de participantes a cada rama. La corrección de la evaluación cualitativa de la Entrevista del Apego Adulto ha sido realizada por la investigadora principal.

EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Inventario de Depresión Infantil (*Children's Depression Inventory, CDI*) (Kovacs, Del Barrio, & Carrasco, 2004)

Autoinforme que consta de 27 ítems que miden sintomatología depresiva. Entre los síntomas que recoge incluye: el estado de ánimo deprimido, problemas interpersonales, sentimientos de incapacidad, anhedonia y autoestima baja o negativa. El contenido de estos ítems cubre la mayor parte de los criterios utilizados para el diagnóstico de la depresión infantil. El resultado de la prueba permite obtener datos acerca del nivel de la depresión total y de dos escalas adicionales: Disforia y Autoestima negativa. De los diversos instrumentos existentes que miden depresión o sintomatología depresiva es el que requiere un nivel más bajo de comprensión lectora. La escala discrimina entre jóvenes con diagnóstico de depresión mayor o distimia, otros trastornos psiquiátricos y muestra comunitaria. Además es una prueba sensible a los cambios de la sintomatología depresiva a través del tiempo. Sobre la sensibilidad y especificidad del CDI para el punto de corte 19 (puntuación a partir de la cual se considera que existe presencia de sintomatología depresiva severa) en muestra española, así como otros índices, se dispone de los

datos obtenidos en el estudio de la depresión infantil, pionero en España, (Domènech Llaberia & Polaino-Lorente, 1990) sobre una N=6432 y fueron los siguientes: sensibilidad: 32,3%, especificidad: 94,3%, mal clasificados: 5,6%, valor predictivo positivo: 9,2%, valor predictivo negativo: 98,7. Sus propiedades psicométricas también han sido estudiadas. Kovacs (Kovacs, 1992) realizó una revisión de estudios que han analizado la fiabilidad del CDI, tanto su consistencia interna, como la fiabilidad test-retest o la fiabilidad a dos mitades. En la mayoría de estudios ha encontrado coeficientes alfa que oscilan entre 0,71 y 0,94, indicadores de una buena consistencia interna del instrumento. La fiabilidad del CDI se ha demostrado aceptable oscilando entre 0,38 y 0,87 para la estabilidad temporal (en el periodo comprendido entre una semana y un año). Frías (Frías, 1990) aportó que la aplicación del CDI en una muestra de 1.286 niños españoles normales proporcionó un alfa de Cronbach de 0,79. Los estudios sobre la validez del CDI indican que es capaz de discriminar entre los niños con problemas emocionales y los niños sin problemas. Los datos sobre validez del CDI respecto a otros instrumentos fueron: convergencia con el Children's Depression Scale (CDS) 0,84, convergencia con la Escala de Evaluación de la Depresión (EED) 0,78. Por último, la adaptación española del CDI (Del Barrio & Carrasco, 2004) muestra un alfa de Cronbach de 0,79, una fiabilidad test-retest de 0,38 y una fiabilidad de las dos mitades de 0,77.

A pesar de que en la actualidad existen gran cantidad de instrumentos diferentes para la valoración de la depresión en la infancia y adolescencia, no cabe la menor duda de que el CDI ocupa un lugar privilegiado, puesto que su uso es mayoritario en los cinco continentes (Colodrón, Olmedo, Del Barrio, & Roa, 2002; Fristad, Emery, & Beck, 1997).

Inventario del comportamiento de niños/as de 6-18 años para padres

(Child Behaviour Checklist , CBL/6-18) (Achenbach & Rescorla, 2001)

Evalúa la presencia de psicopatología en el niño/adolescente en los últimos 6 meses. Este instrumento recoge también información demográfica, competencias del niño/adolescente, posibles enfermedades y/o discapacidades, preocupaciones hacia el niño y aspectos positivos de éste. El inventario está compuesto por 120 ítems, con 3 alternativas de respuesta, referidos a problemas de conducta que pueden presentar los niños y adolescentes entre 6 y 18 años. La

valoración del apartado de problemas de conducta permite obtener puntuaciones en 8 escalas de banda estrecha, también llamados síndromes empíricos (aislamiento, ansiedad/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de romper normas y conducta agresiva), y 2 escalas de banda ancha (trastornos interiorizados y trastornos exteriorizados), además de la puntuación total. También ofrece un perfil de competencias sociales, escolares y en actividades.

Respecto a la fiabilidad, todas las escalas de síndromes han presentado valores alfa altos al ser aplicados en muestras americanas, apoyando así su consistencia interna. Estudios realizados en otras poblaciones presentan valores similares (Ivanova et al., 2007). La fiabilidad test-retest ha sido muy alta en las investigaciones realizadas por los propios autores, y estudios posteriores en otros contextos culturales sustentan los mismos resultados, a pesar de encontrar valores ligeramente inferiores (Leung et al., 2006) .

Escala de Evaluación Global de los Niños

(Children's Global Assessment Scale; C-GAS)(Shaffer et al., 1983)

Escala heteroaplicada que evalúa el nivel de funcionamiento global (psicológico, social y ocupacional) en niños y adolescentes (de 6 a 17 años) con problemas psiquiátricos a lo largo de un hipotético continuo de salud-enfermedad. Consta de un único ítem, que hace referencia al funcionamiento global del paciente, que se debe puntuar siguiendo una escala que oscila entre 100 (puntuación que implica una situación asintomática y un funcionamiento satisfactorio dentro de una amplia gama de actividades) y 1 (situación en que el paciente requiere constante supervisión por riesgo auto o heteroagresivo o sintomatología que afecta gravemente a su capacidad de relación, autocuidados o de contacto con la realidad). El marco de referencia temporal es el momento de la aplicación. Los datos obtenidos en diversos estudios demuestran que el C-GAS es un instrumento válido y fiable, sensible a las diferencias en el nivel de deterioro funcional y correlaciona con otras medidas de deterioro (Bird, Canino, Rubio-Stiper, & Ribera, 1987; Shaffer et al., 1983). Ezpeleta, Granero y de la Osa (Ezpeleta, Granero, & de la Osa, 1999) estudiaron las propiedades psicométricas de la escala en muestras españolas y concluyeron que el C-GAS es un instrumento fiable, en el tiempo y entre evaluadores; y válido, ya que diferencia sujetos con y sin psicopatología.

EVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DEL APEGO

Entrevista del Apego Adulto (*Adult Attachment Interview; AAI*)(George, Kaplan, & Main, 1985)

Hay varias entrevistas semi-estructuradas que han sido diseñadas para evaluar sistemas representacionales con propósitos de investigación. La más difundida es la Entrevista del Apego Adulto (AAI) y hay evidencia creciente de que es un instrumento de investigación fiable, válido y útil (Hesse, 1999). Consiste en una serie de preguntas que se hacen al sujeto a través de un diálogo centrado en el tema y que se relacionan con su historia vincular personal y lo que piensa sobre la misma. Durante la entrevista se solicitan recuerdos y evaluaciones de la experiencia de dos formas diferentes: evaluaciones generales de la experiencia y episodios biográficos específicos. La evaluación de la transcripción de las entrevistas se realiza por evaluadores entrenados y validados (confiables) por el equipo de la Universidad de Berkeley que diseñó la entrevista y la clasificación.

ESTUDIO ESTADÍSTICO

Análisis con metodología cuantitativa

El análisis estadístico se llevó a cabo usando el software R (R Core Team, 2020). Con finalidad descriptiva de la población muestral, se utilizó la media y la desviación típica para datos cuantitativos normales. El análisis de las variables cuantitativas (i.e., variables dependientes: CDI, autoestima negativa, disforia, depresión, externalización, internalización y C-GAS,) se realizó utilizando análisis de varianza (ANOVA) de dos factores con interacción:

- 1) la intervención o tratamiento (pre y post tratamiento),
- 2) el tipo de tratamiento o rama (cognitivo-conductual e interpersonal)
- 3) la interacción entre ambos factores (tratamiento*tipo de tratamiento).

El análisis ANOVA nos permite saber si los factores tienen un efecto significativo en las variables dependientes. En todos los análisis, para valorar diferencias significativas, más allá de las atribuidas al azar, se considerará como nivel de significación $P < 0.05$. Se comprobaron los

supuestos de normalidad (los datos siguen una distribución de tipo normal o de Gauss) y homocedasticidad (igualdad de varianzas = varianza del error de la variable explicativa es constante a lo largo de las observaciones) de y heterocedasticidad de los modelos ANOVA mediante análisis exploratorio de gráficos usando la función *plot* en el software R. El efecto del sexo (hombre y mujer) en las variables dependientes cuantitativas se analizó utilizando ANOVA de 2 factores (tratamiento*sexo). Solo se analizó estadísticamente el efecto del sexo en el grupo de estudio cognitivo-conductual, ya que en el grupo de tratamiento interpersonal los datos eran muy desbalanceados (7 hombres y 2 mujeres). Para determinar si el tipo de tratamiento (rama) tiene una influencia significativa en cuanto al cambio de apego, se realizó un test Chi², teniendo en cuenta las siguientes categorías de cambio de apego: "de inseguro a seguro", "de organizado a desorganizado", "no cambio inseguro", "no cambio seguro", "de desorganizado a organizado seguro", "de desorganizado a organizado inseguro", "de desorganizado a organizado seguro".

Análisis con metodología cualitativa

La entrevista se transcribe textualmente y su análisis incluye el estudio global de toda la transcripción. Gran parte del análisis de la entrevista se lleva a cabo a través de la búsqueda de la máxima coherencia en la transcripción de los temas relacionados con el apego, mediante el análisis de las formas lingüísticas precisas que el sujeto utiliza.

Las entrevistas han sido realizadas por investigadoras ciegas al tipo de intervención (3 Psicólogas Internas Residentes) y entrenadas específicamente para ello. La corrección ha sido realizada por la investigadora, validada por la Universidad de Berkeley para esta tarea.

En el Anexo 5.f)ii) se va a exponer, de forma resumida, las categorías en las que se clasifican a los individuos en relación a su posición respecto al Apego con la AAI, para tener una guía de comprensión de la evaluación cualitativa.

DIFICULTADES Y LIMITACIONES

1. Conseguir el nº de individuos adecuado en el tiempo de estudio, dado que se trata de población clínica, y no en estado de riesgo, como en un amplio número de estudios realizados en este tipo de población, y también dado que no es un estudio multicéntrico. La alternativa para solventar esta dificultad hubiera podido ser repetir el reclutamiento en una segunda etapa, así como todo el proceso de evaluación e intervención para los 4 grupos. Se expondrá más adelante porqué no se opta por esta alternativa, aunque esto significa una pérdida de potencial estadístico para la investigación.
2. Conseguir el menor número de abandonos entre los pacientes del grupo de intervención, que completen las 18 sesiones. Para ello se han incluido entrevistas conjuntas trimestrales con los padres y el paciente, con el objetivo de solventar dudas sobre el proceso.
3. La investigadora principal que realiza el análisis de los datos, tanto cuantitativos como cualitativos, ha participado como terapeuta en una de las ramas de la intervención (interpersonal) junto a otra psiquiatra experimentada. No obstante, se ha supervisado la adherencia al programa en ambas intervenciones.

INTERVENCIÓN

Los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, fueron asignados siguiendo la aleatorización referida por bloques, se les realizó la evaluación pre-tratamiento y entraron en uno de los dos tipos de intervención grupal.

No obstante, hubo participantes que, posteriormente a la aleatorización y asignación a los grupos, no dieron su consentimiento para la intervención (como más adelante se describirá). De algunos de ellos se pudieron obtener datos clínicos, con el fin de comparar con los sujetos que participan en el estudio y analizar posibles sesgos, ya que accedieron a realizar la evaluación pre-tratamiento.

La intervención del grupo 1 es un programa de intervención cognitivo-conductual (Muñoz et al., 2000), adaptado para población adolescente. Consiste en diferentes módulos: relajación, reestructuración cognitiva, programación de la actividad placenteras, habilidades de comunicación y las técnicas de resolución de conflictos. El programa es de 15 a 16 sesiones de frecuencia semanal y la duración de las sesiones es de 45 minutos a 2 horas. En nuestro estudio, se plantea que el periodo de intervención sea más amplio (a lo largo de 12 meses) pero que la frecuencia sea bisemanal, siendo en total 18 sesiones de hora y treinta minutos, salvo en el periodo vacacional (dado que la asistencia sería irregular y tendrían lugar muchas pérdidas). Habrá una sesión trimestral para padres, durante la cual serán informados sobre los temas generales que se abordan en el programa, los conocimientos que se imparten, y la justificación de su uso. El terapeuta principal de la intervención es una psicóloga experimentada (más de 10 años de ejercicio profesional) y formada en dicha orientación terapéutica, junto con una psicóloga interna residente con 3 años de experiencia.

La intervención del grupo 2 siguió el programa de la terapia interpersonal para adolescentes, con formato grupal, (Mufson, Dorta, Wickramaratne, Nomura, et al., 2004; Mufson, Gallagher, Dorta, & Young, 2004; Mufson et al., 1994) que se ocupa de las dificultades interpersonales específicas de la adolescencia. Dicho programa, apoya a los adolescentes en relación a los procesos de duelo, los conflictos de rol, las transiciones de rol y los déficits interpersonales, y en las estrategias eficaces de desarrollo (por ejemplo, la mejora de la comunicación, la expresión del afecto relacionado con los cambios en la relación padres-hijos, el desarrollo de un nuevo y efectivo sistema de apoyo social) para hacer frente a su área/s problema. En este caso también se plantea que el periodo de intervención sea más amplio (a lo largo de 12 meses) y que la frecuencia sea bisemanal, siendo en total 18 sesiones de hora y treinta minutos, salvo en el periodo vacacional (dado que la asistencia sería irregular y tendrían lugar muchas pérdidas). Se realizó una sesión trimestral para padres, durante la cual se resolvieron dudas sobre el proceso en presencia del adolescente (salvando los contenidos confidenciales), con el objetivo de favorecer la adherencia al tratamiento. El equipo terapéutico estuvo configurado por dos psiquiatras experimentadas (con más de 5 años de experiencia), siendo una de ellas la investigadora principal.

Se plantea que, si en cualquier momento los síntomas o el funcionamiento de un/a adolescente empeoran, serán evaluados por un psicólogo o psiquiatra enmascarado a la condición de tratamiento. También, que si se valora necesario, se ofrecerá al adolescente un tratamiento adyuvante como la medicación. Los/las adolescentes que precisaran antidepresivos durante el curso del estudio podrán permanecer en el estudio. Serán retirados del protocolo de tratamiento si es preciso el ingreso hospitalario. No obstante, es solo en un caso que es preciso abordaje psicológico junto al abordaje grupal, como más adelante se explicará. En ningún caso fue precisa la hospitalización. Un participante de la rama cognitivo-conductual y otro de la rama interpersonal tenían indicado tratamiento antidepresivo (Sertralina 50mg/d en ambos casos) en el momento del inicio de las intervenciones, y dicha pauta se mantuvo a lo largo de las mismas.

Las sesiones fueron supervisadas por miembros del equipo de investigación ajenos a la intervención, con objeto de asegurarnos la adhesión a la intervenciones psicoterapéuticas descritas. Para ello las sesiones de la intervención han sido grabadas(vídeo). Los psicoterapeutas del equipo de intervención son psiquiatras y psicólogos con al menos 2 años de experiencia y están formados en cada una de las técnicas descritas. Ha habido dos personas referidas a cada intervención durante el proceso.

ASPECTOS ÉTICOS

El ensayo se ha llevado a cabo siguiendo la normativa local y los principios establecidos internacionalmente en la declaración de Helsinki (última modificación aprobada en la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia; octubre 2000). Se ha respetado en todo momento la confidencialidad (LOPD 15/99). Se ha respetado la voluntad de aquellos sujetos que no quisieran participar en el estudio. Se planteó que cualquier sujeto con una depresión severa y que el equipo de investigación valorase que tiene un riesgo suicida importante, se remitiría a asistencia especializada directamente sin entrar en ninguna de las modalidades de intervención del estudio.

A los tutores legales del paciente se les solicitó igualmente su participación voluntaria en el estudio y se les pidió la firma del consentimiento informado.

PLAN DE TRABAJO

Primera fase

Detección de casos a través de la valoración clínica por parte de los psicólogos clínicos y psiquiatras del Equipo de Salud Mental Infanto Juvenil del HUPA, en el contexto asistencial (ubicados en el Centro Diagnóstico y Terapéutico Francisco Díaz y en el Centro de Salud Mental Puerta de Madrid).

Segunda fase

Valoración pre-tratamiento: CDI, CBL, C-GAS, y AAI. Dicha evaluación se realiza en el Centro Diagnóstico y terapéutico Francisco Díaz por parte del equipo de evaluación anteriormente descrito.

Se procedió, a través de una lista de aleatorización central, a la inclusión en una de las ramas del estudio a cada uno de los pacientes: Intervención grupal interpersonal o Intervención grupal cognitivo-conductual.

Dado que es un estudio abierto, el paciente y el investigador conocían el tratamiento asignado, mientras que las medidas de evaluación se llevaron a cabo por el equipo de evaluadoras independiente, ciegas a la inclusión del paciente en una u otra rama del estudio.

Tercera fase

Realización de las intervenciones grupales, siguiendo el programa de ambas intervenciones psicoterapéuticas. Se realizará en la misma ubicación, el Centro Diagnóstico y Terapéutico Francisco Díaz, por parte del equipo de intervención anteriormente descrito. Se mantuvieron entrevistas familiares (por parte del personal que realiza la intervención grupal). Igualmente, se realizará en el Centro Diagnóstico y Terapéutico Francisco Díaz.

Cuarta fase

Evaluación post-tratamiento CDI, CBL, C-GAS y AAI. Dicha evaluación se realizó en el Centro Diagnóstico y Terapéutico Francisco Díaz, por el mismo equipo de evaluación entrenado.

Quinta fase

Análisis cuantitativo de las escalas de evaluación y la transcripción de las entrevistas cualitativas y su evaluación.

Sexta fase

Realización de manual de intervención psicoterapéutica grupal para adolescentes, desde la perspectiva del apego.

RESULTADOS

RESULTADOS CUANTITATIVOS

Efecto del tratamiento y tipo de tratamiento en las variables cuantitativas

Inicialmente el equipo clínico identificó a 32 adolescentes candidatos a participar en el estudio clínico, 20 hombres y 12 mujeres. De éstos, 17 estaban en el rango de edad de 13-14 años y 15 de 15-17 años. De esos 17, 14 eran hombres y 3 mujeres. En el grupo de mayor edad, había 6 hombres y 9 mujeres. Se procedió a aleatorizar a los participantes según grupo de edad y sexo en ambas ramas de las intervenciones grupales, de manera que se establecieron 4 intervenciones grupales:

- de 13-14 años intervención cognitivo-conductual: 6 hombres y 2 mujeres (8)
- de 13-14 años intervención interpersonal: 8 hombres y 1 mujer (9)
- de 15-17 años intervención cognitivo-conductual: 3 hombres y 4 mujeres (7)
- de 15-17 años intervención interpersonal: 3 hombres y 5 mujeres (8)

Tras el inicio del proceso de evaluación y asignación aleatoria a los grupos de intervención, se incorporó una participante de 13-14 años, que se asignó al primer grupo para equipar el número de individuos a 9 en ambas ramas en esa franja de edad, aunque suponía un desbalance en relación a la distribución por sexo en dicha franja, quedando dicho grupo con 6 hombres y 3 mujeres.

En el proceso de evaluación hubo un número de pérdidas importante, reduciéndose de 33 a 25, de la siguiente forma:

- de 13-14 años intervención cognitivo-conductual: 5 hombres y 3 mujeres (8)
- de 13-14 años intervención interpersonal: 7 hombres (7)
- de 15-17 años intervención cognitivo-conductual: 1 hombre y 4 mujeres (5)
- de 15-17 años intervención interpersonal: 2 hombre y 3 mujeres (4)

De los 8 adolescentes, hay una mujer del primer grupo de edad, y 2 hombres de dicho grupo, y 2 mujeres y 3 hombres del segundo grupo de edad. No facilitaron información en relación a los motivos por los que no querían iniciar la intervención grupal.

Posteriormente a la evaluación, hay otras 3 pérdidas, de las que sí se tiene la información clínica inicial, y 2 pérdidas más tras iniciar las intervenciones (ambas de la rama interpersonal, en cada una de las franjas de edad). Más adelante se ampliará la información sobre estas pérdidas.

De manera que en total tendríamos 13 pérdidas, quedando una muestra de 20 participantes para valorar los resultados tras ambos tipos de intervenciones grupales psicoterapéuticas.

Tabla 1. Tamaños muestrales a lo largo del estudio por edad, sexo y rama de intervención.

Edad	Sexo	Ramas de las intervenciones grupales	Tamaño muestral				
			Inicial (Distribución aleatoria de participantes)	Tras la distribución aleatoria de participantes	Durante el proceso de evaluación	Posterior a la evaluación (Se dispone de información clínica)	Post-tratamiento
De 12-14 años	Hombre	Cognitivo-conductual	6	6	5	5	5
		Interpersonal	8	8	7	7	6
	Mujer	Cognitivo-conductual	2	3	3	3	3
		Interpersonal	1	1	0	0	0
De 15-17 años	Hombre	Cognitivo-conductual	3	3	1	1	1
		Interpersonal	3	3	2	1	1
	Mujer	Cognitivo-conductual	4	4	4	2	2
		Interpersonal	5	5	3	3	2
Número total de participantes			32	33	25	22	20

De las 20 personas participantes en el estudio, 11 estaban incluidas en la intervención cognitivo conductual (6 hombres, 5 mujeres) y 9 en el intervención interpersonal (7 hombres, 2 mujeres).

En la muestra se observa que existen diferencias significativas en cuanto al CDI de los pacientes en los distintos grupos de tratamientos (Tabla 1). Sobre todo, hay que destacar que, antes de la realización del tratamiento, los pacientes del tratamiento cognitivo conductual presentaban valores medios de CDI más elevados (cerca del valor límite de 19) que los del tratamiento interpersonal, siendo la reducción de CDI después del tratamiento más evidente (Figura 1a).

Los resultados muestran que, independientemente del tipo de tratamiento (cognitivo conductual o interpersonal), en la evaluación post-tratamiento se reduce significativamente el CDI (factor tratamiento significativo: $P = 0.0408$; Tabla 1; Figura 1a). Tras la aplicación del tratamiento (cognitivo conductual e interpersonal) se redujo también la puntuación de las escalas derivadas de CDI (disforia y autoestima negativa) (Figura 1 b y c), aunque este efecto fue solo marginalmente significativo en el caso de la autoestima negativa (Tabla 1). El grupo de tratamiento interpersonal presentó valores más bajos de autoestima negativa y de disforia que el grupo de tratamiento cognitivo conductual, aunque las diferencias fueron solo marginalmente significativas en el caso de disforia (Figura 1b y c; Tabla1).

La aplicación del tratamiento (de cualquiera de los dos tipos) no tuvo efecto significativo en las variables depresión, externalización e internalización (Figura, 2, 3 y 4; Tabla1), valoradas con CBCL. Por el contrario, en la evaluación post-tratamiento (de cualquiera de los dos tipos) aumentó significativamente el funcionamiento global, medido con C-GAS (Figura 5; Tabla 2).

Tabla 2. Resumen de los resultados estadísticos (Df, F, *P*) obtenidos tras realizar un ANOVA para las variables dependientes (CDI, depresión, externalización, internalización, C-GAS) en función de los factores “tratamiento”, “tipo de tratamiento” y la interacción entre ambos (tratamiento * tipo de tratamiento). Los valores de *P* en negrita indican que el factor tiene un efecto significativo sobre la variable dependiente al nivel de significación 0.05.

Variables dependientes	Variables independientes (Factores)	Df	F	P
CDI	Tratamiento	1	5.7	0.0225
	Tipo de tratamiento	1	4.5	0.0408
	Tratamiento * tipo de tratamiento	1	1	0.3257
Disforia	Tratamiento	1	4.44	0.0422
	Tipo de tratamiento	1	2.50	0.1224
	Tratamiento * tipo de tratamiento	1	0.69	0.4127
Autoestima negativa	Tratamiento	1	3.8	0.0584
	Tipo de tratamiento	1	4.8	0.0356
	Tratamiento * tipo de tratamiento	1	1.0	0.3324
Depresión	Tratamiento	1	1.1	0.2927
	Tipo de tratamiento	1	0.6	0.4299
	Tratamiento * tipo de tratamiento	1	0.1	0.8131
Externalización	Tratamiento	1	1.5	0.2252
	Tipo de tratamiento	1	1.9	0.1770
	Tratamiento * tipo de tratamiento	1	0.8	0.3680
Internalización	Tratamiento	1	2.3	0.1383
	Tipo de tratamiento	1	0.0	0.9928
	Tratamiento * tipo de tratamiento	1	0.0	0.9353
G-GAS	Tratamiento	1	31.4	< 0.0001
	Tipo de tratamiento	1	2.3	0.1346
	Tratamiento * tipo de tratamiento	1	0.1	0.8047

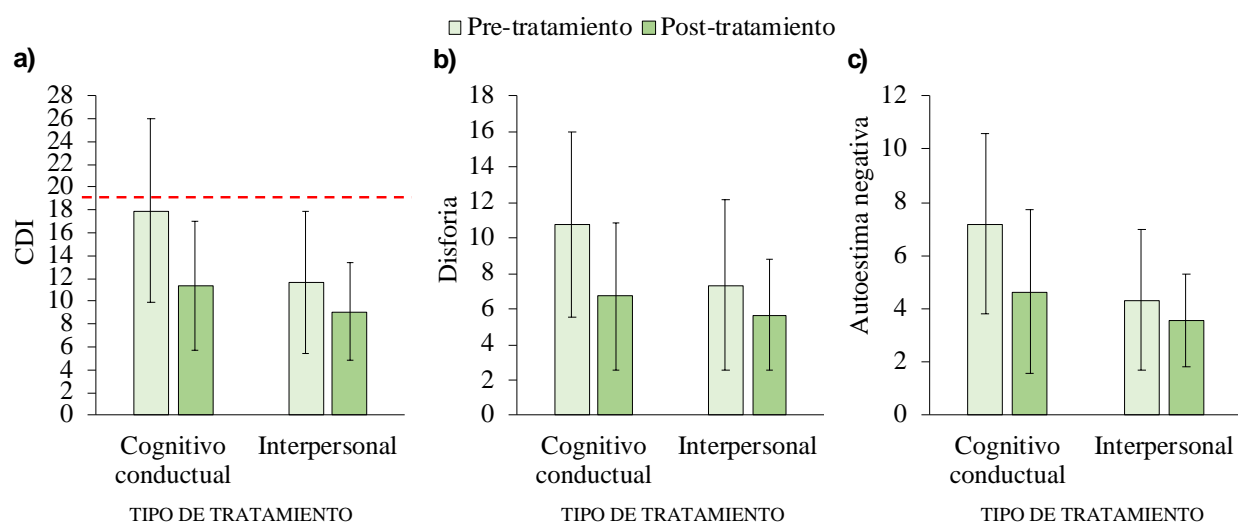


Figura 1. Media (\pm Desviación típica) de CDI (Children's Depression Inventory) (a) y de las escalas derivadas de CDI, disforia (b) y autoestima negativa (c), en pacientes antes y después (pre-tratamiento y post-tratamiento) de la aplicación de dos tipos de tratamiento (cognitivo conductual e interpersonal). Para el tratamiento cognitivo conductual $n = 11$ pacientes y para el tratamiento interpersonal $n = 9$ pacientes. La línea discontinua roja representa el valor de CDI por encima del cual se considera que existe presencia de sintomatología depresiva severa (CDI = 19).

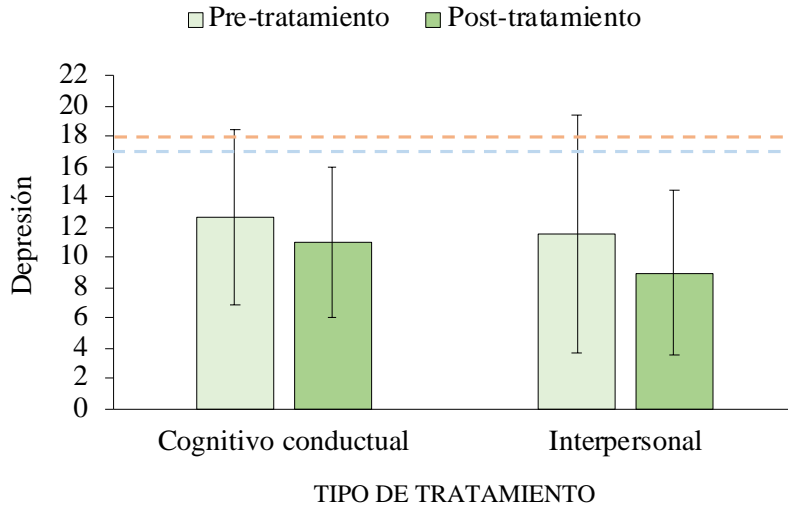


Figura 2. Media (\pm Desviación típica) de la depresión (CBCL) en pacientes antes y después (pre-tratamiento y post-tratamiento) de la aplicación de dos tipos de tratamiento (cognitivo conductual e interpersonal). Para el tratamiento cognitivo conductual $n = 11$ pacientes y para el tratamiento interpersonal $n = 9$ pacientes. Las líneas discontinuas representan la media de depresión para hombres (azul, depresión = 17) y mujeres (naranja, depresión = 18).

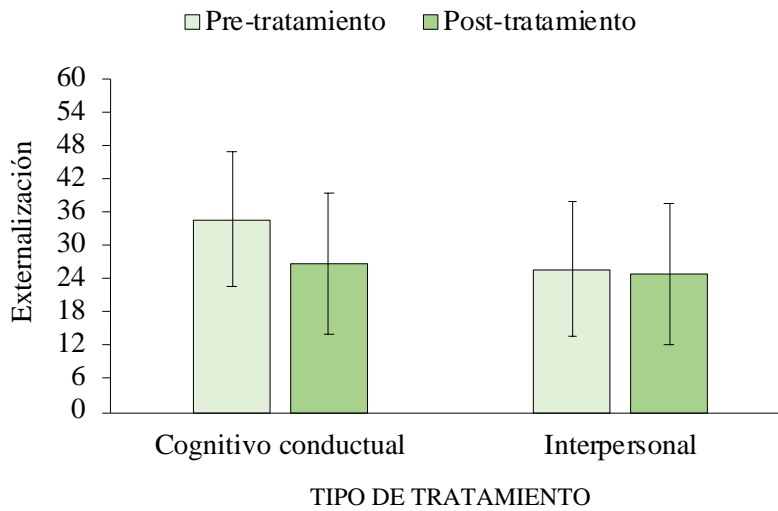


Figura 3. Media (\pm Desviación típica) de la externalización en pacientes antes y después (pre-tratamiento y post-tratamiento) de la aplicación de dos tipos de tratamiento (cognitivo conductual e interpersonal). Para el tratamiento cognitivo conductual $n = 11$ pacientes y para el tratamiento interpersonal $n = 9$ pacientes. La franja de color rosa representa el rango medio de externalización (33-60).

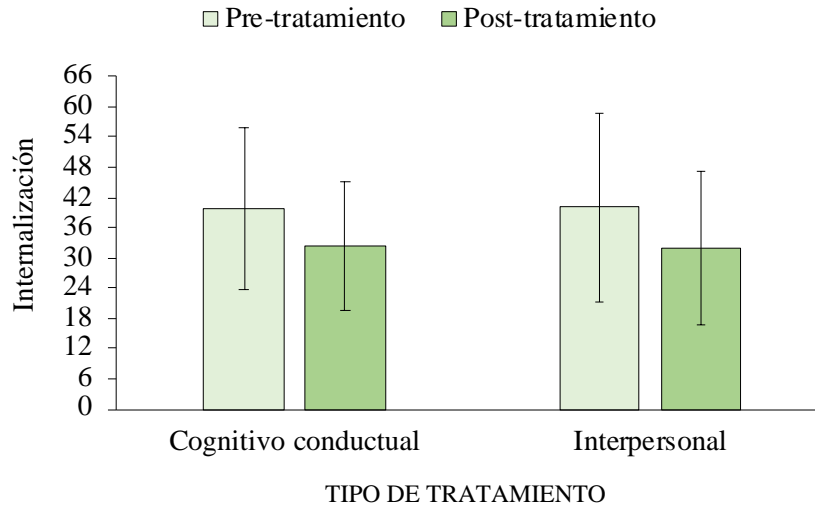


Figura 4. Media (\pm Desviación típica) de la internalización en pacientes antes y después (pre-tratamiento y post-tratamiento) de la aplicación de dos tipos de tratamiento (cognitivo conductual e interpersonal). Para el tratamiento cognitivo conductual $n = 11$ pacientes y para el tratamiento interpersonal $n = 9$ pacientes. La franja de color rosa representa el rango medio de internalización (33-60).

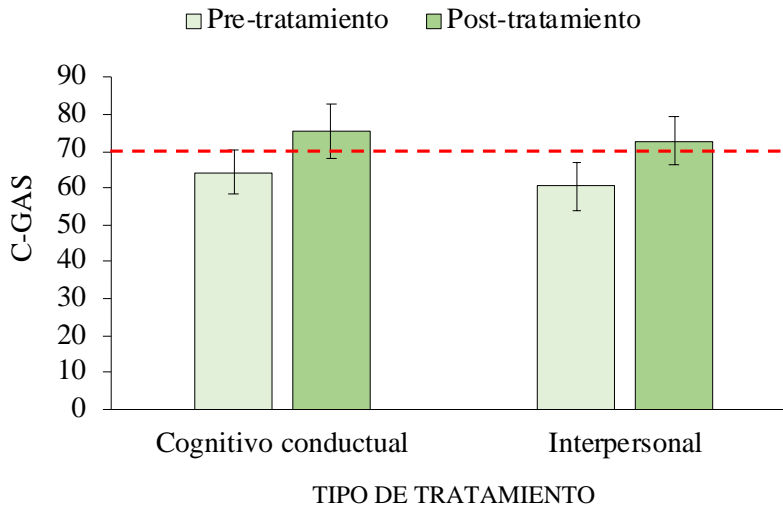


Figura 5. Media (\pm Desviación típica) de C-GAS (*Children's Global Assessment Scale*) en pacientes antes y después (pre-tratamiento y post-tratamiento) de la aplicación de dos tipos de tratamiento (cognitivo conductual e interpersonal). Para el tratamiento cognitivo conductual $n = 11$ pacientes y para el tratamiento interpersonal $n = 9$ pacientes. La línea discontinua de color rojo representa el valor de C-GAS por debajo de la cual comienzan a valorarse dificultades en el funcionamiento global (C-GAS = 70).

Efecto del tratamiento y el sexo en las variables cuantitativas

El efecto del sexo en las variables CDI, depresión, externalización, internalización y C-GAS solo se pudo analizar estadísticamente en el grupo de intervención cognitivo-conductual, ya que en el grupo de tratamiento interpersonal los datos eran muy desbalanceados (7 hombres y 2 mujeres) (Tabla 2).

En la Figura 6a se muestra el CDI medio antes y después del tratamiento y en función del tipo de tratamiento y el sexo. Visualmente, observamos que las mujeres presentaban de media un CDI inicial (pre-tratamiento) mayor que los hombres (Figura 6a). Además, al contrario que en los hombres, el valor medio de CDI en las mujeres antes del tratamiento alcanzó o incluso superó el valor límite de CDI (Figura 6a).

El análisis estadístico para el grupo de tratamiento cognitivo-conductual ha mostrado reducción de la puntuación CDI, pero este efecto es solo significativo en el caso de las mujeres, las cuales presentaban valores CDI iniciales (pre-tratamiento) más elevados (Interacción “tratamiento*sexo” significativa: $P = 0.0307$; Tabla 2; Figura 6a).

Los resultados para las variables derivadas de CDI, autoestima negativa y disforia son similares a los resultados para CDI, (Tabla 2; Figura 6). El tratamiento cognitivo conductual y el sexo tuvieron un efecto marginalmente significativo sobre las variables disforia y autoestima negativa (Tabla 2), reduciendo el tratamiento ambas variables dependientes y presentando las mujeres valores mas bajos de dichas variables (Figura 6b y c).

El efecto del tratamiento es más evidente en las mujeres que en los hombres (Figura 6b y c).

Tabla 3. Resumen de los resultados estadísticos (Df, F, *P*) obtenidos tras realizar un ANOVA para las variables dependientes (CDI, depresión, externalización, internalización, C-GAS) del grupo de tratamiento cognitivo-conductual en función de los factores “tratamiento”, “sexo” y la interacción entre ambos (tratamiento * sexo). Los valores de *P* en negrita indican que el factor tiene un efecto significativo sobre la variable dependiente al nivel de significación 0.05.

Variable dependiente	Variabes independientes (factores)	Df	F	<i>P</i>
CDI	Tratamiento	1	7.2	0.0150
	sexo	1	6.4	0.0213
	Tratamiento*sexo	1	5.5	0.0307
Disforia	Tratamiento	1	5.0	0.0386
	sexo	1	4.0	0.0597
	Tratamiento*sexo	1	3.0	0.1004
Autoestima negativa	Tratamiento	1	4.7	0.0429
	sexo	1	5.4	0.0317
	Tratamiento*sexo	1	4.3	0.0527
Depresión	Tratamiento	1	0.5	0.5042
	sexo	1	0.4	0.5596
	Tratamiento*sexo	1	0.1	0.7749
Externalización	Tratamiento	1	2.1	0.1632
	sexo	1	0.1	0.7400
	Tratamiento*sexo	1	0.0	0.8347
Internalización	Tratamiento	1	1.4	0.2589
	sexo	1	2.1	0.1681
	Tratamiento*sexo	1	0.0	0.8629
C-GAS	Tratamiento	1	16.2	0.0008
	sexo	1	0.8	0.3826
	Tratamiento*sexo	1	1.6	0.2262

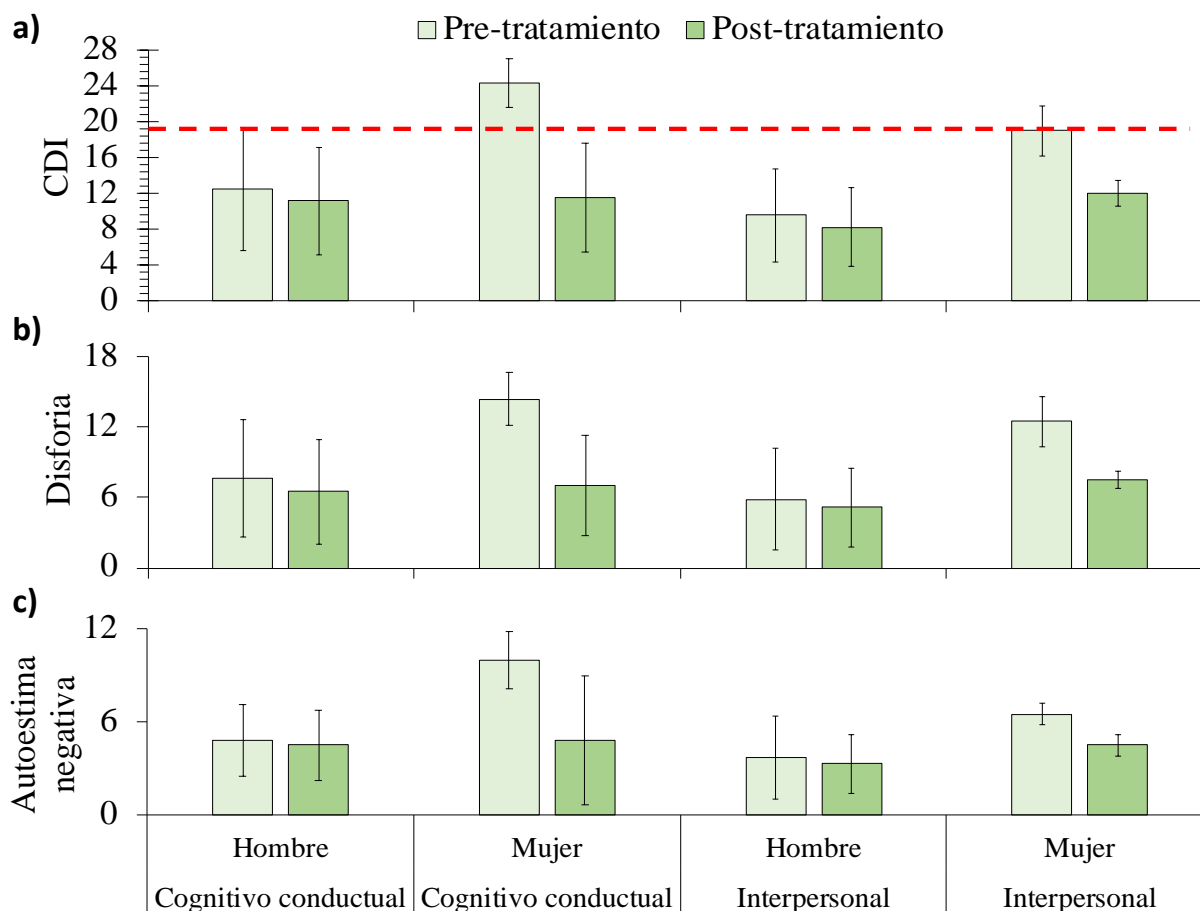


Figura 6. Media (\pm Desviación típica) de CDI (*Children's Depression Inventory*) (a) y de las escalas derivadas de CDI, disforia (b) y autoestima negativa (c), en pacientes (hombres y mujeres) antes y después (pre-tratamiento y post-tratamiento) de la aplicación de dos tipos de tratamiento (cognitivo conductual e interpersonal). Para el tratamiento cognitivo conductual $n = 11$ pacientes (6 hombres, 5 mujeres) y para el tratamiento interpersonal $n = 9$ pacientes (7 hombres y 2 mujeres). La línea discontinua roja representa el valor de CDI por encima del cual se considera que existe presencia de sintomatología depresiva severa (CDI = 19).

Las mujeres del grupo interpersonal presentaron los valores más altos de depresión (por encima de la media para mujeres), que fueron reducidos después del tratamiento (Figura 7). Sin embargo, estos resultados no se pudieron confirmar estadísticamente.

En el grupo de tratamiento cognitivo conductual, el sexo no tuvo un efecto significativo en las variables depresión, externalización, internalización y C-GAS (Figura 7, 8, 9 y 10; Tabla 2). En todos los casos, independientemente del sexo, C-GAS post-tratamiento aumentó (Figura 10).

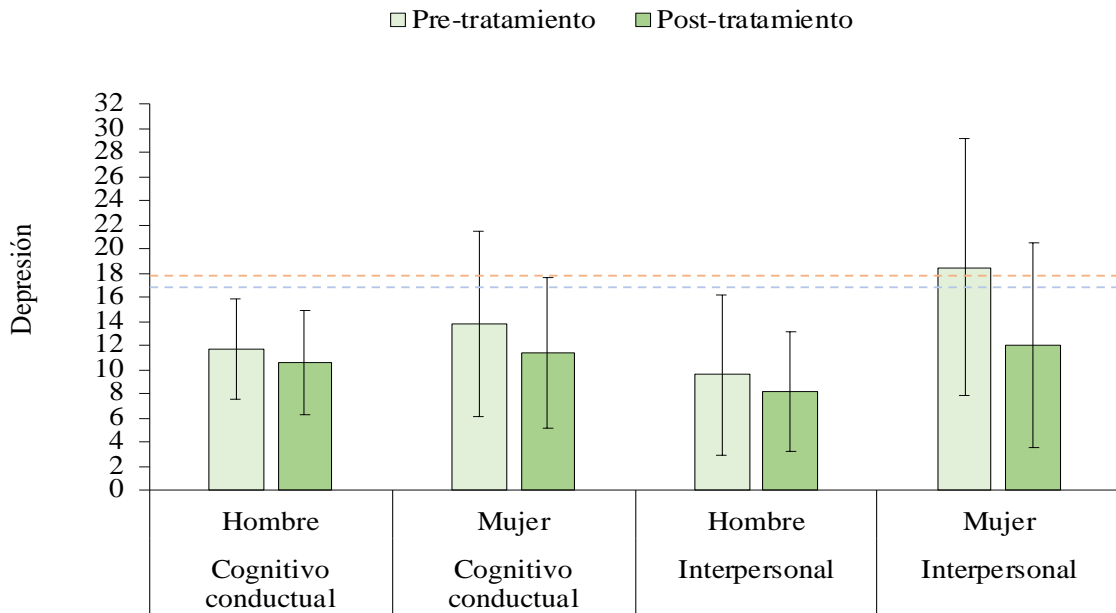


Figura 7. Media (\pm Desviación típica) de la depresión (CBCL) en pacientes antes y después (pre-tratamiento y post-tratamiento) de la aplicación de dos tipos de tratamiento (cognitivo conductual e interpersonal). Para el tratamiento cognitivo conductual $n = 11$ pacientes (6 hombres, 5 mujeres) y para el tratamiento interpersonal $n = 9$ pacientes (7 hombres y 2 mujeres). Las líneas discontinuas representan la media de depresión para hombres (azul, depresión = 17) y mujeres (naranja, depresión = 18).

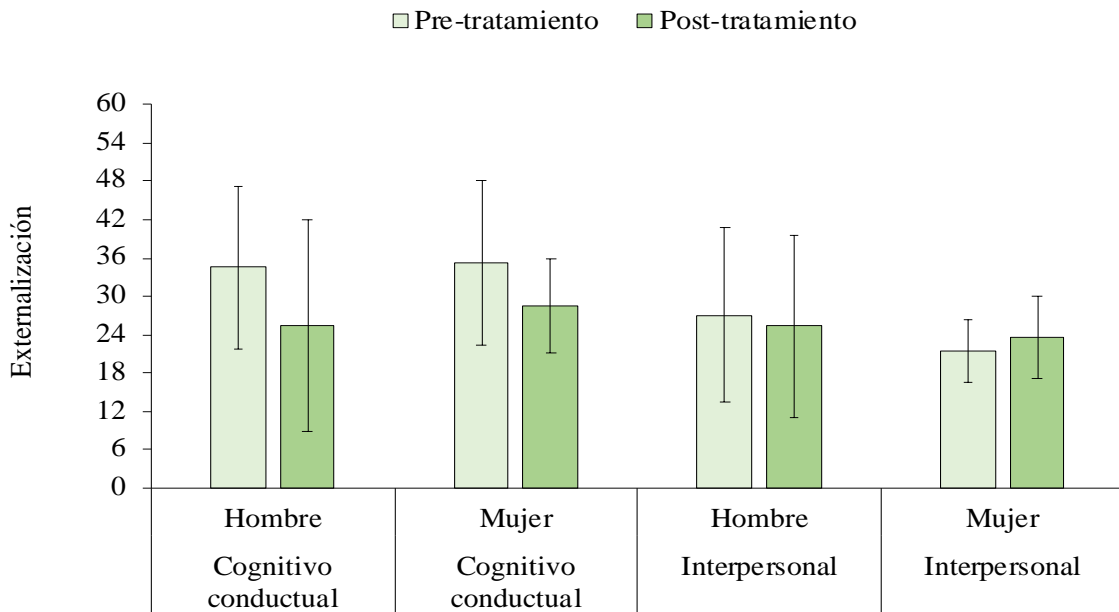


Figura 8. Media (\pm Desviación típica) de la externalización en pacientes antes y después (pre-tratamiento y post-tratamiento) de la aplicación de dos tipos de tratamiento (cognitivo conductual e interpersonal). Para el tratamiento cognitivo conductual $n = 11$ pacientes (6 hombres, 5 mujeres) y para el tratamiento interpersonal $n = 9$ pacientes (7 hombres y 2 mujeres). La franja de color rosa representa el rango medio de externalización (33-60).

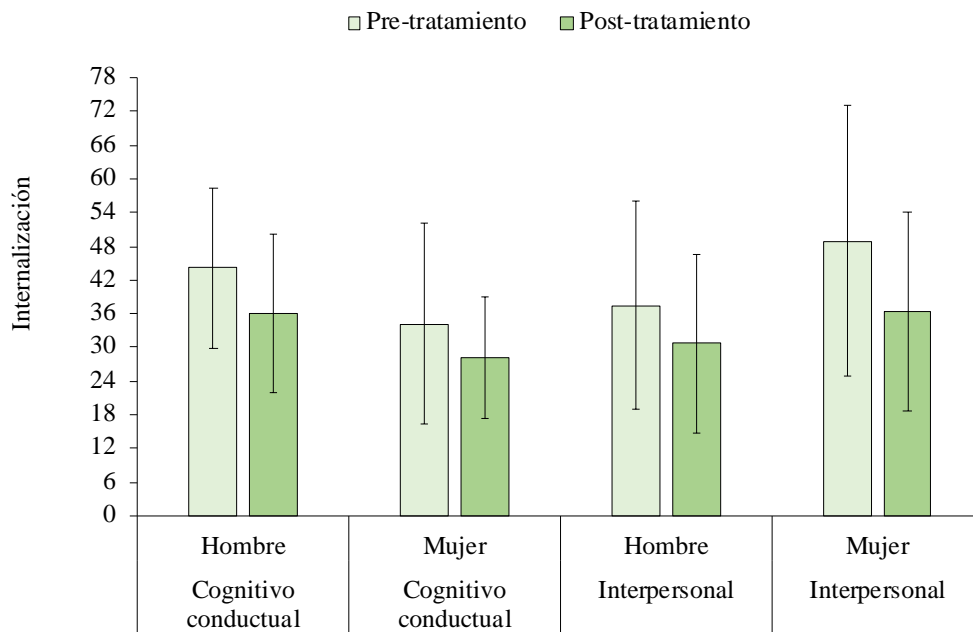


Figura 9. Media (\pm Desviación típica) de la internalización en pacientes antes y después (pre-tratamiento y post-tratamiento) de la aplicación de dos tipos de tratamiento (cognitivo conductual e interpersonal). Para el tratamiento cognitivo conductual $n = 11$ pacientes (6 hombres, 5 mujeres) y para el tratamiento interpersonal $n = 9$ pacientes (7 hombres y 2 mujeres). La franja de color rosa representa el rango medio de internalización (33-60).

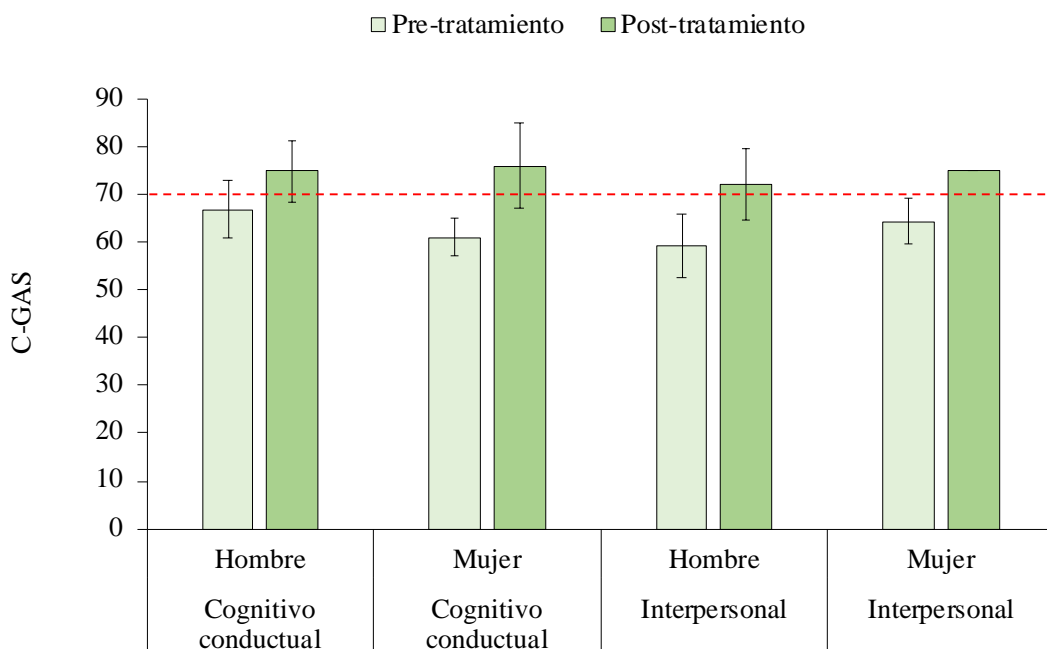


Figura 10. Media (\pm Desviación típica) de la C-GAS en pacientes antes y después (pre-tratamiento y post-tratamiento) de la aplicación de dos tipos de tratamiento (cognitivo conductual e interpersonal). Para el tratamiento cognitivo conductual $n = 11$ pacientes (6 hombres, 5 mujeres) y para el tratamiento interpersonal $n = 9$ pacientes (7 hombres y 2 mujeres). La línea discontinua de color rojo representa el valor de C-GAS por debajo de la cual comienzan a valorarse dificultades en el funcionamiento global (C-GAS = 70).

Tabla 4. Datos brutos de las variables de estudio para cada paciente. TTO – tratamiento; CC – tratamiento cognitivo conductual; I – tratamiento interpersonal; EXTERNAL- Externalización; INTERNAL- Internalización.

TIP O DE TTO	TTO Pre / Post	SEX O	CDI	DISFOR IA	AUTOESTI MA NEGATIVA	C- GA S	DEPRESI ÓN	EXTERN AL	INTERNA L
CC	Pre	Hom br	4	2	2	72	14	53	48
			15	9	6	62	16	39	49
			4	2	2	63	4	25	17
			20	15	5	61	13	20	57
			17	10	7	68	12	26	53
			15	8	7	76	11	44	41
	Mujer	26	17	9	59	6	17	10	
		22	14	8	67	11	31	30	
		27	14	13	63	18	40	48	
		26	16	10	58	25	52	55	
		21	11	10	58	9	36	28	
	Post	Hom br	13	7	6	85	7	22	19
			5	4	1	75	10	25	47
			4	1	3	75	7	27	23
			20	14	6	65	17	10	52
			13	5	7	75	8	12	29
		12	8	4	75	15	56	46	
		Mujer	13	12	2	70	9	17	15
			16	5	11	65	12	32	27
			18	11	7	85	7	25	30
8			5	3	75	22	33	45	
3	2		1	85	7	35	24		
I	Pre	Hom br	10	7	3	58	15	51	63
			6	5	1	70	5	9	22
			7	3	4	62	5	19	31
			18	14	4	52	11	33	33
			3	3	0	52	21	30	62
			15	8	7	57	8	30	36
			8	1	7	65	2	17	15
			17	11	6	68	11	18	32
	Mujer	21	14	7	61	26	25	66	
		17	12	5	65	16	47	59	
	Post	Hom br	5	4	1	75	4	4	15
			8	4	4	65	7	31	37
			5	4	1	65	8	26	29
			10	5	6	75	12	18	25
			9	6	3	85	9	36	38
			4	1	3	75	1	15	12
		Mujer	13	8	5	75	6	19	24
			11	7	4	75	18	28	49

RESULTADOS CUALITATIVOS

Cambios en la organización del apego de los participantes en ambas ramas de intervención grupal psicoterapéutica

De forma general, se puede observar que el porcentaje de apego seguro aumentó después del tratamiento cognitivo conductual, de 9 % a 27 %. El porcentaje de inseguros evitativos/descartantes también disminuyó, aunque en menor medida (de 55 % a 46 %) después del tratamiento cognitivo-conductual (Figura 11).

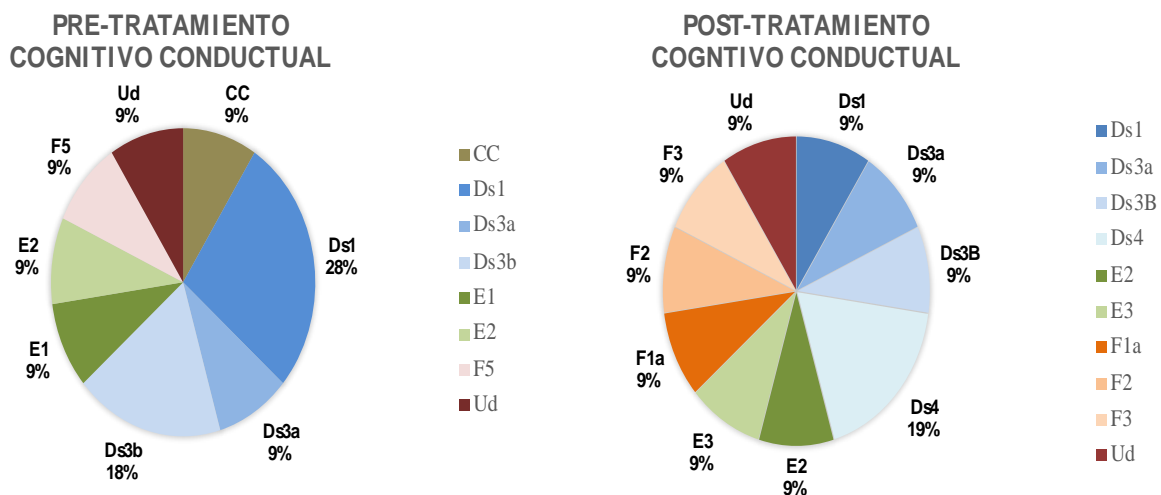


Figura 11. Porcentaje de cada tipo de apego tras realizar la entrevista de apego adulto (AAI, *Adult Attachment Interview*) antes y después del tratamiento cognitivo conductual (panel de arriba y de abajo respectivamente) realizado a un total de 11 pacientes. La clasificación de los tipos de apego se corresponde con: seguros (F1a, F1b, F2, F3, F4a, F4b, F5), inseguros evitativos (Ds1, Ds2, Ds3a, Ds3b, Ds4), inseguros preocupados/ambivalentes (E1, E2, E3a, E3b), desorganización del discurso (Ud) y no se puede clasificar (CC).

Después del tratamiento interpersonal los participantes en categoría de apego desorganizado, pasan a otras categorías (del 23% al 0%) y aumenta el porcentaje de apego seguro, del 11 % al 22 % (Figura 12).

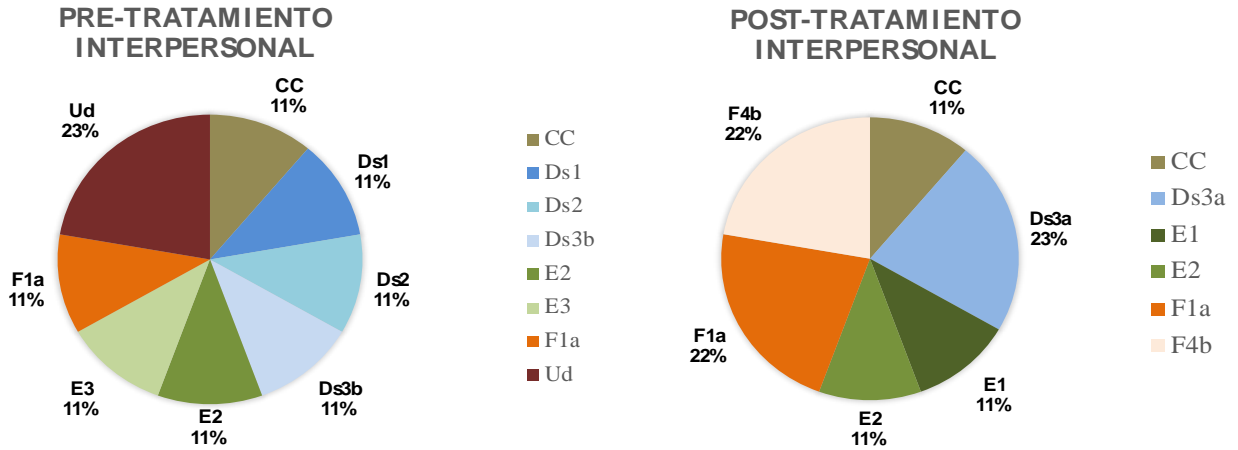


Figura 12. Porcentaje de cada tipo de apego tras realizar la entrevista de apego adulto (AAI, *Adult Attachment Interview*) antes y después del tratamiento interpersonal (panel de arriba y de abajo respectivamente) a un total de 9 pacientes. La clasificación de los tipos de apego se corresponde con: seguros (F1a, F1b, F2, F3, F4a, F4b, F5), inseguros evitativos (Ds1, Ds2, Ds3a, Ds3b, Ds4), inseguros preocupados/ambivalentes (E1, E2, E3a, E3b), desorganización del discurso (Ud) y no se puede clasificar (CC).

De manera que, ambas intervenciones han podido favorecer el cambio de organización de apego insegura o desorganizada a segura, en un 25% de los participantes.

El porcentaje de cambio de apego de los participantes del estudio sin tener en cuenta el tratamiento ni el sexo se muestran en la figura 13.

Porcentaje (número) de participantes en función del cambio de apego

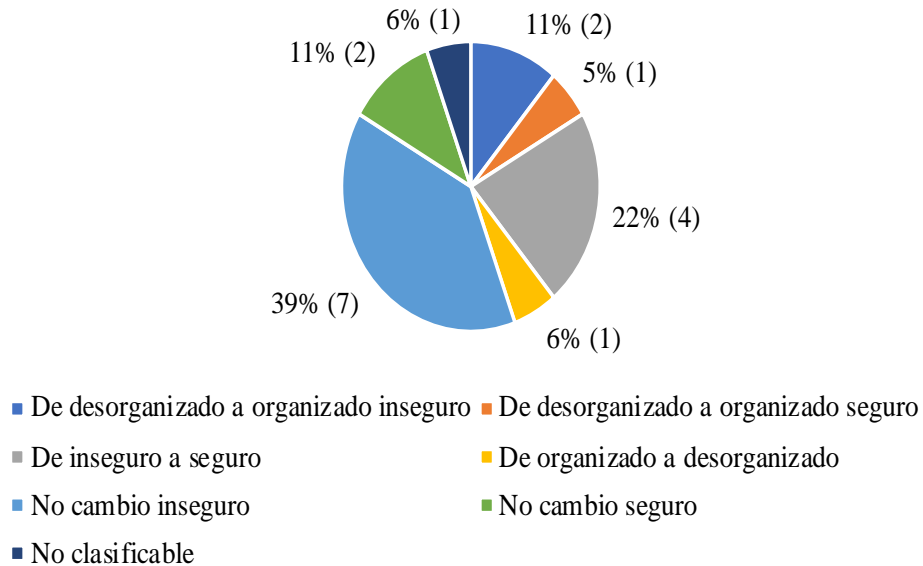


Fig. 13. Porcentaje (número) de participantes en función del cambio de apego.

Los porcentajes de cambio de apego en el tratamiento cognitivo conductual e interpersonal se muestran en las figuras 14 y 15 respectivamente. El porcentaje de cada cambio de apego en hombres y mujeres se muestra en las figuras 16 y 17 respectivamente.

Tratamiento cognitivo conductual: Porcentaje (número) de participantes en función del cambio de apego

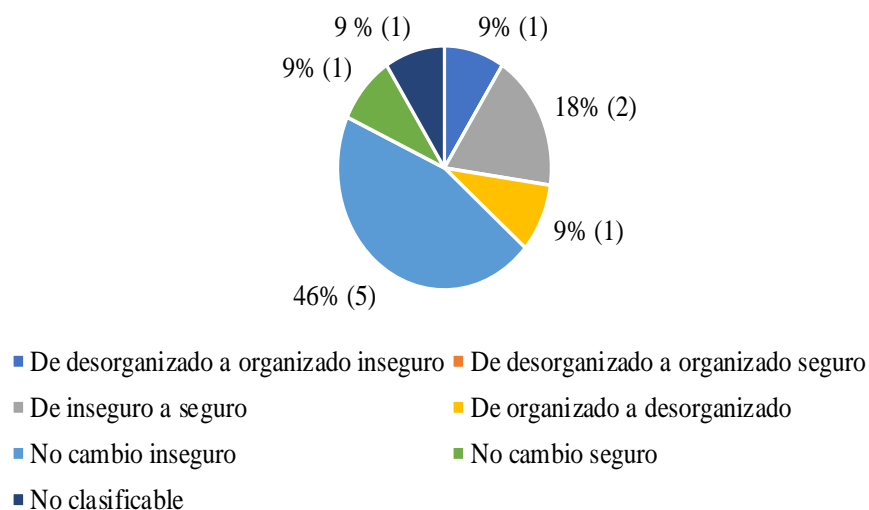


Fig. 14. Porcentaje (número) de participantes del tratamiento cognitivo conductual en función del cambio de apego.

Tratamiento interpersonal: Porcentaje (número) de participantes en función del cambio de apego

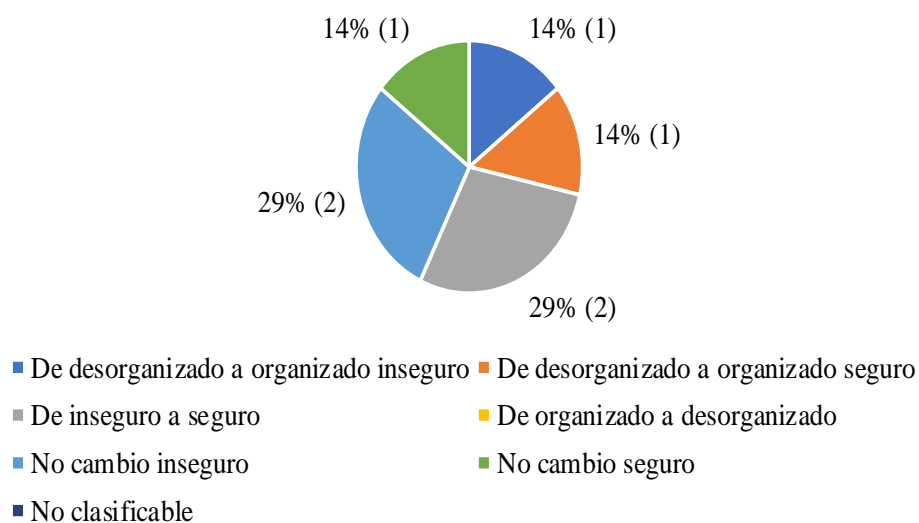


Fig. 15. Porcentaje (número) de participantes del tratamiento interpersonal en función del cambio de apego.

Mujeres: Porcentaje (número) de participantes en función del cambio de apego

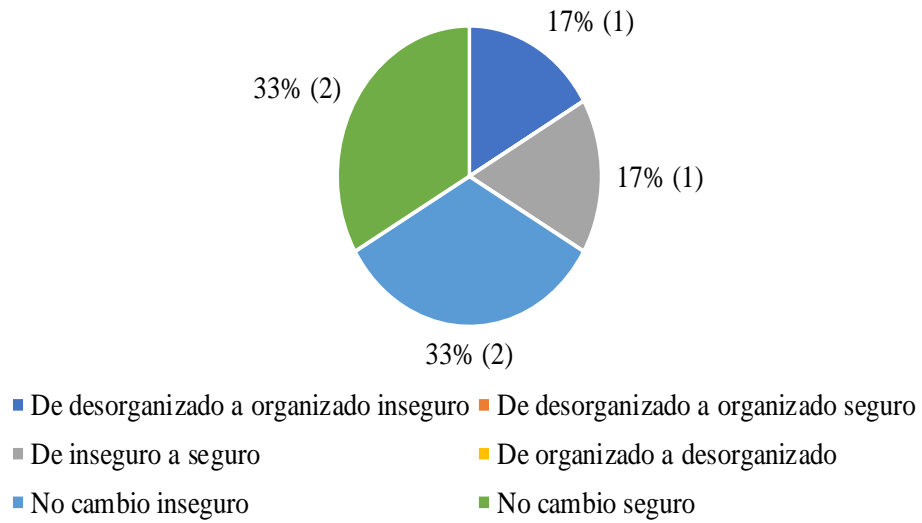


Fig. 16. Porcentaje (número) de participantes mujeres en función del cambio de apego.

Hombres: Porcentaje (número) de participantes en función del cambio de apego

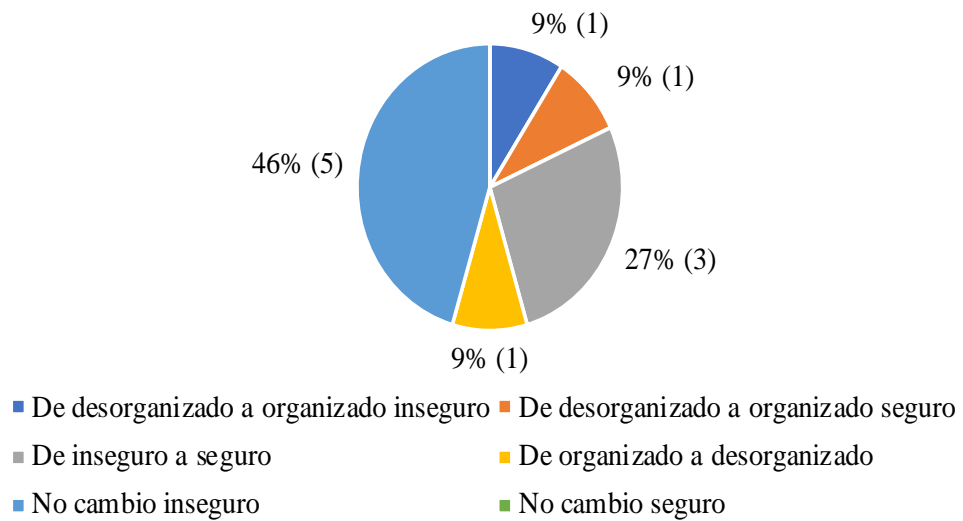


Fig. 17. Porcentaje (número) de participantes hombres en función del cambio de apego.

Tablas de contingencia

En función de tipo tratamiento (Tabla 5), y de sexo y de tratamiento (Tabla 6).

Tabla 5.

	<i>De inseguro a seguro</i>	<i>De organizado a desorganizado</i>	<i>No cambio inseguro</i>	<i>No cambio seguro</i>	<i>De desorganizado a organizado inseguro</i>	<i>De desorganizado a organizado seguro</i>
Tratamiento						
Cognitivo conductual	2	1	5	1	1	0
Interpersonal	2	0	2	1	1	1

Tabla 6.

	<i>De inseguro a seguro</i>	<i>De organizado a desorganizado</i>	<i>No cambio inseguro</i>	<i>No cambio seguro</i>	<i>De desorganizado a organizado inseguro</i>	<i>De desorganizado a organizado seguro</i>
Sexo y tratamiento						
Hombre_CC	2	1	3	0	0	0
Hombre_I	1	0	2	0	1	1
Mujer_CC	0	0	2	1	1	0
Mujer_I	1	0	0	1	0	0
Sexo						
Hombre	3	1	5	0	1	1
Mujer	1	0	2	2	1	0

No hay diferencia en los cambios de apego ni entre tratamientos ni entre sexos. Tampoco hay diferencias en el cambio de apego teniendo en cuenta tratamiento y sexo.

	Chi ²	df	p-value
Tratamiento (Cognitivo conductual/Interpersonal)	2.8	5	0.7239
Sexo (Hombre/mujer)	5.3	5	0.5825
Tratamiento y sexo	13.3	15	0.3837

Relación entre resultados cuantitativos obtenidos por diferentes informadores y cambios en la organización del apego en cada uno de los participantes

A continuación se van a detallar los cambios de cada uno de los/las participantes en relación a las puntuaciones pre-tratamiento y post-tratamiento de las variables cuantitativas, y también en relación a la organización respecto al apego, con la finalidad de poder observar, caso a caso, los diferentes itinerarios de los/las participantes en el estudio. Se les tratará a todos ellos en masculino genérico.

Rama Cognitivo-Conductual

-P1 : puntuación baja en CDI pre-intervención (4) y aumento marcado(13), sin llegar a puntuación de corte en CDI post-intervención. Sin embargo, los cuidadores puntúan más alto el nivel de depresión (de 14 a 7, ambos debajo de la media) pre tratamiento. También se produce una disminución en la puntuación de externalización (de 53 a 22) y, una disminución del nivel de internalización (de 48 a 19). En el funcionamiento global, pasa de 72 a 85, de forma que pasa de valorarse problemas en algún área a un funcionamiento normalizado, sin filiarse dificultades significativas.

Así, en el proceso de cambio de este participante, destaca una mayor visibilización del malestar por parte del paciente, aunque su funcionamiento global mejora, tanto para el evaluador externo como para los cuidadores. Hay que señalar también que este es uno de los dos participantes que tiene indicación de tratamiento farmacológico al inicio del estudio.

En la AAI se observa un cambio de categoría, pasando de Ds1, inseguro evitativo/descartante, a F2, seguro. Este cambio tiene que ver con la valoración de un discurso más colaborador, en el que expresa con mayor claridad episodios del pasado de los

que reflexiona en el transcurso de la entrevista, pudiendo señalar con más facilidad sus dificultades (tanto en el pasado como en la actualidad). Aunque sigue manteniendo cierta idealización de las figuras de cuidado, ha cambiado la forma de relación con las mismas. A continuación se va a reseñar un pasaje especialmente interesante en el que el participante aborda su proceso de cambio (grabación post, min 44:30) al preguntarle la entrevistadora por el efecto de las experiencias con sus padres en su personalidad actual:

“no, yo creo que me ha afectado un poco más, eh...de forma...antes de venir aquí era un chico que me lo guardaba todo, y no hablaba con mis padres...antes como hablaba tanto, hubo una temporada que me lo callé, que hablaba muy poco, que no hablaba casi nada”, ”¿a cuándo te refieres?” (entrevistadora)”10 años...11,12 años, que yo no hablaba, que yo me metía en mi habitación, me ponía con mi play o mi PSP, con la TV o con cualquier cosa, que ahora mismo no sé qué era, y entonces no hablaba, y...pero nunca he tenido nada...pero ahora como estoy viniendo aquí, y sé que las cosas hay que verlas de otra manera, y con...y empiezo a hablar con mis padres...”. Con el contexto de los cambios observados en la AAI, sí parece más coherente que aumente la puntuación CDI en la valoración post-tratamiento, en relación a la mejoría respecto a la expresión emocional. También un hallazgo interesante, es que el participante hace alusión a recuerdos de los 5 años, incluso de los 3 años, lo cual no es habitual, y nos muestra una mejoría franca en la capacidad de evocar y traer experiencias para reflexionar sobre sus efectos. Asimismo, hay instancias de monitoreo meta-cognitivo, previamente ausentes, lo que nos informa de una mayor capacidad para tomar perspectiva respecto a sus experiencias.

- **P2** : puntuación de 15 en CDI, sin llegar al punto de corte, pero en riesgo, disminuye al 5 en la valoración post-tratamiento. Los cuidadores también establecen una disminución en la puntuación de depresión (de 16 a 10), y de las puntuaciones respecto a internalización (de 49 a 47), ésta de forma leve, y de externalización (de 53 a 22), ésta de forma marcada. En relación al funcionamiento global, hay un paso de 62 a 75, de forma que, de filiarse dificultades moderadas, pasa a estar en rango de dificultades leves.

Así, vemos que la expresión de malestar es menos externalizante, al mismo tiempo que se presenta una mayor estabilidad del estado de ánimo, como parte del proceso de cambio de este paciente, según estas puntuaciones.

En la AAI hay un paso de Ds3b a Ds4/Ds3b. De forma que se mantienen descriptores positivos de los progenitores, que no son sustentados, destacando la superficialidad de la narrativa en la presentación de las experiencias y sus influencias. No obstante, aunque hay parquedad en la valoración del apego, destaca en ambas entrevistas la detección de dificultad para recordar episodios “malos” o potencialmente traumáticos, como lo describe a continuación (grabación pre minuto 26:30): “Parece que bloqueo todos los recuerdos malos, no sé si será normal”. También destaca la mayor intensidad del temor a la pérdida, que pasa a estar en primer término, en probable relación con la experiencias de pérdida y separación respecto a los cuidadores, que en la segunda entrevista están más presentes en su discurso, como experiencias que le han afectado y afectan a nivel emocional, aunque con dificultad para generar una imagen completa más allá de un conato de rabia. Estas son experiencias probablemente traumáticas, aunque el participante no las identifica de esta manera, a través de ese bloqueo o “echar a un lado”, propio de la categoría Ds.

-P3 : puntuación de CDI de 26 (pasando el corte de 19) a 13, estando fuera de rango de gravedad. Esto contrasta con los niveles bajos de puntuación para depresión establecidos por los cuidadores (de 6 a 9), y su evolución contraria. En la misma línea, la internalización aumenta de 10 a 15, manteniéndose en rango bajo, y la externalización se mantiene en 17, pre y post tratamiento. Respecto al funcionamiento global, de 59 a 70, nos informa de un cambio sustancial, de estar afectadas varias áreas de funcionamiento, a sólo un área de funcionamiento.

Llama la atención en la evaluación de este participante, que hay una clara disonancia entre lo valorado por los cuidadores, en relación a la sintomatología depresiva, y su funcionamiento, y por el participante y el evaluador externo, de manera que, el cambio vivido por el participante no es visible para sus cuidadores o es minimizado por los mismos.

En la AAI, el participante pasa de una categoría CC/E2/Ds1, no clasificable en la que muestra estrategias opuestas en el discurso, a E3/E1/E2, a la categoría insegura

preocupada/ambivalente, en la que predomina un temor notable, confusión y preocupación alrededor de experiencias traumáticas en la infancia. En este caso se observa una clara discrepancia en los resultados cuantitativos, que probablemente tiene que ver con la falta de sintonización de los cuidadores con el participante, que valoran en rango bajo el nivel de depresión, aumentando de forma leve en el post tratamiento. Como vemos en este participante, hay estrategias opuestas en la entrevista inicial a la hora de integrar la experiencia con los cuidadores (idealización de una de las figuras e intensa ira hacia el otro), que evoluciona hacia una estrategia E, en la que alternan el temor, la confusión y la ira respecto a sus experiencias tempranas con sus cuidadores. De manera que, aunque en este caso hay un descenso en la puntuación CDI, tendríamos que seguir considerándole en situación de riesgo respecto a la reaparición de psicopatología.

-P4: puntuación de CDI se mantiene en 4, en niveles muy bajos. La puntuación en la escala de depresión de los cuidadores pasa de 4 a 7, lo cual también está en niveles bajos. La externalización pasa de 25 a 27 y la internalización de 17 a 23, ambas realizan un cambio leve, dentro del rango bajo. El funcionamiento global pasa de 63 a 75, mejoría, pasando de tener problemas en algún área a un ligero deterioro en el funcionamiento. De manera que, en este caso, el proceso de cambio es poco llamativo, si bien parece que un cambio respecto a la internalización/externalización va acompañado de un cambio en la mejoría del funcionamiento global.

En la AAI, el participante pasa de Ds1/Ds2 a Ds1, por lo que permanece en la categoría de inseguro evitativo/descartante. Los descriptores positivos de los progenitores, no son sustentados, destacando la superficialidad de la narrativa en la presentación de las experiencias y sus influencias en su personalidad actual. Hay un leve cambio en mostrar menor desdén/desprecio por el apego (en relación a las figuras de cuidado y la pérdida), por lo que sale de la categoría Ds2. Pero en general, como trasmisor de información sobre su situación emocional, predomina la pobreza expresiva, y probablemente por ello es complejo que los cuestionarios, tanto al participante como a sus cuidadores, nos den la información suficiente, y sea más la valoración del funcionamiento global, lo que nos informe de cambios, en este caso en sentido positivo. Dicho de otro modo, en el caso de

este participante y de sus cuidadores, la transmisión de malestar está minimizada, tanto antes como después de la intervención. De forma que un resultado aparentemente positivo sobre la situación del participante, debe ser tomado con cautela, si estamos ante un individuo que se mantiene en la categoría Ds.

-P5 : puntuación de CDI se mantiene en 20, pasando el corte. La puntuación en la escala de depresión de los cuidadores pasa de 13 a 17, de forma que, de estar por debajo de la media, pasa a superarla después del tratamiento. La externalización pasa de 20 a 10 (disminuye dentro de un nivel bajo) y la internalización de 49 a 47 (disminución ligera dentro de un rango medio). El funcionamiento global pasa de 61 a 65, una mejoría leve, estando en rango de dificultades moderadas en algún área.

En este caso, parece que no hay cambios significativos tras el proceso de intervención, salvo en la disminución de la externalización, pero no en la vivencia de malestar, tanto para los cuidadores como para el participante.

En la AAI, hay un paso de E1 a Ud/Ds4/E1. En la entrevista inicial el participante muestra dificultades francas para realizar un relato claro en el que se ponga de manifiesto la naturaleza de sus relaciones y el efecto en su personalidad actual. Su discurso se pierde en describir la complejidad familiar en las diferentes etapas, siendo otros los protagonistas de la misma y de su discurso. En este contexto, nombra una experiencia abusiva, pero opta por no abordarla. En la segunda entrevista, encara este tópico, porque ha empezado a abordarlo en contexto terapéutico, teniendo la rememoración de la misma un intenso efecto en el curso de la entrevista (es preciso detenerla y cae la coherencia de la transcripción y de la mente en el relato). Además, como esta experiencia tiene lugar en el contexto de una separación, al explorar el temor a la pérdida, se observa un marcado efecto en la previsión de su conducta (con respecto a un hijo imaginario). Es por todo ello que, como se observa en los resultados cuantitativos, la situación del participante no mejora clínicamente, ya que el procesamiento del evento traumático se ha iniciado en el periodo de la intervención, y está requiriendo de espacio terapéutico individual para su contención, dada la intensa repercusión que está teniendo. Probablemente la naturaleza de la experiencia traumática (abuso sexual intrafamiliar), así como la situación de intensa desprotección durante la

infancia por parte de los cuidadores, han supuesto y suponen en el funcionamiento mental del paciente una intensa amenaza que desorganiza su experiencia cuando pasa a evocarse. El paciente narra cómo el aislamiento social es la manera en la que puede mantenerse algo más seguro, aunque en ningún momento relaciona las experiencias de la infancia con la necesidad de este aislamiento social y la tendencia a sentirse dañado en las relaciones.

-P6: puntuación de CDI pasa del 22 al 16, de forma que baja de estar en rango de depresión a estar en riesgo. La puntuación en la escala de depresión de los cuidadores pasa de 11 a 12, cambio ligero por debajo de la media. La externalización de 31 a 32 y la internalización de 30 a 27, en ambos casos un cambio ligero, entorno a un nivel medio-bajo. El funcionamiento global cambia también de forma leve, de 67 a 65, dentro del mismo rango que filia problemas en algún área de forma moderada.

Parece que en este caso, aunque la vivencia de cambio en el nivel de malestar e inestabilidad del ánimo, hace saltar de rango, de patológico a no patológico, en la valoración externa no se observan cambios significativos, salvo leve disminución de la internalización y leve aumento de la externalización por parte de los cuidadores.

En la AAI, pre y post de este participante, vemos que hay un cambio de Ud/E1/Ds4 a Ds4/E1. En ambas entrevistas, aunque muestra dificultades francas para realizar un relato claro en el que se ponga de manifiesto la naturaleza de sus relaciones y el efecto en su personalidad actual, cayendo con frecuencia en tópicos cerrados, así como en la identificación y justificación de las fallas en la crianza por parte de sus cuidadores (propios de la categoría E, inseguro ambivalente), se valoran 2 cambios fundamentales en su discurso:

-Sale de la categoría Ud, en relación a la no identificación de la experiencia de maltrato físico de la madre, que queda “echada a un lado”, o negada en la segunda entrevista.

-Predomina el temor a la pérdida, Ds4, sobre el cual no se tiene información en la primera entrevista, pero que tiene un poderoso efecto sobre el discurso, acaparando gran parte de la entrevista a través de la concatenación en el relato de experiencias de pérdida con intenso efecto emocional en el participante.

Vemos nuevamente que, haber experimentado situaciones traumáticas con las figuras de cuidado, hace oscilar la valoración de la posición respecto al apego dentro del rango de inseguridad, en el que, aunque se muestra una cierta mejoría en la vivencia interna, no está acompañada de un cambio en la valoración de los cuidadores (con marcadas dificultades para valorar aspectos positivos de la conducta del participante a lo largo de la crianza), y tampoco de un cambio marcado en el funcionamiento global. No obstante, es importante reseñar la vivencia del cambio por parte del participante con un extracto (grabación post min 6:15), tras preguntarle al inicio de la entrevista por su valoración de la relación temprana con sus padres: “me acuerdo de carnaval y todo eso, no sé porqué...antes era de estar enfadada...ahora me acuerdo de estar riéndome en carnaval, y estar con los niños, con sus padres, y yo con mi madre, o con mi padre riéndonos...eso es lo que me acuerdo más o menos...antes me acordaba también más de las cosas...siempre he sido muy negativa, no sé, antes me acordaba más de las cosas malas...pero ahora parece que no”. Impresiona de un cambio en las posibilidades de evocación, con acceso a un repertorio más amplio de experiencias, posiblemente en relación a la disminución de la tendencia a mantener un sesgo negativo de pensamiento.

-P 7: puntuación de CDI pasa de 27 a 18, de forma que baja de estar en rango de depresión grave a moderado. La puntuación en la escala de depresión de los cuidadores pasa de 18 a 7, también una disminución marcada, de estar en la media de depresión a bajar a un nivel leve. La externalización de 40 a 25 y la internalización de 48 a 30, en ambos casos un cambio marcado de estar en rango medio a bajo. El funcionamiento global, cambia de 63 a 85, también un cambio marcado, de tener problema en algún área a tener un óptimo funcionamiento.

De forma que, se pasa de una situación clínicamente significativa, a un nivel de funcionamiento adecuado, tras la intervención clínica, aunque el participante continúa informando de vivencia de malestar, tras el proceso de intervención.

En la AAI, el participante pasa de F5/F4 a F3/F4, así que, dentro de la categoría de seguridad, pasa de una forma con índices de preocupación, a la forma segura por excelencia. En este sentido, hay una correspondencia más directa de todos los índices en el

sentido de la mejoría. Como iremos viendo, es uno de los participantes que obtiene una clara mejoría en el nivel de funcionamiento, lo cual no significa que no siga expresando un grado de malestar. También identifica en la segunda entrevista una experiencia de abuso sexual extrafamiliar, probablemente “echada de lado” en la entrevista inicial, de manera que ahora la puede integrar dentro de las experiencias de su infancia.

-P 8: puntuación de CDI pasa del 17 al 13, ambos en nivel de riesgo. La puntuación en la escala de depresión de los cuidadores pasa de 12 a 8, también una disminución leve, ambos niveles por debajo de la media. La externalización de 26 a 12 y la internalización de 53 a 29, en ambos casos descenso marcado, si bien el nivel de internalización pasa de medio a bajo y la externalización se mantiene en bajo. El funcionamiento global, cambia de 68 a 75, pasando de dificultades moderadas en un área a un ligero deterioro en el funcionamiento. En este caso, parece que todas las puntuaciones apuntan a un proceso de cambio que parte de una situación de riesgo, en la que se produce una mejoría tras la intervención.

En la AAI, se sitúa en Ds3, y se mantiene en esta categoría, inseguro evitativo, siendo el único cambio la identificación del evento traumático (acoso escolar), sin desorganización, en la segunda entrevista. Quizás la más clara identificación del mismo y valoración de su efecto en un paciente con marcadas dificultades para la expresión emocional, ha facilitado una mejoría en vivencia interna de malestar, y en lo observado en el medio por sus cuidadores y a nivel de funcionamiento global.

-P 9: puntuación de CDI pasa del 26 al 8, un cambio muy significativo, de estar por encima de rango a estar en un rango más leve. La puntuación en la escala de depresión de los cuidadores pasa de 25 a 22, ambos por encima de la media. La externalización de 52 a 33 y la internalización de 55 a 45, disminución de puntuaciones ambas en un rango medio. El funcionamiento global, cambia de 58 a 75, pasando de dificultades en un área a un ligero deterioro en el funcionamiento.

Nuevamente sucede que se observa una vivencia interna de cambio en la estabilidad del estado anímico por parte del participante y mejora del funcionamiento por parte del evaluador, que se observa de forma parcial por parte de los cuidadores.

En la AAI, se observa una evolución de E2 a E2/F5, de manera que continúa en la posición respecto al apego inseguro preocupado/ambivalente. En el discurso de este participante, hay una intensa expresión de rabia, que se extiende a lo largo de toda la entrevista, y que disminuye en intensidad en la valoración post tratamiento, aunque siga siendo muy significativa. Probablemente, es por este motivo que, aunque la sensación interna del participante sea de mejoría, esto sea menos percibido por los cuidadores que continúan puntuando de manera significativa en las diferentes escalas. En este caso, como en el del participante 8, se reseña la vivencia de experiencia traumática extrafamiliar (acoso escolar) en la segunda entrevista, identificando con más claridad su efecto en su comportamiento. Lo expresa de la siguiente forma (grabación post 57min. 53seg.) al abordar experiencias traumáticas : “lo que te dije de 6° de Primaria...debido a eso...yo antes hablaba más en clase, incluso participaba y eso, y ahora hablo bajito y participo poco”. De manera que, tanto la identificación de la experiencia traumática y de su efecto en su conducta, como la aparición de algunos índices de seguridad, nos puede hacer pensar que, aunque sigue presentando riesgo de reaparición de sintomatología, también hay algunos factores de protección tras la intervención.

-P10: puntuación de CDI pasa del 21 al 3 un cambio muy significativo, de estar por encima de rango a estar fuera de riesgo. La puntuación en la escala de depresión de los cuidadores pasa de 9 a 7, ambas puntuaciones muy por debajo de la media. La externalización de 36 a 35 y la internalización de 28 a 24, en ambas leves descensos dentro de rango medio y bajo respectivamente. El funcionamiento global, cambia de 58 a 75, pasando de dificultades moderadas en un área, a un ligero deterioro en el funcionamiento.

Este es otro caso, como el anterior, en el que se observa una vivencia interna de cambio en la estabilidad del estado anímico por parte del participante y mejora del funcionamiento por parte del evaluador, siendo incongruente con la observación por parte de los cuidadores del cambio, que es minimizado.

En la AAI, se mantiene en Ds3a, como inseguro evitativo, predominando en el discurso la escasa articulación de sentimientos, así como la tendencia normalizadora sobre el efecto de

la mayoría de las experiencias. No obstante, la experiencia de emigración aparece en el relato con efecto en su personalidad actual, al suponer pérdidas a diferentes niveles en el contexto de su desarrollo. El participante lo expresa así en la entrevista post-tratamiento (grabación post min 43:30) en la pregunta sobre el aprendizaje en relación a las experiencias de la infancia: “que no puedes esperar que hagan las cosas por ti... que también, que también, eh... tengo compañeros de clase que se han tirado un año sin entender aquello... por lo que pasó en Chile y esas cosas... veo más la realidad de las cosas, que no todo es ja, ja, ja, ja” “¿qué estás más triste?”(entrevistadora)”que estoy más madura que ellos ...tengo compañeros de mi misma edad que se ríen por todo, y no entienden el significado... con lo que pasó en Francia, había muchos que no entendían porqué hicimos un minuto de silencio”. Probablemente, la integración progresiva de estas pérdidas, ha dado lugar a una disminución del nivel de malestar interno, que es posible que sus cuidadores filien escasamente, dado el distanciamiento emocional presente a lo largo de toda la crianza y que se mantiene en el momento de la entrevista.

-P 11: puntuación de CDI pasa del 15 al 12, disminución respecto a situación de riesgo. La puntuación en la escala de depresión de los cuidadores pasa de 11 a 15, aumento por debajo de la media. La externalización de 44 a 56 y la internalización de 41 a 46, ambos aumentos dentro de rango medio. El funcionamiento global, cambia de 76 a 75 , manteniéndose relativamente estable dentro del rango que señala un ligero deterioro en el funcionamiento.

En este caso vemos congruencia entre el nivel bajo puntuado por el participante y la estabilidad dentro de un deterioro ligero del funcionamiento pre y post intervención. Se muestra una ligera incongruencia con el aumento, leve, de las puntuaciones por parte de los cuidadores, que puede corresponder con unos cuidadores exigentes o muy preocupados.

En la AAI, pasa de estar en la categoría Ds1, como inseguro evitativo, a F1a, como seguro. En este caso, que se filie inicialmente un nivel bajo de malestar, tiene que ver con el estilo evitativo, que tiende a minimizar el mismo y a normalizar sus experiencias en la crianza. Posteriormente pasa a abordar en la entrevista post tratamiento, las dificultades en su crianza con más facilidad, así como una valoración clara del apego en relación a la

reflexión que hace sobre las mismas. En la grabación de la entrevista post-tratamiento (min 50), en la pregunta sobre el aprendizaje en relación a las experiencias tempranas, lo expresa así: “pues a tener cuidado de las personas con las que me junto, a fijarme bien, a fijarme bien de cómo es una persona, porque por mucho que una persona te venga de primeras que parece una persona maravillosa, y al tiempo puede ser la peor persona del mundo...a respetar más a la gente, a...estar más preocupado de las personas, no sé cómo decirlo, a estar más pendiente de los demás y eso, a ser atento”. Como vemos también, en su relato aparecen indicadores de monitoreo meta-cognitivo (distinción apariencia-realidad, cambio representacional) . De manera que, más allá de la mejoría en la puntuación CDI, podríamos pensar que la mayor capacidad para reflexionar sobre su experiencia puede ser un factor de protección en relación al desarrollo de sintomatología en el futuro.

Rama interpersonal

-P 12: puntuación de CDI pasa de 10 a 17, aumentando en nivel de riesgo en ambos casos. La puntuación en la escala de depresión de los cuidadores pasa de 15 a 16, ambos por debajo de la media. La externalización de 51 a 47 y la internalización de 63 a 59, ambos en descenso, en la primera dentro de rango medio y en la segunda pasando de rango alto a medio. El funcionamiento global, cambia de 58 a 65, pasando de dificultades moderadas en un área a un ligero deterioro en el funcionamiento.

En el proceso de cambio de este participante, destaca una mayor visibilización del malestar por parte del paciente, aunque su funcionamiento global mejora, tanto para el evaluador externo como para los cuidadores, de forma similar al participante P1.

En la AAI, se produce una evolución de Ds1/Ds2, a Ds3a/F1b, de manera que permanece en la categoría de inseguro evitativo, si bien se observan cambios interesantes en la mayor capacidad para evocar escenas interpersonales en las que hay una aproximación al correlato emocional, aunque continúe siendo restringido y con tendencia a la normalización. Destaca la disminución más marcada de la idealización de uno de los cuidadores, y la identificación de conductas heteroagresivas, físicas y verbales, por parte de éste, aunque estaban

restringidas al ámbito de la disciplina, según el relato, con mayor identificación del efecto en su personalidad actual. Lo ejemplifica en la pregunta sobre el efecto de la crianza en su personalidad (grabación post 34min. 30seg.): “pos eso, hubo un tiempo que mis padres discutían un montón por culpa de mi hermana y mía, pero por culpa de ellos a veces, y casi se separan, aunque no es que me haya afectado mucho, la verdad, que se separaran...pero al final no...no creo que haya afectado, si eso en mis características de ser...en contestar o enfadarme mucho o relatar, que me dice mi madre, yo le digo que esa palabra no existe, que es protestar, pero bueno”. También identifica como traumática una agresión por iguales, sin bien no tiene ningún efecto en su narrativa, por la marcada tendencia a “echar de lado experiencias difíciles”. Por último destacar que el proceso de cambio, como inseguro evitativo a una mayor expresividad como F1b, va en el sentido de la mayor expresión de malestar, con lo que el resultado es contradictorio en relación a una disminución en las puntuaciones de CDI, esperable como resultado positivo de una intervención eficaz. En este sentido, la escala de funcionamiento global informa de manera indirecta del efecto positivo de la intervención, ya que los cuidadores de un participante con este perfil, van a tender a ser críticos con la expresión del malestar y a minimizar mejorías en el funcionamiento.

-P 13: puntuación de CDI pasa del 6 al 5, ambos valores muy bajos, fuera de riesgo. La puntuación en la escala de depresión de los cuidadores pasa de 5 a 4, muy por debajo de la media. La externalización de 9 a 4 y la internalización de 22 a 15, ambos descensos dentro de rango bajo. El funcionamiento global, cambia de 70 a 75 , pasando de dificultades en un área a un ligero deterioro en el funcionamiento.

En este caso llama la atención la baja filiación de malestar por parte de todas la fuentes, con congruencia respecto a mejoría leve tras la intervención.

En la AAI, pasa de estar en la categoría Ds3b/E3a a F1a, de manera que hay un paso de inseguro evitativo, con una marcada invasión del discurso por una experiencia atemorizante (E3), muy preocupante en el momento de la entrevista inicial, a seguro, aunque todavía con índices marcados de idealización de la relación con los cuidadores y de normalización de las mismas. No obstante, se observa un discurso mucho más fluido, con identificación de aspectos emocionales y el efecto en su situación actual, sobre todo respecto a la experiencia

traumática, negada parcialmente en la primera entrevista, pero que invade de forma atemorizante su discurso, y que en la segunda es identificada como tal, y abordada sin detectarse desorganización. El participante lo cuenta así respondiendo a la cuestión del aprendizaje sobre sus experiencias en la infancia (grabación post 39 min. 15seg.): “la comprensión a lo que me rodea, hay compañeros míos que no son conscientes de lo que ocurre, porque hay problemas, por ejemplo, hay insultos en mi clase y problemas, y no son conscientes, se creen que todo es un juego, como si fuera todo de broma, pero en realidad yo lo veo y pienso “no es así”, aunque tú creas que no es consciente, suerte que me doy cuenta que eso pasa, y como que me enfado más, pienso que eso no es justo, porque sé lo que pasa y quiero que se arregle”.

Respecto a la valoración del malestar interno, pasa de la minimización, a una situación de estabilización (tras la integración de la experiencia traumática), con lo que se obtiene puntuación baja en ambos casos. De manera que, en este caso, la leve oscilación a la baja de la puntuación CDI, no reflejaría el cambio marcado en la organización del apego, lo que probablemente suponga un factor protector en relación a un aumento de sintomatología futura. Tanto los cuidadores como la evaluadora externa, valoran mejoría dentro de un rango bajo, tanto a nivel psicopatológico como funcional.

-P14 : puntuación de CDI pasa del 7 al 8, aumento leve dentro de un nivel bajo. La puntuación en la escala de depresión de los cuidadores pasa de 5 a 7, aumento por debajo de la media. La externalización de 19 a 31 y la internalización de 31 a 37, en el primer caso aumento desde un nivel bajo a medio, y en el segundo aumento dentro de nivel medio. El funcionamiento global, cambia de 62 a 65, manteniéndose en situación de deterioro de varias áreas de funcionamiento.

La mayor discrepancia se observa entre la situación de deterioro detectada por el evaluador externo, y la baja filiación de malestar por el participante y sus padres, aunque estos valoran mayor nivel de dificultades post tratamiento.

En la AAI inicial el participante muestra una marcada dificultad para responder a lo largo de toda la entrevista, evidenciando una falta de estrategia para hablar (los individuos descartantes son, después de todo, superficialmente colaboradores con sus respuestas), por

este motivo se le clasifica como CC (no se puede clasificar). En la segunda entrevista, aunque se muestra menos angustiado ante la dificultad para responder, está en la misma línea, y únicamente aborda la cuestión de la experiencia traumática, en la que identifica acoso escolar pasado. Este caso, aunque no se ha reseñado como pérdida, y han accedido a la valoración posterior a la intervención, no acudió a las últimas sesiones, por dificultades marcadas para la participación, que le generaba intensa angustia . Así vemos también que, tanto el participante como sus cuidadores, valoran empeoramiento de la situación, aunque dentro de un rango leve-medio, y que desde el punto de vista de la evaluadora externa, se ha mantenido en un nivel de funcionamiento con deterioro en varias áreas. En este tipo de situaciones, es necesario cuestionarse sobre la idoneidad en todos los casos de la intervención en grupo terapéutico.

-P 15: puntuación de CDI pasa del 18 al 5, descenso marcado de situación de riesgo elevado a bajo. La puntuación en la escala de depresión de los cuidadores pasa de 11 a 8, descenso por debajo de la media. La externalización de 33 a 26, y la internalización de 33 a 29, descenso en ambos casos de un nivel medio a bajo. El funcionamiento global, cambia de 52 a 65, pasando de un grado moderado de interferencia en el funcionamiento en la mayoría de las áreas sociales o deterioro grave del funcionamiento en un área, a dificultades variables en varias áreas de funcionamiento, pero no en todas.

En este caso, el evaluador valora un cambio notable en el nivel de funcionamiento, partiendo de una situación muy limitante, pre tratamiento. El participante también valora un cambio marcado en su malestar, aunque con cierta minimización , en la misma línea que sus cuidadores.

En la AAI, hay un cambio de E2/E3 a E2, de forma que se mantiene en la categoría insegura ambivalente. De una entrevista a otra, hay una leve contención del registro de ira hacia uno de los cuidadores, por lo que no cambia de categoría. Lo que si es significativo, es la integración de la experiencia de acoso escolar, que ya no es señalada como traumática, ni tiene un efecto de “invasión” del discurso. Probablemente este cambio ha generado disminución de la vivencia de malestar (como vemos en el marcado descenso de la escala CDI), así como en la valoración de los cuidadores y del evaluador externo. No obstante,

sería un caso a seguir considerando en riesgo de volver a desarrollar sintomatología, dado el mantenimiento en la categoría insegura preocupada/ambivalente.

-P 16: puntuación de CDI pasa del 3 al 10, aumento marcado, sin llegar a nivel de riesgo, tras el tratamiento. La puntuación en la escala de depresión de los cuidadores pasa de 21 a 12, pasando de estar por encima de la media, a estar por debajo. La externalización de 30 a 18 y la internalización de 62 a 25, ambos descensos marcado pasando de nivel medio a bajo en el primer caso, y de nivel alto a bajo en el segundo caso. El funcionamiento global, cambia de 52 a 75, pasando de un grado moderado de interferencia en el funcionamiento en la mayoría de las áreas sociales o deterioro grave del funcionamiento en un área, a ligero deterioro en el funcionamiento, lo cual es un notable cambio.

La coincidencia entre el marcado cambio hacia la mejoría valorado por el evaluador y por los cuidadores pre-post intervención, no coincide con la mayor filiación de malestar del participante, que probablemente en la fase inicial minimizaba el mismo.

En la AAI, pasa de una clasificación Ud/F4a a F4a/F3, de manera que inicialmente predomina un estado desorganizado de la mente respecto al apego por experiencia de pérdida traumática, maltrato familiar y acoso escolar . Aunque la estrategia en el discurso es predominantemente segura, ya que se muestra colaborador y fresco en la exposición de las experiencias de crianza, estas experiencias traumáticas vuelven el discurso confuso y poco claro en varios pasajes. Posteriormente a la intervención, se exponen las experiencias de forma más clara e incluso puede abordar el efecto en su personalidad con bastante claridad, como se expone a continuación (grabación post 31min. 50seg): “a no dejar que las cosas me afecten mucho, a no tener muchos sentimientos hacia las personas, por ejemplo, la empatía la tengo bastante generalizada por parte de mi madre, pero por ejemplo, si veo a alguien que está pegando, o maltratando a una persona, o algún animal, o mismamente hablando mal a alguien, me entran ganas de hacer como mi padre, de matarlo directamente, de no soltarlo, pero nunca lo hago, me acordaré, la rabia, la ira, últimamente lo estoy haciendo bien, pero lo suelo hacer”. En este extracto se percibe una mayor capacidad para reflexionar sobre sus experiencias y sus efectos, con mayor flexibilidad y autonomía, de forma que se aproxima notablemente a la categoría segura por excelencia F3.

Este intenso cambio, también es percibido por los diferentes informadores, confirmándose cómo, la percepción del malestar en participantes seguros, suele ser más sintónicamente percibido por otras fuentes, cuidadores y evaluador externo. Podríamos considerar que este participante pasaría de estar en una situación de alto riesgo, tras haber experimentado lo que se denomina un “trauma complejo”, a una situación de bajo riesgo tras la integración del mismo .

-P 17: puntuación de CDI pasa del 15 al 9, descenso por debajo del punto de corte. La puntuación en la escala de depresión de los cuidadores pasa de 8 a 9, aumento leve por debajo de la media. La externalización de 30 a 36 y la internalización de 36 a 38, aumento leve dentro de rango medio. El funcionamiento global, cambia de 57 a 85, pasando de dificultades moderadas en varias áreas a un buen funcionamiento en todas la áreas. Así, aunque hay congruencia en la valoración de mejoría por parte del participante, con la marcada la diferencia en el funcionamiento global, por otro lado, es apenas perceptible para los cuidadores.

En la AAI, pasa de la categoría Ud/E1 a E1, de forma que, en general, presenta un discurso “pasivo”, en el que el participante suscribe o acepta la experiencia de los cuidados parentales tempranos, de manera que el sentido de la identidad personal parece permanecer cercanamente asociado a la relación con uno de los cuidadores. No obstante, a la hora de abordar la pérdida y las experiencias traumáticas (acoso escolar, separación de los padres), el discurso es más contenido y organizado, pudiendo hablar con más claridad de lo sucedido y poniéndose de manifiesto mayor modulación de los efectos en su conducta actual. Parece que permanecer en la categoría insegura preocupada/ambivalente, hace más probable que sigan presentándose diferencias, sobre todo de intensidad, entre lo percibido por el participante (y la satisfacción que expresa al respecto) y lo percibido por sus cuidadores. En este participante, se hace más probable que pueda volver a presentar sintomatología, dada la permanencia en la categoría insegura.

-P18 : puntuación de CDI pasa del 17 al 13, disminución leve respecto a situación de riesgo. La puntuación en la escala de depresión de los cuidadores pasa de 11 a 6,

disminución por debajo de la media en ambos casos. La externalización de 18 a 19 y la internalización de 32 a 24, aumento leve dentro de rango bajo en el primer caso y disminución marcada de nivel medio a bajo en el segundo. El funcionamiento global, cambia de 68 a 75 , pasando de dificultades en un área a un ligero deterioro en el funcionamiento.

En este caso destaca la valoración de mejoría por parte de todos los informadores, con un cambio más marcado en la disminución de la internalización.

En la AAI, se mantiene en la categoría F1a, segura, siendo la diferencia más significativa entre ambas, la integración de la experiencia traumática (acoso escolar), ya identificada en la primera entrevista y sin efecto conductual en la segunda. Este cambio mantiene coherencia con la disminución de la vivencia de malestar, y la disminución de la internalización, así como con la mejoría del funcionamiento. En este caso, la reaparición de sintomatología es menos probable, dada la mayor estabilización dentro de la categoría segura.

Este es el otro participante al que se le indicó tratamiento farmacológico antidepresivo previamente a la intervención. Es llamativo cómo es diferente la el cambio en el CDI de este participante respecto a P1, ambos con el mismo tipo y dosis de tratamiento, posiblemente en relación con otros factores, como la posición respecto al apego.

-P 19: puntuación de CDI pasa del 21 al 11, descendiendo de estar por encima del punto de corte de forma marcada a estar fuera de riesgo. La puntuación en la escala de depresión de los cuidadores pasa de 26 a 18, descenso de un nivel alto a la media. La externalización de 25 a 28 y la internalización de 66 a 49, aumento leve dentro de nivel bajo en el primer caso, y disminución marcada, dentro de rango medio en el segundo caso. El funcionamiento global, cambia de 61 a 75, pasando de dificultades en algún área a un ligero deterioro en el funcionamiento.

En este caso la mejoría es claramente valorada por todos los informadores, tras la intervención, con aumento ligero de la externalización.

En la AAI, nos encontramos en una situación compleja para valorar las experiencias con sus cuidadores, de una forma más clara, ya que el participante ha presentado problemática orgánica que ha tenido como secuela dificultades amnésicas graves, en proceso de recuperación. No obstante, en la entrevista pre tratamiento podemos observar predominancia de temores en relación a situaciones traumáticas vividas con uno de los cuidadores (maltrato), por lo que la clasificación inicial es E3. En la segunda entrevista, esta experiencia está más integrada, no invade diferentes tópicos y el participante balancea con claridad el efecto en su desarrollo pasando a la categoría F4b. En este caso también, parece que la integración de la experiencia traumática se corresponde con una mejoría en la valoración del nivel de malestar interno, y con mejoría en el nivel de funcionamiento. De forma que, como en el caso anterior, la reaparición de sintomatología es menos probable.

-P 20: puntuación de CDI pasa del 8 al 4, disminución dentro de valores bajos. La puntuación en la escala de depresión de los cuidadores pasa de 2 a 1, valor escasamente significativo. La externalización de 17 a 15 y la internalización de 15 a 12, disminución leve en ambos casos, dentro de rango bajo. El funcionamiento global, cambia de 65 a 75, pasando de dificultades moderadas en un área a un ligero deterioro en el funcionamiento. Este es otro caso en el que el cambio en el nivel de funcionamiento global valorado por el evaluador, apenas es valorado por el participante y sus cuidadores.

En la AAI, nos encontramos ante una entrevista inicial en la categoría Ds2/Ds3a, que tras la intervención pasa a Ds3a, en ambos casos en la categoría insegura evitativa. Este cambio implica un distanciamiento menos desdeñoso de las relaciones de apego y una articulación de algunos aspectos afectivos, aunque sigue predominando la tendencia a la abstracción, y sobre todo, a la normalización y a destacar aspectos de fortaleza. En este sentido, no sorprende que los índices iniciales y posteriores estén en rango bajo a la hora de filiar malestar, tanto por parte del participante como por parte de sus cuidadores, que aparecen en su relato escasamente sintonizados con su malestar y sus experiencias a nivel emocional. No obstante, sí se filia mejoría por parte de la evaluadora a nivel del funcionamiento global. En este caso la reaparición de sintomatología se hace más probable, dado que no pasa a categoría segura, que podría ejercer de factor protector.

Teniendo en cuenta la comparativa de datos, entre la información cuantitativa y cualitativa, surgen claras dudas sobre en qué basar la evaluación del éxito de una intervención psicoterapéutica, desde el punto de vista clínico. Vemos que en muchos casos, el haber presentado experiencias traumáticas y la posibilidad de la integración de las mismas, modula la intensidad de la sintomatología, como veremos a continuación.

Porcentaje de participantes que han presentado experiencias traumáticas en la infancia

Respecto a las experiencias de trauma, después del tratamiento cognitivo conductual se identifican más experiencias traumáticas que antes de dicho tratamiento (Figura 13). Después del tratamiento cognitivo conductual se identifican 2 experiencias traumáticas que no se habían identificado con anterioridad: abuso sexual extra-familiar (en un 9 % de los casos) y acoso escolar (en un 27 % de los casos) (Figura 18).

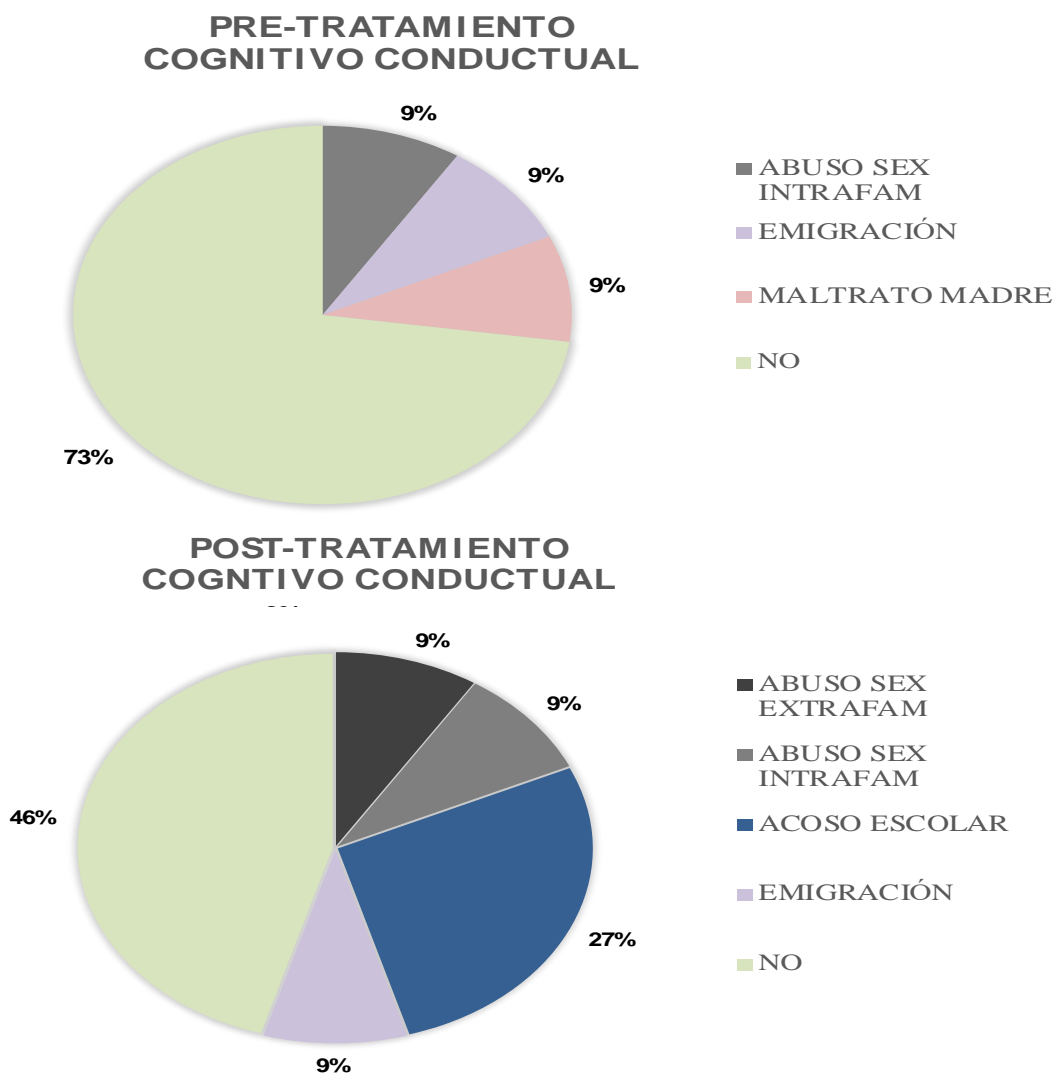


Figura 18. Porcentaje de cada tipo de trauma identificado en 11 pacientes antes y después del tratamiento cognitivo conductual (panel de arriba y de abajo respectivamente). ABUSO SEX INTRAFAM- Abuso sexual intrafamiliar; ABUSO SEX EXTRAFAM- Abuso sexual extra-familiar; NO- Ningún trauma.

En el grupo de tratamiento interpersonal, el tipo de trauma más frecuente, tanto pre como post-tratamiento, fue el acoso escolar (Figura 19). Se identifica la agresión por iguales como experiencia traumática en un participante tras la intervención, otro de los participantes integra una situación de acoso escolar, nombrándola como “no traumática”, tras la intervención y un tercero identifica una situación de acoso escolar como experiencia traumática en la segunda entrevista del apego.

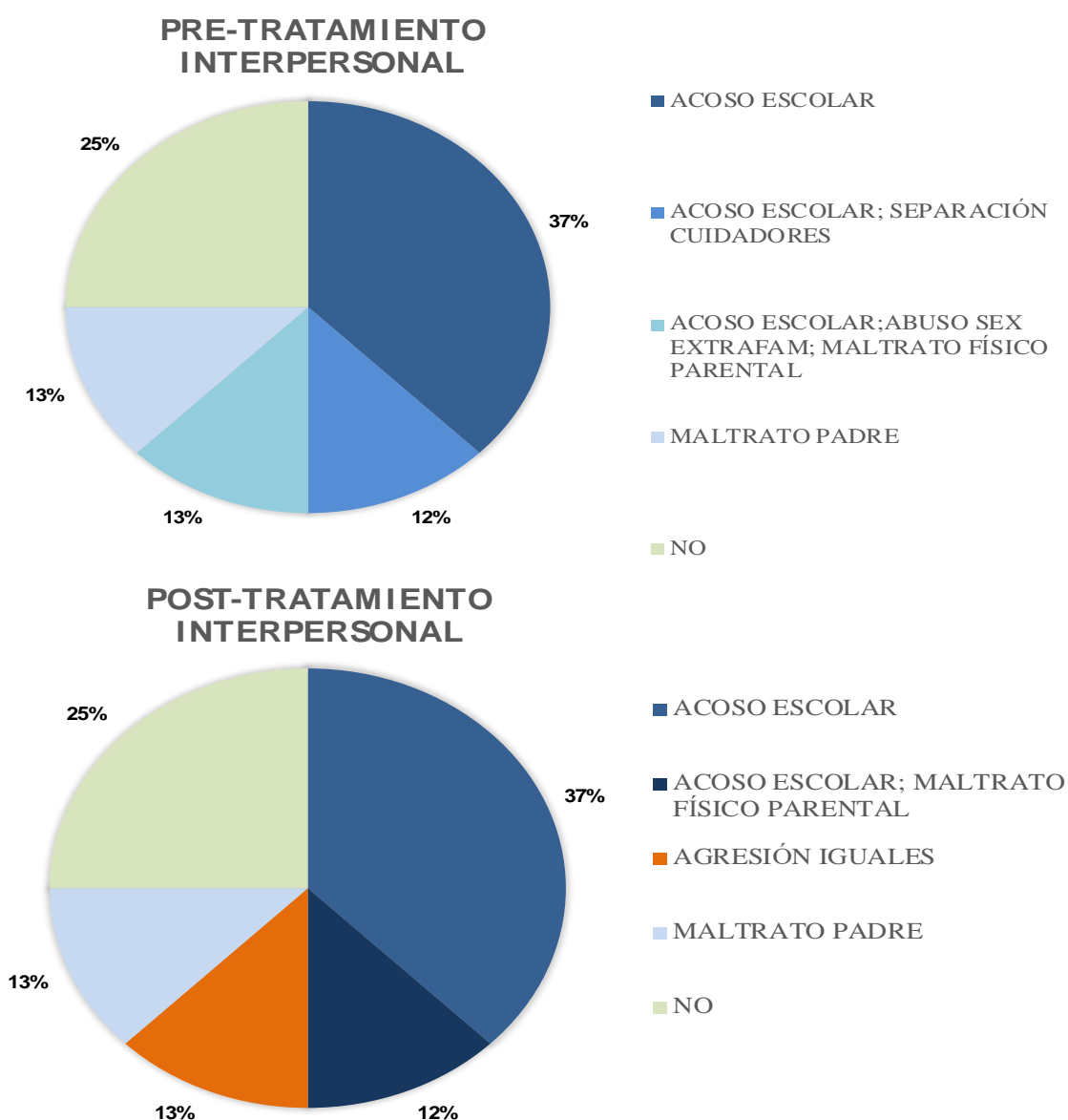


Figura 19. Porcentaje de cada tipo de trauma identificado en 8 pacientes antes y después del tratamiento interpersonal (panel de arriba y de abajo respectivamente). ABUSO SEX EXTRAFAM- Abuso sexual extra-familiar; NO- Ningún trauma; Pérdida- paciente no termina el estudio.

En total en la muestra, el 80% de los participantes identifica alguna experiencia traumática acaecida en la infancia.

A nivel global, hemos encontrado que un 45% de los participantes han abordado situaciones de acoso escolar o intensa conflictiva con iguales (que va desde el rechazo, vejaciones a agresiones físicas continuadas), valorándolas como traumáticas, por el intenso efecto en su desarrollo, contexto y conducta (aislamiento social, dificultades para la comunicación, cambio de centro escolar, cambio de lugar de residencia). El 11%, sólo uno de ellos, estaba clasificado en la entrevista inicial como seguro (P18, F1ab), y el resto como inseguros evitativos/descartantes (33%), preocupados/ambivalentes (22%), desorganizados(22%) o no clasificable (11%). En estos 9 casos, se ha hallado que en el 33,3% , en las experiencias inferidas con los padres la puntuación de Rechazo está por encima de la media.

Porcentaje de pacientes que han integrado experiencias traumáticas de la infancia tras la intervención

Respecto a la presentación de experiencias traumáticas (con mayor o menor grado de efecto en la desorganización del discurso y a nivel conductual), en la muestra se presentan en un 45% en las entrevistas pre-tratamiento y en un 70% post-tratamiento, de manera que suelen estar más identificadas en las entrevistas post-tratamiento. No obstante, se producen varios tipos de itinerarios:

- Aquellos que *identifican en la primera entrevista la experiencia traumática* (P6,P15), y que posteriormente no tiene el impacto emocional, cognitivo y conductual con que se plantea inicialmente, un **10%**. Esto a su vez, puede suceder:
 - porque se *integra la experiencia*, como un aprendizaje de vida o como una experiencia negativa de crianza a no repetir, o intentar no repetir (P15).

- Porque se “echa a un lado”, o se *disocia de la propia experiencia*, creando lo que se denomina “islas de trauma y disociación” (P6) (Bromberg, 1998) cuyo impacto y significado son inicialmente imposibles de expresar con palabras. Dicho autor anima a los terapeutas a encontrar maneras de integrar tales experiencias de trauma con el objetivo de que sus efectos destructivos alguna vez se mitiguen

- Los que *identifican la experiencia como traumática en ambas entrevistas*, y valoran el impacto que dichas experiencias siguen teniendo en la actualidad, bien a nivel emocional, como conductual, cognitivo o en la personalidad o a nivel interpersonal, que son el **35%**. Dentro de este grupo, hay otros 4 itinerarios:
 - Aquellos en los que supone un *nivel de desorganización intenso de su discurso inicial*, entrando en la categoría Ud (P16, P17), y que el proceso de intervención genera la posibilidad de disminuir este impacto en su vivencia y en su narrativa, saliendo de dicha categoría. En uno de los casos pasa a categoría segura F4a/F3 (P16) y en el otro a insegura preocupada/ambivalente E1 (P17).
 - En los que la experiencia se *identifica de forma parcial en la entrevista pre-tratamiento*, y en el proceso de intervención dicha experiencia pasa a abordarse con más detalle (P5), con efecto desorganizador en el discurso y con intensa repercusión a nivel sintomático en ambos momentos. Diríamos que en este caso, aparentemente la intervención no ha mejorado la situación sintomática (ni respecto a la puntuación CDI, ni en el funcionamiento global), pero desde el punto de vista clínico, es una progresión hacia la integración que dicha experiencia, que

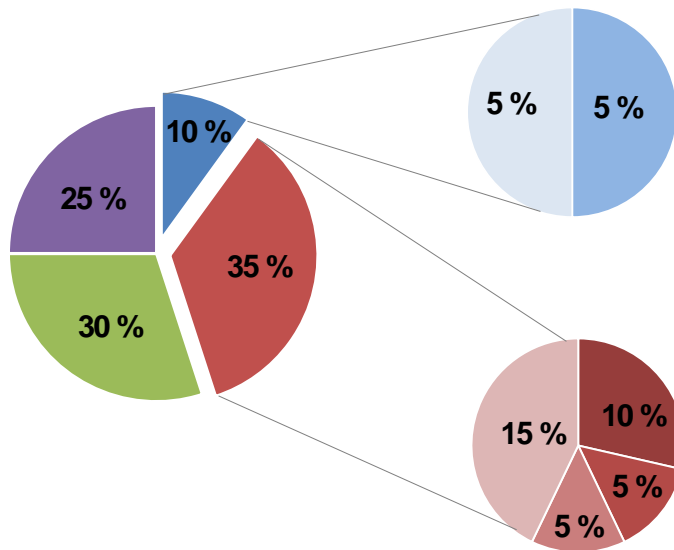
precisará de un apoyo intensivo (en este caso, se ofrece intervención individual).

- Aquellos en los que la *experiencia traumática* es identificada con detalle, llegando a impregnar el discurso en diferentes pasajes por dicha experiencia, con un claro efecto *atemorizante* (E3), aunque sin desorganización del discurso (P19). En este caso la intervención ha ayudado a la integración de dicha experiencia, de manera que posteriormente puede hablar de la misma de forma clara y a la vez conectado emocionalmente, diferenciando el efecto en el pasado, del efecto en el momento actual, pasando a una categoría F4b.
- En este grupo serían los que han tenido experiencias traumáticas en su infancia, que han identificado en la entrevista pre-tratamiento y post-tratamiento, y que *progresivamente han ido integrando*, como experiencias de aprendizaje (P10, P13, P18) de vida, tanto a nivel interpersonal (sobre todo el acoso escolar) como de resiliencia (emigración).
- ◆ Los que *identifican la experiencia en la entrevista post-tratamiento* (P3, P7, P8, P9, P12, P14), que son el 30%. Dentro de este grupo hay participantes tanto de la categoría segura (P7), como insegura evitativa/descartante (P8, P12), como de la insegura ambivalente (P3, P9), como no clasificables (P14). En este grupo los participantes hablan de dichas vivencias como de experiencias de aprendizaje interpersonal (acoso escolar) o experiencias difíciles que se afrontaron en el pasado (abuso sexual extrafamiliar, agresión por parte de iguales). De manera que compartir vivencias en grupo, posiblemente ha estimulado la evocación de experiencias propias, bien través del aprendizaje vicario, o dicho de otro modo, gracias a aquellos que han abordado experiencias

traumáticas atemorizantes (como en el caso de P19), o de alto impacto en su conducta (P16).

De manera que las intervenciones grupales parece que aportan elementos que :

- Modulan el impacto de las experiencias traumáticas
- Favorecen la identificación de experiencias traumáticas y la integración en la experiencia de vida.



- Identifican en la entrevista pre-tratamiento la experiencia traumática
- Identifican la experiencia como traumática en ambas entrevistas
- Identifican la experiencia en la entrevista post-tratamiento
- No identifican experiencia traumática
 - Integra la experiencia ■ Disocia la experiencia
 - Nivel de desorganización intenso de su discurso inicial
 - Se identifica de forma parcial en la entrevista pre-tratamiento
 - Experiencia traumática atemorizante
 - Progresivamente han ido integrando

Figura 20. Porcentaje de pacientes que han integrado experiencias traumáticas de la infancia tras la intervención.

Porcentaje de pérdidas del estudio y aspectos asociados a las mismas

Ha habido un elevado número de pérdidas de posibles participantes en el estudio. Como se apuntaba anteriormente, inicialmente el equipo clínico identificó a 32 adolescentes candidatos a participar en el estudio clínico, 20 hombres y 12 mujeres. De éstos, 17 estaban en el rango de edad de 12-14 años y 15 de 15-17 años. Tras el inicio del proceso de evaluación y asignación aleatoria a los grupos de intervención, se incorporó una participante de 12-14 años, que se asignó al primer grupo para equipar el número de individuos a 9 en ambas ramas en esa franja de edad, con lo cual se contaba con una muestra inicial de 33 participantes.

En el proceso de evaluación hubo un número de pérdidas importante, reduciéndose de 33 a 25. De los 8 adolescentes, hay una mujer del primer grupo de edad, y 2 hombres de dicho grupo, y 2 mujeres y 3 hombres del segundo grupo de edad. No facilitaron información en relación a los motivos por los que no querían iniciar el grupo. Posteriormente a la evaluación, hay otras 3 pérdidas, de las que sí se tiene la información clínica inicial, y 2 pérdidas más tras iniciar las intervenciones (ambas de la rama interpersonal, en cada una de las franjas de edad). De manera que en total tendríamos 13 pérdidas, quedando una muestra de 20 participantes para valorar los resultados tras ambos tipos de intervenciones grupales psicoterapéuticas (39% de pérdida de pacientes del estudio).

El primer abandono (tras la evaluación), fue de un participante asignado a la intervención interpersonal. Respecto a la puntuación CDI, se sitúa en 23, por encima del punto de corte, y C-GAS de 53, con dificultades moderadas en varias áreas. Respecto a la AAI, se sitúa en la categoría E3, ya que la experiencia de maltrato del padre invade múltiples tópicos de la entrevista, poniéndose de manifiesto que tiene un efecto atemorizante, más que desorganizador. Aunque la valoración del apego a la otra figura de cuidado es clara, también presenta índices de idealización en relación a la escasa

información, que apunta más hacia inversión de roles. Podemos hipotetizar, que la presencia en primer plano de esta experiencia tan desbordante, puede ser vivida de forma singular o con intensa vergüenza, y que por este motivo el participante no haya querido iniciar la intervención.

Hay otras 2 pérdidas en la intervención grupal interpersonal. Uno de los participantes situado en la categoría Ds1/Ds2, con CDI de 24, por encima del punto de corte, y C-GAS de 58, con dificultades moderadas en varias áreas de funcionamiento. En este caso, identifica experiencia de acoso escolar en la entrevista, con efecto en su conducta parcialmente identificado, y con tendencia a devaluar el apego, que relaciona de forma parcial con dicha experiencia. De manera que, en este participante, la vivencia de amenaza que puede suponer un contexto de intervención junto con iguales, puede haber sido alta, y por este motivo, quizás se haya dado el abandono. En el otro participante, nos encontramos que se sitúa en categoría Ds1/Ds2, con CDI de 12, sin alcanzar punto de corte, y C-GAS de 56, con dificultades moderadas en varias áreas de funcionamiento. Respecto a la identificación de experiencias traumáticas, aborda claramente maltrato por parte de uno de los cuidadores y claro rechazo a mantener la vinculación con dicha figura, así como descarte o desdén por el tópico del apego en otros pasajes. También aparece la pérdida temprana de una figura de cuidado. De manera que, aunque en este caso el peligro no son los iguales, sí que la vinculación con un contexto relacional complejo, como es un grupo terapéutico, puede que haya sido vivido como un contexto muy exigente para este participante.

En el grupo cognitivo-conductual hay otras 2 pérdidas. En uno de los participantes, en categoría Ds1/Ds2, con CDI de 11, por debajo del punto de corte, y C-GAS de 71, con un ligero deterioro en el funcionamiento, y que no identifica experiencias traumáticas en la infancia, podemos hipotetizar que, la relativa estabilidad de su situación basal de funcionamiento, así como la baja filiación de malestar por parte del participante, pueden haber hecho valorar una intervención psicoterapéutica intensiva, o un mayor nivel de exposición, como no necesarios. En el otro participante, en categoría Ds3a, con CDI de 22, por encima del punto de corte, y C-GAS de 64, con dificultades moderadas en un área de

funcionamiento, nos encontramos que si bien hace una aproximación en su discurso a aspectos de rechazo, que trata con cierto resentimiento, valora que han tenido una influencia limitada, con tendencia a la “normalización” y “envoltura positiva”. Este rechazo es señalado tanto con iguales, aunque sin encuadrarlo como experiencia traumática, como por los padres, que no han sido las principales figuras de apego, con una intensa vivencia de abandono, sobre todo por una de ellas, llegando a señalar en el apartado de las pérdidas que la separación actual de la misma es vivida como tal. Lo relata así el participante (grabación min 40), en el contexto de la pregunta del cambio de la relación con los padres a lo largo del tiempo: “sí, con mi padre antes lo veía más, estaba más con él, y ahora apenas hablamos ni nos vemos...y con mi madre también, hay confianza pero no...tampoco me gusta confiar en ella por así decirlo, no sé porqué, pero no, ni en ella ni en nadie, no me gusta, y prefiero no contarles cuando estoy mal, y eso, a no ser que me ponga a llorar y me ponga muy mal...pues se lo digo ” . De manera que en este participante, la intervención grupal como contexto de mayor exposición emocional y de posible rechazo, probablemente se vuelve más amenazante que esperanzador en relación a un cambio en su situación basal.

A la vista de estos resultados, es importante tener en cuenta que, el contexto de intervención grupal para adolescentes que parten de un categoría insegura evitativa/descartante, puede resultar muy amenazante y ser rechazado con frecuencia. Esto nos lleva a pensar que es necesario un trabajo previo para facilitar la adherencia y aceptabilidad del mismo, especialmente en este perfil de pacientes, ya que, cómo hemos visto anteriormente, se pueden beneficiar de cambios en la organización del apego de manera parcial (P4, P12, que supondrían el 22,2% de los 8 pacientes que inician la intervención con categoría Ds) o estableciéndose en la categoría de seguridad (P1,P11,P13, el 33,3%, de los participantes que inician la intervención en categoría Ds). Por otro lado, haya o no cambios significativos en la organización del apego en estos participantes, algunos de ellos también se benefician en relación a la mayor identificación e integración de experiencias traumáticas (P8, P10, P12, P13, el 44,4% de los participantes que inician la intervención en categoría Ds). Esto supone que casi la mitad de ellos puede pasar a “no dejar de lado” o disociar el peso de estas experiencias en su desarrollo y una mayor aproximación al efecto emocional y conductual de las mismas. Sería deseable valorar el

efecto latente/dormido de este tipo de resultado en individuos en categoría de apego inseguro evitativo/descartante en el futuro.

En el caso de los participantes en categoría insegura preocupada/ambivalente, vemos que la adherencia es mayor, sólo hay una pérdida que supone el 2,5% (de los 25 que inician el estudio, a partir de la etapa de evaluación). En los participantes en categoría desorganizada o no clasificable, no hay ninguna pérdida. No obstante, también sería deseable en estos casos realizar una intervención previa para mejorar la comprensión de la intervención grupal como “lugar seguro”, y favorecer así la adherencia. Por otro lado, también permitiría ofrecer alternativas terapéuticas adaptadas a las dificultades específicas de adolescentes que, además de presentar sintomatología depresiva, presentan dificultades marcadas para mantener una estrategia del discurso (CC, como son P3 y P14), o un intenso nivel de desorganización (P5) lo cual les puede llevar a reforzar más la idea de singularidad y soledad en su vivencia, al no sentirse “entendidos por otros”, al ponerse en marcha estrategias muy cambiantes en el discurso o muy desorganizadas. En estos casos una intervención previa con el participante y sus cuidadores podría facilitar la posibilidad de la intervención grupal en un segundo tiempo.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS

Tras las intervenciones grupales psicoterapéuticas, cognitivo-conductual e interpersonal, se produce disminución de la puntuación CDI de forma estadísticamente significativa (factor tratamiento significativo: $P = 0.0408$). Tras la aplicación del tratamiento (cognitivo conductual e interpersonal) se redujo también la puntuación de las escalas derivadas de CDI (disforia y autoestima negativa), aunque este efecto fue solo marginalmente significativo en el caso de la autoestima negativa. El grupo de tratamiento interpersonal presentó valores más bajos de autoestima negativa y de disforia que el grupo de tratamiento cognitivo conductual, aunque las diferencias fueron solo marginalmente significativas en el caso de disforia.

En la evaluación post-tratamiento (de cualquiera de los dos tipos) aumentó significativamente el funcionamiento global, medido con C-GAS.

Los resultados de CBCL no están en la misma línea, yendo en sentido opuesto en ocasiones respecto a la mejoría filiada por los participantes y la evaluadora externa. De manera que hay un 70% de los participantes en los que desciende el CDI (en 14 de 20), y dentro de esos 14 un 85% (12 de 14) también hay una disminución del nivel de depresión valorado por los cuidadores. También en varios casos (3 de 14, el 21%) se filia un aumento de la externalización por parte de los cuidadores.

Respecto a los cambios en la categorización de apego, tenemos que un 25% han pasado de inseguridad a seguridad, tanto procedentes del tipo evitativo, como preocupado/ambivalente, como desorganizado. No hay diferencia en los cambios de apego ni entre tratamientos ni entre sexos. Tampoco hay diferencias en el cambio de apego teniendo en cuenta tratamiento y sexo.

En relación a la identificación de experiencias traumáticas, es filiada en un 45% en la evaluación inicial, y en un 70% en la final, con grados diversos de integración en la experiencia de vida y efecto en su conducta.

Hay un 39% de pérdidas en el estudio, respecto a la muestra reclutada inicialmente, y un 20% tras haber realizado la evaluación inicial, correspondiendo un 15.4 % en el grupo de tratamiento cognitivo conductual (2 pacientes) y 31 % en el grupo de tratamiento interpersonal (3 pacientes).

DISCUSIÓN

A la hora de valorar los resultados, señalamos que existe beneficio en relación a la aplicación de las intervenciones psicoterapéuticas grupales en adolescentes (cognitivo-conductual e interpersonal) con sintomatología depresiva, dado que disminuye dicha sintomatología en la mayoría de los casos y mejora el funcionamiento global.

Esto probablemente tenga relación con factores comunes de ambas intervenciones que generan cambios en la regulación emocional y el funcionamiento cognitivo. En relación a los factores comunes podríamos decir que :

- Como núcleo de la intervención, proponen que el espacio grupal sea un contexto seguro para que los/las adolescentes desarrollen interacciones entre ellos, dirigidas a explorar y ensayar nuevas formas de relación que les permitan mejorar la comunicación, tanto con iguales como en otros contextos como el familiar, y que esto les permita mejorar su estado de ánimo. Para ello utilizan procesos inherentes a la terapia de grupo, como fomentar el modelaje de conductas entre pares, practicar en vivo las destrezas interpersonales y comunicacionales, dar y recibir retroalimentación (centrada en las características de los comentarios que intercambian los participantes), y usar refuerzos positivos entre los miembros del grupo.
- Tienen como objetivo, el impacto a dos niveles, en la formación de síntomas y en el funcionamiento social, excluyendo otros niveles que tienen que ver con la patología del carácter o personalidad subyacente (Fombonne, 2001). Se promueve aumentar la comprensión de la naturaleza de la depresión en adolescentes y padres, a través de un proceso que se centra en tareas psicoeducativas inicialmente, y que promueve, progresivamente, aumentar los aspectos experienciales de la interacción entre los participantes (de una forma más intensiva en IPT-AG que en TCC).
- El estilo de los/las terapeutas es directivo y activo: psicoeducación, asesoramiento, establecimiento de límites, refuerzo positivo en la realización de las tareas y promover la realización de las mismas.
- Se subraya que el grupo es un contexto, no solo bien aceptado, si no buscado por los/las adolescentes para poner en marcha nuevas alternativas en la comunicación y

habilidades de relación. No obstante, tanto de forma estructural (en IPT-AG), como para afrontar las dificultades en la participación activa (en TCC), proponen sesiones individuales y con los padres para favorecer la identificación de dificultades (IPT-AG), el establecimiento del “rapport” (en TCC), y para la valoración de la eficacia del tratamiento respecto a la sintomatología depresiva (ambas).

- Proponen el uso de materiales intermedios para favorecer “romper el hielo”, en la fase inicial, para recordar lo trabajado a lo largo de las sesiones, tanto para practicar fuera de las sesiones como en el desarrollo de los juegos de rol.
- Se considera favorable la participación de los padres en diferentes momentos para apoyar la adherencia al tratamiento, y favorecer la puesta en marcha de las nuevas habilidades relacionales en el contexto familiar.
- Se realiza con el/la adolescente un entrenamiento para identificar la sintomatología depresiva en la fase inicial, valorar su evolución y factores que influyen en su intensificación (sobre todo de tipo cognitivo, conductual y relacional).
- Plantean que el formato sea intensivo y focalizado, con finalización anticipada. Se abordan las ventajas de dicha propuesta, en relación a la más frecuente e intensiva participación. El número de sesiones que se plantea y su frecuencia son similares, 12-14 sesiones de frecuencia semanal, siendo la duración del tratamiento 3-4 meses, que en nuestro estudio se ha modificado a un año, espaciando las sesiones a frecuencia bisemanal.
- También exponen las dudas en relación a las sesiones de recuerdo y/o la continuidad del tratamiento en relación a las recaídas.
- En la fase de finalización en ambos, se realiza una evaluación del progreso alcanzado, junto con la identificación de los logros y fortalezas de los/las participantes, y se recuerdan los síntomas de alarma de posibles recaídas.

Así, desde la perspectiva de la Teoría del Apego, los enfoques cognitivo-conductual e interpersonal desarrollan ampliamente la necesidad de generar un contexto / laboratorio para ensayar alternativas relacionales centradas en las dificultades de los individuos inseguros con la autorregulación conductual: relativa incapacidad para crear planes efectivos, organizar esfuerzos para resolver problemas, inhibir las tendencias de acción que

interfieren en la consecución de objetivos o dificultad para desconectarse de objetivos imposibles de lograr, que conducen a experiencias repetidas de frustración, fracaso y angustia en las relaciones cercanas. Estas experiencias hacen que las personas inseguras tengan dudas sobre su identidad y baja autoeficacia para hacer frente a las tareas de la vida exigentes. Pueden convertirse en víctimas de un ciclo de autocumplimiento y autoamplificación en el que los problemas en la autorregulación refuerzan los modelos negativos de uno mismo, y exacerban las dificultades en la regulación de las emociones, lo que a su vez hace que las personas inseguras sean cada vez más vulnerables a los trastornos psicológicos. También el ciclo destructivo se intensifica por los problemas de las personas inseguras en la regulación interpersonal (Mikulincer, M., & Shaver, 2016a). La falta de sensibilidad interpersonal y los problemas para resolver conflictos y mantener un equilibrio flexible entre la preocupación personal y la preocupación por los demás, tienden a erosionar la calidad de la relación y engendrar inestabilidad y, en algunos casos, violencia (Mikulincer, M., & Shaver, 2016c). Es por ello que se hace necesario en este tipo de intervención que, además del propósito de que el grupo terapéutico se vaya configurando como un lugar seguro en el que ir exponiéndose y ensayando otras formas de actuación, también se priorice la reflexión sobre los ciclos destructivos que afectan de forma intensa al estado de ánimo y la relación con las experiencias interpersonales actuales y también pasadas (a diferencia del formato interpersonal) (Fombonne, 2001). La ventaja es que ese pasado es cercano, y que en esta etapa, la revisión de dichas relaciones es parte del proceso necesario para generar una identidad propia. Esto no es un objetivo de ninguna de las dos intervenciones evaluadas, pero a nivel preventivo, en relación a futuras recidivas, y a nivel clínico, para abordar el problema de la comorbilidad, puede resultar prometedor. Diferentes estudios longitudinales en niños y adolescentes, con trastorno depresivo mayor y distimia, sugieren un riesgo elevado de episodios depresivos recurrentes vinculados con suicidios y otros comportamientos autodestructivos que inician en esta etapa y pueden prolongarse hasta la edad adulta (Giaconia, Reinherz, Paradis, Hauf, & Stashwick, 2001; Pine, Cohen, Cohen, & Brook, 1999; Pine, Cohen, Gurley, Brook, & Ma, 1998; Weissman et al., 1999). También se plantea en la bibliografía (Ekbäck, Granåsen, Svärting, Blomqvist, & Henje, 2021) que ningún ensayo actual de depresión en adolescentes y adultos jóvenes aborda de manera integral los mecanismos de cambio, y anima a ampliar la investigación en éste

ámbito, a través de una propuesta de intervención que se organiza de manera progresiva, priorizando los dominios que se cree que impulsan el desarrollo de psicopatología. En primer lugar, se aborda la hiperreactividad de la amígdala a través de prácticas que promueven una mayor aferencia vagal, luego se enfatiza el entrenamiento de la conciencia interoceptiva, seguido de prácticas de metacognición, bondad, cuidado y compasión por uno mismo y por los demás, y finalmente la activación conductual basada en valores. Se investiga la propia comprensión de los participantes sobre la causa de su sufrimiento, y se reformulan y contextualizan los síntomas de ansiedad y depresión como respuestas comprensibles a entornos disfuncionales, estresantes o amenazantes. Introducir y operativizar esta perspectiva, también parece necesario, no sólo porque lo avalen los avances en el conocimiento del efecto del maltrato en el neurodesarrollo (Essex et al., 2013; Gruhn & Compas, 2020; Gunnar & Quevedo, 2007; Haidl et al., 2021; McNeil, Andrews, & Cohen, 2020), sino también porque responde a la necesidad de construcción de una narrativa entorno a dichas experiencias que les permitan a los/las adolescentes integrar experiencias estresantes y amenazantes, y continuar adelante.

Por otro lado vemos, coincidiendo con la visión de Cicchetti y col. (Cicchetti & Toth, 1998) que se presentan diferentes itinerarios en la evolución de los trastornos depresivos, y que los diferentes participantes de este estudio, han generado cambios que presentan diferentes componentes, desde el punto de vista de la Teoría del Apego, de manera que :

1. En aquellos que han mostrado una mayor intensificación de la expresión de síntomas depresivos (un aumento del CDI), no siempre significa un empeoramiento clínicamente significativo, ya que en algunos/as adolescentes esto significa que “echan menos de lado” su malestar al evolucionar desde posiciones respecto al apego más descartantes/evitativas a posiciones más seguras, o que lo expresan con más intensidad al pasar de un discurso preocupado/ambivalente a un discurso invadido por una/s experiencias traumática/s que genera intenso malestar . Este paso de la experiencia traumática a primer plano es muy desestabilizador (desde el punto de vista de la construcción del discurso y de la presentación clínica), pero también es una oportunidad para la integración de la experiencia traumática. Esto puede marcar una diferencia

significativa en el desarrollo emocional y en la experiencia de los/las adolescentes a lo largo de toda su vida. En este sentido, en el estudio realizado por Walter y colaboradores (Walter et al., 2021), en relación a la evaluación de los resultados de la Terapia cognitivo-conductual en adolescentes con trastornos depresivos, en el ámbito naturalístico (aunque no siempre en el ámbito clínico), nos plantea que hay un grupo de adolescentes que tienden a “disimular” la intensidad de la sintomatología, y que tienden a abandonar antes los abordajes, valorándose un peor funcionamiento general pre y post intervención (lo cual también podría entenderse como una escasa eficacia, que puede estar relacionada con la dificultad para adherirse/vincularse con el abordaje psicoterapéutico).

2. Dicho avance en la comprensión de su malestar (sintomatología depresiva), puede o no estar acompañada por la comprensión de sus cuidadores sobre el mismo. Vemos que hay algunos casos en los que claramente no hay conexión, estando la vivencia del adolescente completamente alejada de la de sus cuidadores (como en P3), pero en el resto de los casos, aunque haya coincidencia en el sentido de la mejoría, ésta oscila de manera menos clara en cuanto a su intensidad. Es posible que, en algunos casos, entrenar específicamente en conocer la naturaleza de la sintomatología y en la valoración de su intensidad, haya ayudado al acompañamiento por parte de los cuidadores en el proceso de intervención, pero también parece que se presenta una desintonización (diferente vivencia de intensidad) y desincronización (diferente vivencia de la temporalidad) en la mayoría de los casos. Los datos procedentes del estudio de Walter y colaboradores (Walter et al., 2021), también apuntan en esta línea. Esto sugiere que, en futuros abordajes, sería deseable un trabajo más específico en relación a la comunicación entre el/la participante y sus cuidadores, con el objetivo de mejorar la comunicación efectiva en relación a cambios del estado de ánimo.

Estas dos cuestiones nos plantean si los parámetros de la evaluación de los resultados de las intervenciones psicoterapéuticas, desde el punto de vista de la eficacia para disminuir la sintomatología depresiva, nos pueden dar una idea sesgada sobre la misma, ya que va a depender del estilo comunicativo de la/el adolescente, así como del de sus cuidadores:

-Evitativos: la comunicación es generalmente pobre y no hay un patrón consistente de síntomas por cualquiera de las partes (sea la fuente de información padres/adolescente). Esto implica que necesitarán ayuda para ponerse en contacto con las emociones, para elaborar sus narraciones, para indagar en su memoria en busca de detalles y de explicaciones menos radicales de sus vidas.

-Preocupados: informan de su angustia en un alto grado, pero no fueron escuchados (o totalmente creídos) por las personas más cercanas a ellos. Esto implica que necesitarán ayuda para alcanzar cierta distancia de sus emociones (Holmes, 2009) .

En la bibliografía ya se aborda ampliamente la importancia de incluir a la familia en el abordaje de los trastornos depresivos en esta etapa (Asarnow, Jaycox, & Tompson, 2001; Tompson, Boger, & Asarnow, 2012; Tompson et al., 2007; Tompson, Sugar, Langer, & Asarnow, 2017). Los estudios de investigación que evalúan características de la vida familiar (negligencia emocional de los niños; crianza en la que no hay responsividad o se rechaza; falta de disponibilidad, participación y supervisión de los padres en las actividades de los niños; falta de coherencia, calidez y apoyo dentro de la familia; y una experiencia de alienación, desapego o sentimientos de falta de aceptación por parte de los niños) informan asociaciones confiables entre ellas y una amplia gama de riesgos para la Salud Mental, incluida la internalización de síntomas como depresión, comportamiento suicida y trastornos de ansiedad (Chorpita & Barlow, 1998; Kaslow, Deering, & Racusia, 1994; Repetti, Taylor, & Seeman, 2002). Con todo ello parece necesario una mayor implicación de los cuidadores en el proceso de intervención, tanto para mejorar la comunicación y apoyo en el proceso de intervención, como para favorecer un conocimiento más amplio sobre el efecto de dinámicas carentes de coherencia, calidez y apoyo dentro de la dinámica familiar.

También se plantea en la bibliografía el debate entorno a si la organización del apego está influenciada por variables culturales (Mesman, IJzendoorn, & Sagi-Schwartz, 2016), sobre todo de índole económica, y si dicha organización se mantiene o no estable a lo largo del tiempo (Pinquart, Feussner, & Ahnert, 2013). Este meta-análisis integra los resultados de 127 artículos sobre la estabilidad del apego hacia las madres y los padres,

respectivamente, desde la infancia hasta la edad adulta temprana. No se encontró estabilidad significativa en intervalos mayores de 15 años. No obstante, se hallaron coeficientes más altos de estabilidad para intervalos de tiempo de menos de dos años, en comparación con períodos de tiempo de más de cinco años. También hubo más estabilidad si los apegos se evaluaron más allá de la infancia, con la valoración a través de medidas representativas en lugar de conductuales, y si se involucraron muestras de clase media “normal” en lugar de procedentes de poblaciones de riesgo. Además, los niños con apego seguro en riesgo tenían menos probabilidades de mantener la seguridad del apego, mientras que los niños con apego inseguro en riesgo muy probablemente mantenían la inseguridad. Parece interesante reflexionar sobre estos datos, ya que la población que se atiende en los Servicios de Salud Mental es población de riesgo, no sólo porque presente sintomatología depresiva y otras posibles comorbilidades, sino porque, como hemos visto en las valoraciones pre-tratamiento, presentan una organización respecto al apego mayoritariamente insegura o desorganizada. De manera que, dados los hallazgos de cambios en la organización del apego en ambos tipos de intervención, aunque en un bajo porcentaje (25%), de categoría insegura o desorganizada a segura, dichos hallazgos son prometedores en el sentido de generar un importante factor de protección frente al desarrollo de psicopatología en la edad adulta.

La posibilidad de intentar generar encuadres de intervención que puedan favorecer la evolución hacia una posición respecto al apego más segura, es un propósito imprescindible desde el punto de vista de la Teoría del Apego, pero también desde el punto de vista clínico y social, ya que intervenciones de estas características pueden evitar la aparición de recidivas y favorecer un cambio transgeneracional en la transmisión de organizaciones de apego inseguras.

En relación a los resultados revisados, podríamos nuevamente organizar los resultados teniendo en cuenta la necesidad futura o no de otras intervenciones o de otros apoyos a nivel asistencial. De forma que tendríamos casos de :

- *Mejoría marcada*: aquellos en los que ha habido un aumento del funcionamiento global y también un cambio en la organización del apego pasando de inseguridad o desorganización, a categoría de seguridad (P1, P7, P11, P13, P16, P18, P19), el 35%.
- *Mejoría moderada*: aquellos en los que ha habido un aumento del funcionamiento global, y un cambio parcial en la organización del apego hacia la seguridad, o integración de experiencias traumáticas en la infancia (P8, P9, P10, P12, P15, P17), el 30%.
- *Mejoría leve*: aquellos en los que ha habido un aumento del funcionamiento global, sin estar acompañados de otros cambios respecto a la integración de experiencias traumáticas o de organización de apego (P2, P3, P4, P6, P20), el 25%.
- *No mejoría*: no mejoría de rango del funcionamiento global y aumento o mantenimiento de síntomas (P15, P14), el 10%.

Respecto a la presentación de experiencias traumáticas (con mayor o menor grado de efecto en la desorganización del discurso y a nivel conductual), en la muestra se presentan en un 45% en las entrevistas pre-tratamiento, y en un 70% post-tratamiento, de manera que suelen estar más identificadas en las entrevistas post tratamiento. Así, podríamos señalar que las intervenciones psicoterapéuticas grupales, cognitivo-conductual e interpersonal, favorecen la identificación de experiencias traumáticas y, cómo hemos visto en la descripción de los diferentes itinerarios en los participantes, también favorecen la integración en la experiencia de vida.

Los estudios neurobiológicos muestran que los pacientes con antecedentes de trauma han aumentado la reactividad en la amígdala y disminuido la actividad en la corteza prefrontal (Rauch et al., 2000; Shin et al., 2004). Así, parte del trabajo con estos pacientes implica el esfuerzo de reconocer, tolerar y etiquetar los estados somáticos para que las sensaciones corporales puedan vincularse con las emociones, y las emociones con los contextos que las provocan. De esta manera, el camino para afectar la regulación y la integración de la experiencia disociada, generalmente, comienza con el cuerpo (Wallin, 2007d). Como hemos visto anteriormente, de forma resumida, ninguno de los dos modelos de intervención psicoterapéutica grupal para adolescentes con depresión, incide en este

aspecto. En el modelo TARA, que Ekbäck y colaboradores (Ekbäck et al., 2021) proponen (y publican como estudio piloto), está incluido la introducción de prácticas orientadas a los objetivos de autorregulación corporal. Plantean 12 sesiones que se dividen en cuatro módulos, cada uno con objetivos fisiopatológicos y neurofisiológicos específicos. En el módulo uno: Calmarse y crear una sensación de seguridad, a través de prácticas de respiración y movimiento basadas en el yoga. En el módulo dos: Atender y cuidar nuestra experiencia interna, mediante la práctica de identificar el procesamiento autorreferencial negativo y luego cambiar intencionalmente a la conciencia sensorial del momento presente. Para lograrlo, también se practica la atención interoceptiva y el etiquetado de emociones. En el Módulo tres: Reconocimiento, regulación y comunicación de emociones a través del reconocimiento de desencadenantes emocionales en uno mismo y en los demás, la escucha empática, la comunicación efectiva y las respuestas compasivas hacia uno mismo y hacia los demás. En el módulo cuatro: Valores fundamentales, establecimiento de metas y acción comprometida. Este modelo de trabajo, que pone el foco en la identificación e integración de las experiencias corporales, es un referente útil que avanza en el sentido de integrar el correlato somático del trauma en la intervención. No obstante, no parece bien definido el ámbito de reflexión en relación a las experiencias de crianza y el efecto en el desarrollo y en la perspectiva de futuro, que desde la perspectiva de la teoría del apego, para prometedor promover.

Teniendo en cuenta que, hasta un 80% de los participantes en el estudio han identificado experiencias traumáticas (y valorando que no todos los que no las han identificado, significa que no las hayan experimentado), son más la regla que la excepción en la población que se atiende en los Servicios de Salud Mental Públicos. En un meta-análisis (Mandelli, Petrelli, & Serretti, 2015) para valorar la asociación de eventos traumáticos con desarrollo de depresión en la vida adulta, se ha hallado que la negligencia y el abuso emocional están asociados significativamente con la depresión. El abuso sexual / físico o la violencia en la familia pueden ser factores de riesgo inespecíficos en relación a la presentación de trastornos mentales. Señalan que otro tipo de trauma puede jugar un papel menos relevante en el riesgo de depresión en la edad adulta, aunque no deben subestimarse. De hecho, ha habido aportaciones (Turner, Exum, Brame, & Holt, 2013) sobre cómo

experimentar cualquier tipo de victimización por intimidación se corresponde con niveles más altos de depresión e ideación suicida (en ambos sexos). De manera que se hace necesario poner el foco en esta cuestión en futuras intervenciones psicoterapéuticas grupales con adolescentes.

También se apunta en la bibliografía (Henje Blom et al., 2016) que, desde una perspectiva de prevención y tratamiento, hay varias consideraciones contextuales que pueden ser relevantes a la hora de ampliar el análisis de la depresión adolescente más allá del paradigma medicalizado. Estos incluyen el estrés percibido, la adversidad en la vida temprana, el apego subóptimo, el mayor uso de la tecnología y la exposición a los medios, y el impacto psicológico directo e indirecto del cambio climático en la salud mental de los adolescentes. Todos estos factores contextuales tienen un denominador común, en la creación de una situación de amenaza sostenida para el individuo, lo que predispone a los/las adolescentes a desarrollar depresión. En el momento actual, contextualizado en la pandemia por COVID-19 (Solmi et al., 2022), sin duda el constructo de amenaza sostenida se ha visto reforzado intensamente, y es por ello que tenemos que tener en cuenta que la vulnerabilidad de este sector de la población, se ha intensificado.

Con todo ello tendríamos que, la función del equipo terapéutico en una intervención psicoterapéutica grupal con adolescentes, tendría que ser múltiple: no solo brindar seguridad y nutrición (metabolizando aspectos no verbales en la interacción) a través de un proceso de sintonía empática y apego, sino desafiar los viejos sistemas de creencias y los viejos patrones de visión y estar en el mundo (ese procesamiento autorreferencial negativo), cuando estos se activan en el contexto terapéutico. El énfasis en el desarrollo de estas funciones a lo largo del proceso, en lugar de plantear objetivos más específicos, tiene como finalidad, el desarrollo de objetivos intermedios de fomento de las capacidades de intimidad (evitativos) y autonomía (ambivalentes), y de la elaboración de una narración terapéutica auto-reflexiva, en la cual el dolor se contenga y se traslade a un sistema de memoria accesible (Wallin, 2007a).

Por otra parte tenemos que, la búsqueda del espacio grupal seguro por parte de los/las adolescentes, tiene que ver con la posibilidad, no solo de tener la experiencia, si no

de aventurarse a reflexionar sobre la misma, con el anhelo de alcanzar una mayor flexibilidad y libertad en experiencias y elecciones futuras, así como una vivencia con menor angustia de lo que habían experimentado previamente. En este sentido, intensificar el foco hacia lo implícito de la relación, hacia lo “no dicho” pero encarnado o actuado, nos puede aproximar a una modificación/flexibilización de nuestro procesamiento procedimental, o dicho de otra forma, a cambios en el patrón con el que interaccionamos con el entorno relacional (y con nosotros/as mismos/as). Focalizar en cambios en el modelo operativo o respecto a estados mentales respecto al apego, desde nuestra perspectiva es un objetivo necesario, tanto para minimizar las recidivas en la etapa, como para promover la prevención en la edad adulta.

En relación a las pérdidas, en la literatura (Baruch, Gerber, & Fearon, 1998) se presentan estudios, en cuyas conclusiones se subraya que el enfoque terapéutico es importante para minimizar interrupciones en el tratamiento, de forma que es probable que los/las adolescentes continúen en el mismo si se opta por un enfoque de apoyo y en menor grado por un enfoque interpretativo. Se sugiere (Baruch, 1997; Baruch et al., 1998), que las posibilidades de participación mejoran cuando, en lugar de la interpretación, el enfoque terapéutico se centra en ayudar a los/las adolescentes a comprender la naturaleza del entorno terapéutico y desarrollar ciertas capacidades cognitivas para reconocer e identificar el significado de sus sentimientos y cómo sus sentimientos se relacionan con sus acciones. En este sentido vemos que esta tarea se tiene que desarrollar previamente y en las primeras fases de la intervención, y parece que sería relevante dedicarle el tiempo suficiente para facilitar la adherencia. Así vemos, en el interesante estudio de Rosselló y col. (Rosselló, Bernal, & Rivera-Medina, 2008), en el que se comparan las versiones individual y grupal de las intervenciones cognitivo-conductual e interpersonal, cómo, de 322 posibles participantes derivados desde el ámbito escolar, se seleccionan 112 como candidatos a la intervención. Detallan los motivos de la no inclusión: 69 no deseaban recibir tratamiento, 4 los padres se negaron a participar, 23 no se presentaron a la cita, 42 no cumplieron con los criterios de DSM-III-R o CDI, 15 son referidos para terapia familiar, 13 son referidos a evaluaciones psiquiátricas, 17 estaban recibiendo tratamiento farmacológico, 6 presentaban ideación suicida intensa y 21 no cumplían con el requisito de edad. Si comparamos a esos

69, con los 5 individuos de nuestro estudio, el porcentaje de pérdidas es similar a la etapa tras iniciar la evaluación, un 21,4%, , y a nivel global, sería el 34,8% , y en nuestro estudio es el 39%. No obstante, no resulta tranquilizador. También podemos pensar que los 23 que no se presentan a la cita, o los 4 en los que los padres se negaron a participar, no serían candidatos, pero se desconoce la gravedad de su situación. De manera que, el contexto ecológico de dicha muestra, es probable que se parezca poco a la de los/las adolescentes que son remitidos a los Servicios de Salud públicos. En el estudio observacional de Walter y colaboradores (Walter et al., 2021) sobre la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en un entorno naturalístico, de 597 niños y adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión e iniciaron el abordaje, pasaron a ser 331 (66,7%) de los que se obtuvieron los datos previos y posteriores a la prueba sobre la autoevaluación y la evaluación de los padres. De manera que, tanto un 33,3% de pérdidas en este estudio, como un 39% en nuestro estudio, no son cifras aceptables en población posiblemente rango clínico o en situación de riesgo.

Por ello, uno de los aspectos fundamentales es, sin duda, qué prácticas van a favorecer la adherencia a la intervención, ya que, precisamente los pacientes más vulnerables o que desarrollan psicopatología más grave, son los que presentan mayor dificultad para la incorporación y mantenimiento en las intervenciones. Y en ese sentido se va a dedicar un apartado inicial a la preparación del grupo, teniendo en cuenta las características de los participantes. Esto es un aspecto que probablemente limite que este tipo de abordaje sea validado según los parámetros necesarios, presentes en la literatura actual, para establecer su eficacia en comparación con otras terapéuticas. No obstante, nos adherimos a las reflexiones que algunos autores como B.E. Wampold y Z.E. Imel (Wampold & Imel, 2015) vienen realizando sobre la pertinencia y validez de trasladar los parámetros de la investigación médica a la investigación y práctica de la psicoterapia. Dichos autores proponen un modelo contextual de abordaje, adaptado a distintos ámbitos de intervención. En este caso, la población diana es la que es derivada a los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil, a diferencia de la valorada en estudios de eficacia comparativa de otros contextos donde el reclutamiento se realiza fundamentalmente desde el ámbito académico, lo cual nos lleva a pensar que hay una petición activa de ayuda,

característica ya marcadamente diferencial respecto al ámbito de gravedad de la clínica. Por otro lado destacar que, tras el reclutamiento, el proceso de cribado de pacientes es un tema especialmente espinoso, ya que la existencia de comorbilidad, sobre todo en relación a sintomatología ansiosa, alteraciones alimentarias, problemas de conducta, episodios disociativos, conductas autolesivas, etc., es más la norma que la excepción como apunta ampliamente la bibliografía (Angold, Costello, & Erkanli, 1999; Copeland, Shanahan, Erkanli, Costello, & Angold, 2013) y la experiencia clínica actual, con lo que apostar por abordajes centrados en una única constelación sintomática, como sugerían Kazdin y colaboradores, (Kazdin, 2010) para ofrecer abordajes lo más eficaces posibles a nivel sintomático, comienza a ser una apuesta clínica quizás menos rentable de lo que se auguraba en los inicios de la investigación sobre intervenciones psicoterapéuticas eficaces para trastornos depresivos en esta etapa.

Hay que tener en cuenta además que, el establecimiento de un control a través de la lista de espera, para asegurar que los enfoques de tratamiento son superiores a la no intervención, con una población adolescente vulnerable, crea problemas éticos significativos (O'Shea, Spence, & Donovan, 2015) aunque hasta ahora se han valorado como condiciones necesarias para la investigación.

Otra limitación importante de este estudio es el tamaño de la muestra, sobre todo en relación a demostrar resultados con potencial estadístico. No obstante, hay que plantear que son múltiples los estudios piloto que optan por el análisis de muestras reducidas para valorar la idoneidad de su propuesta inicial o para centrarse en aspectos de tipo cualitativo (Asarnow, Hughes, Babeva, & Sugar, 2017; Dietz, Mufson, Irvine, & Brent, 2008; Ekbäck et al., 2021; Geirhos et al., 2022; Mufson, Weissman, Moreau, & Garfinkel, 1999; Santomauro, Sheffield, & Sofronoff, 2016; Truneckova & Viney, 2007; Tsvieli et al., 2020). Además, desde la perspectiva del análisis cualitativo, es controvertido establecer un tamaño de la muestra, en relación a la calidad de los datos, el alcance del estudio, la naturaleza del tema, la cantidad de información útil obtenida de cada participante, el número de entrevistas por participante, el uso de datos sombreados, el método cualitativo y el diseño del estudio utilizado (Morse, 2000). Se plantea que existe una relación inversa entre la cantidad de datos utilizables obtenidos de cada participante y el número de

participantes. Cuanto mayor sea la cantidad de datos utilizables obtenidos de cada persona (como número de entrevistas, etc.), menor será el número de participantes. Este principio vincula el número de participantes con el método de investigación utilizado. Si, al usar entrevistas semiestructuradas, se obtiene una pequeña cantidad de datos por pregunta de la entrevista (es decir, datos relativamente superficiales), entonces para obtener la riqueza de datos requerida para el análisis cualitativo, se necesita una gran cantidad de participantes (al menos de 30 a 60). Si, por el contrario, se está haciendo un estudio fenomenológico y entrevistando a cada persona muchas veces, uno tiene una gran cantidad de datos para cada participante y, por lo tanto, necesita menos participantes en el estudio (quizás sólo 6 a 10). Con dos o tres entrevistas no estructuradas por persona, se puede necesitar de 20 a 30 participantes, ajustados de acuerdo con los factores discutidos anteriormente. De manera que, aunque desde el punto de vista cuantitativo, la muestra obtenida es escasa y esto supone una limitación respecto a la valoración de la eficacia de las intervenciones, desde el punto de vista cualitativo hay que tener en cuenta que la AAI consiste en una serie de preguntas que se hacen al sujeto a través de un diálogo centrado en el tema y que se relacionan con su historia vincular personal y lo que piensa sobre la misma, de manera que se analizan recuerdos y evaluaciones de la experiencia de dos formas diferentes (evaluaciones generales de la experiencia y episodios biográficos específicos). Esto genera una riqueza de datos que, aunque se analizan con una sistemática precisa, da la posibilidad de observar, no solo cambios en la organización del apego, si no otros elementos en el nivel de organización del discurso y la observación del efecto de experiencias traumáticas en el desarrollo que nos puede aproximar, de forma más concreta, a posibles itinerarios de cambio en relación al proceso terapéutico, así como a la vivencia en primera persona de los elementos que son valorados por los/las adolescentes en el proceso de intervención. En esta línea, también hay aportes recientes en la literatura, como el estudio de Stafford y colaboradores (Stafford & Draucker, 2020), en donde se analiza los relatos de adolescentes de habla hispana, mujeres, con sintomatología depresiva, y su vivencia respecto a los tratamientos recibidos. De las dieciséis participantes, a diez se les indicó tratamiento psicofarmacológico y todas recibieron psicoterapia. Ocho participantes habían sido hospitalizadas por intentos de suicidio. Se valora que la mayoría de las participantes no estaban bien involucradas en el tratamiento, de manera que algunas nunca iniciaron el

tratamiento o lo siguieron de forma breve. Otras tenían poco compromiso con el tratamiento, de manera que a veces mentían en el contexto terapéutico para salir antes del tratamiento. Esto es parecido a ese efecto “disimulo” que se nombraba en el estudio de Walter (Walter et al., 2021), y que generaba interrupciones en fases iniciales de tratamiento, a pesar de mantener un funcionamiento global deficiente. Como variables detectadas en el estudio de Stafford, señalan la vivencia de que la depresión no es real, que es signo de debilidad o de inmadurez (percepciones características de individuos más evitativos). Casi la mitad presentaban la creencia de que los tratamientos farmacológicos y la terapia no tenían utilidad. Y trece de ellas tuvieron vivencias negativas del tratamiento, como falta de utilidad, efectos secundarios de medicamentos, desconfianza respecto al contexto terapéutico y experiencias aterradoras en el hospital. Muchas de las participantes no pudieron formar un vínculo significativo con el contexto terapéutico, debido a preocupaciones sobre la confianza, y a la falta de disponibilidad del terapeuta. No obstante, las seis participantes que desarrollaron una conexión significativa sostenida con el/la terapeuta, valoran que esto promovió la participación en el tratamiento, y que dicha conexión dependía del establecimiento de una relación de confianza. Destacan en el desarrollo de la misma, pequeños actos de amabilidad, que se interesaran personalmente en las participantes y fueran amables y “atraymentes”. Y en esta línea, parece relevante poner el foco y maximizar el esfuerzo en los elementos necesarios para generar esa conexión sostenida o vínculo terapéutico, como a continuación se expondrá en el manual de intervención propuesto en este trabajo de investigación.

CONCLUSIONES

1. Respecto a las medidas de la evaluación cuantitativa:
 - Han servido para valorar cambios en el funcionamiento global de los participantes (C-GAS) y respecto a la sintomatología depresiva (CDI). Se produce disminución de la puntuación CDI de forma estadísticamente significativa (factor tratamiento significativo: $P = 0.0408$), independientemente del tipo de tratamiento. En la evaluación post-tratamiento (de cualquiera de los dos tipos) aumentó significativamente el funcionamiento global, medido con C-GAS.
 - No se ha hallado efecto significativo en las variables depresión, externalización e internalización, del CBCL.

2. Respecto a las medidas cualitativas, tenemos que la organización del apego en el 25% de los participantes del estudio cambia de la categoría insegura o desorganizada a segura.
 - Se puede observar que el porcentaje de apego seguro aumentó tres veces más después del tratamiento cognitivo conductual, de 9 % a 27 %.
 - Después del tratamiento interpersonal los participantes en categoría de apego desorganizado, pasan a otras categorías (del 23% al 0%) y aumenta el porcentaje de apego seguro, del 11 % al 22 %.
 - No hay diferencia en los cambios de apego ni entre tratamientos ni entre sexos. Tampoco hay diferencias en el cambio de apego teniendo en cuenta tratamiento y sexo.

3. En relación a estos cambios se propone valorar los resultados de futuras intervenciones de forma mixta, y con la finalidad de valorar las necesidades en la continuidad asistencial, clasificar los resultados como:
 - *Mejoría marcada*: aquellos en los que ha habido un aumento del funcionamiento global y también un cambio en la organización del apego pasando de inseguridad o desorganización, a categoría de seguridad, el 35%.

- *Mejoría moderada*: aquellos en los que ha habido un aumento del funcionamiento global, y un cambio parcial en la organización del apego hacia la seguridad, o integración de experiencias traumáticas en la infancia, el 30%.
 - *Mejoría leve*: aquellos en los que ha habido un aumento del funcionamiento global, sin estar acompañados de otros cambios respecto a la integración de experiencias traumáticas o de organización de apego, el 25%.
 - *No mejoría*: no mejoría de rango del funcionamiento global y aumento o mantenimiento de síntomas, el 10%.
4. Se ha observado la identificación de experiencias traumáticas en la infancia, en el 80% de los participantes.
- En un 10% de los casos se ha identificado en la entrevista de apego pre-tratamiento, en un 35% en ambas entrevistas, y en un 30% únicamente en la entrevista post-tratamiento. Son llamativas las diferencias de reporte de experiencias traumáticas en las diferentes entrevistas.
 - El grado de integración de las mismas ha sido variable.
 - Sería deseable implementar prácticas que favorecieran la integración de experiencias traumáticas en las intervenciones psicoterapéuticas grupales con adolescentes con depresión en el ámbito clínico.
5. La pérdidas en el estudio han sido de un 39%.
- El 80% de las mismas, en la fase de intervención, son adolescentes en categoría Ds (evitativos/descartantes).
 - Sería deseable realizar actuaciones previas a la intervención que permitieran minimizar las pérdidas y favorecer la adherencia.
6. Se han podido pilotar dos intervenciones grupales, cognitivo conductual e interpersonal, para adolescentes con trastorno depresivo, y se ha podido realizar una valoración cuantitativa y cualitativa de resultados, tras la cual se realiza una propuesta de evaluación de resultados complementaria y un manual de intervención para esta población .

7. Se realiza propuesta de manual de intervención, ISBN 978-84-18581-79-3.

ANEXOS

EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA

CDI

CDI

Por María Kovacs, Ph. D. Traducido por Santiago García Tornel

Nombre del Niño/Niña: _____	Sexo: M F	
Nº de Visitas: _____	Fecha: _____	Edad: _____
Curso Escolar: _____		
Nombre de la persona que lo responde: _____		
Relación Familiar con el paciente: _____		

Los niños a veces tienen sentimientos e ideas diferentes.

Esta plantilla presenta los sentimientos e ideas por grupos. De cada grupo de tres oraciones, escoge la que te describa mejor durante la última semana. Después de escoger una frase del primer grupo, pasa al segundo grupo.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Solamente escoge aquella que mejor describa como te has sentido últimamente. Pon una señal como esta **X** al lado de la oración que escojas. Pon esta marca en el recuadro que hay al lado de la oración que hayas escogido.

Aquí tienes un ejemplo de cómo funciona esta plantilla. Pruébalo. Pon una señal al lado de la oración que te describa mejor. Ejemplo:

<input type="checkbox"/> Siempre leo libros
<input type="checkbox"/> A veces leo libros
<input type="checkbox"/> Nunca leo libros

Recuerda. Escoge aquellas oraciones que mejor te describan durante la última semana. Cuando hayas acabado de rellenar esta página dale la vuelta a la hoja y rellena la otra cara.

1	<input type="checkbox"/> A veces estoy triste
	<input type="checkbox"/> Estoy triste muchas veces
	<input type="checkbox"/> Siempre estoy triste
3	<input type="checkbox"/> Hago bien la mayoría de las cosas
	<input type="checkbox"/> Hago muchas cosas mal
	<input type="checkbox"/> Lo hago todo mal

2	<input type="checkbox"/> Nunca me saldrá nada bien.
	<input type="checkbox"/> No sé si me saldrán bien las cosas.
	<input type="checkbox"/> Las cosas me saldrán bien.
4	<input type="checkbox"/> Me divierto con muchas cosas
	<input type="checkbox"/> Me divierto con algunas cosas
	<input type="checkbox"/> Nada me divierte

5	<input type="checkbox"/> Siempre soy malo <input type="checkbox"/> Muchas veces soy malo <input type="checkbox"/> Soy malo de vez en cuando
7	<input type="checkbox"/> Me odio <input type="checkbox"/> No me gusto <input type="checkbox"/> Me gusto
9	<input type="checkbox"/> No pienso en matarme. <input type="checkbox"/> He pensado en matarme pero no lo haría. <input type="checkbox"/> Quiero matarme.
11	<input type="checkbox"/> Todo me molesta <input type="checkbox"/> Muchas veces me molestan las cosas. <input type="checkbox"/> De vez en cuando las cosas me molestan
13	<input type="checkbox"/> No sé tomar decisiones <input type="checkbox"/> Me cuesta tomar decisiones <input type="checkbox"/> No me cuesta nada tomar decisiones.
15	<input type="checkbox"/> Siempre tengo que esforzarme para hacer los deberes. <input type="checkbox"/> Muchas veces me he de esforzar para hacer los deberes. <input type="checkbox"/> Hacer los deberes no me cuesta demasiado esfuerzo.
17	<input type="checkbox"/> A veces estoy cansado/cansada. <input type="checkbox"/> Hay muchos días en que estoy cansado/cansada. <input type="checkbox"/> Siempre estoy cansado/cansada.
19	<input type="checkbox"/> No me preocupa tener dolor o estar enfermo. <input type="checkbox"/> Muchas veces me preocupa tener dolor o estar enfermo. <input type="checkbox"/> Pienso muchas veces en tener dolores o enfermedades.

6	<input type="checkbox"/> De vez en cuando piensa en que me puedan pasar cosas malas. <input type="checkbox"/> Me preocupa que me pasen cosas malas <input type="checkbox"/> Estoy seguro de que me pasarán cosas terribles.
8	<input type="checkbox"/> Todas las cosas malas son por mi culpa <input type="checkbox"/> Muchas cosas malas son culpa mía <input type="checkbox"/> Las cosas malas no suelen ser por mi culpa.
10	<input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar todos los días. <input type="checkbox"/> Hay muchos días que tengo ganas de llorar. <input type="checkbox"/> De vez en cuando tengo ganas de llorar.
12	<input type="checkbox"/> Me gusta estar con gente. <input type="checkbox"/> Muchas veces me encuentro incómodo cuando estoy con gente. <input type="checkbox"/> No quiero estar con gente.
14	<input type="checkbox"/> Tengo buen aspecto. <input type="checkbox"/> Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan. <input type="checkbox"/> Soy feo/fea.
16	<input type="checkbox"/> Todas las noches me cuesta dormirme. <input type="checkbox"/> Muchas veces me cuesta dormirme. <input type="checkbox"/> Duermo bastante bien.
18	<input type="checkbox"/> Casi nunca tengo hambre <input type="checkbox"/> Muchos días no tengo hambre. <input type="checkbox"/> Como bien.
20	<input type="checkbox"/> No me siento solo/sola. <input type="checkbox"/> Me siento solo/sola muchas veces. <input type="checkbox"/> Siempre me siento solo/sola.

21	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nunca me divierto en el cole.<input type="checkbox"/> Sólo me divierto en el cole de vez en cuando.<input type="checkbox"/> En el cole me divierto muchas veces.
23	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Voy bien en el colegio<input type="checkbox"/> No voy tan bien en el colegio como antes.<input type="checkbox"/> Ahora voy muy mal en el colegio cuando antes iba bien.
25	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nadie me quiere<input type="checkbox"/> No estoy seguro/a de que alguien me quiera.<input type="checkbox"/> Estoy seguro/a de que alguien me quiere.
27	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Me llevo bien con la gente.<input type="checkbox"/> Muchas veces me meto en peleas.<input type="checkbox"/> Siempre me estoy metiendo en peleas.

22	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tengo muchos amigos<input type="checkbox"/> Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más.<input type="checkbox"/> No tengo amigos.
24	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nunca podría ser tan bueno como los demás.<input type="checkbox"/> Si quisiera podría ser tan bueno como los demás<input type="checkbox"/> Soy tan bueno como los demás.
26	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Generalmente hago lo que me dicen<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces hago lo que me dicen.<input type="checkbox"/> Nunca hago lo que me dicen.

CBCL-6-18



Por favor
utilice letra
de imprenta

INVENTARIO DEL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS/AS DE 6-18 AÑOS PARA PADRES (CBCL/6-18)

Para llenar
en el centro
ID #

NOMBRE DEL NIÑO/A		Nombre		Apellido		Apellido		TRABAJO HABITUAL DE LOS PADRES, incluso si ahora no están trabajando (por favor especifique - por ejemplo: Mecánico, jardinero, maestra, ama de casa, obrero, zapatero, médica). TRABAJO DEL PADRE: TRABAJO DE LA MADRE: ESTE CUESTIONARIO FUE CONTESTADO POR: (escriba su nombre completo) Sexo del informador: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Padre o madre biológico/a <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Padre o madre adoptivo/a <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____
SEXO		EDAD		RAZA O GRUPO ÉTNICO				
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino								
FECHA DE HOY		FECHA DE NACIMIENTO						
Día ____ Mes ____ Año ____		Día ____ Mes ____ Año ____						
Curso Escolar _____ No va a la escuela <input type="checkbox"/>								

Por favor complete este cuestionario con su opinión sobre el comportamiento de su hijo/a, incluso aunque piense que otras personas no están de acuerdo con usted. Si lo cree necesario anote comentarios adicionales al final de cada frase y en el espacio que se proporciona en la página 2.

I. ¿Cuáles son las actividades deportivas en las que más le gusta participar a su hijo/a? En comparación con otros/as niños/as/jóvenes de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada uno de estos deportes? Por ejemplo: natación, fútbol, básquet, montar en bicicleta, monopatín, pescar, ... <input type="checkbox"/> Ninguna	En comparación con otros/as niños/as/jóvenes de su edad, ¿cómo hace cada uno de estos deportes? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Menos que los demás</td> <td>Igual que los demás</td> <td>Más que los demás</td> <td>No sé</td> <td>Peor que los demás</td> <td>Igual que los demás</td> <td>Mejor que los demás</td> <td>No sé</td> </tr> </table>	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No sé	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">a. _____</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	a. _____	<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"/>	c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No sé																											
a. _____	<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"/>																											
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
II. ¿Cuáles son las actividades, juegos o pasatiempos favoritos de su hijo/a? (No incluya deportes) En comparación con otros/as niños/as/jóvenes de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada una de estas actividades? Por ejemplo: coleccionar cromos, jugar con muñecas, leer, tocar el piano, coches, manualidades, cantar, ... (No incluya ver TV u oír la radio) <input type="checkbox"/> Ninguna	En comparación con otros/as niños/as/jóvenes de su edad, ¿cómo hace estas actividades? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Menos que los demás</td> <td>Igual que los demás</td> <td>Más que los demás</td> <td>No sé</td> <td>Peor que los demás</td> <td>Igual que los demás</td> <td>Mejor que los demás</td> <td>No sé</td> </tr> </table>	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No sé	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">a. _____</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	a. _____	<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"/>	c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No sé																											
a. _____	<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"/>																											
c. _____	<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, clubes, equipos u otros grupos pertenece su hijo/a? En comparación con otros/as niños/as/jóvenes de su edad ¿en qué grado se implica en cada uno de estos grupos? <input type="checkbox"/> Ninguna	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Menos activo/a</td> <td>Promedio</td> <td>Más activo/a</td> <td>No sé</td> </tr> </table>	Menos activo/a	Promedio	Más activo/a	No sé	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">a. _____</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	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"/>													
Menos activo/a	Promedio	Más activo/a	No sé																															
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 trabajos o tareas hace su hijo/a? En comparación con otros/as niños/as/jóvenes de su edad, ¿cómo lleva a cabo estas tareas? Por ejemplo: cuidar niños, hacer la cama, dar clases particulares, tirar la basura, repartir pizzas, ... (Incluya tanto trabajos o tareas pagados como no pagados) <input type="checkbox"/> Ninguna	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Peor que los demás</td> <td>Igual que los demás</td> <td>Mejor que los demás</td> <td>No sé</td> </tr> </table>	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No sé	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">a. _____</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	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"/>													
Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No sé																															
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"/>																														

Copyright 2001, T.M. Achenbach LA LEY PROHÍBE LA REPRODUCCIÓN NO AUTORIZADA

ASEBA, University of Vermont, 1 S. Prospect St., Burlington, VT 05401-3456, USA Web: <http://ASEBA.org>

Traducido con permiso por la Unitat d'Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament, Universitat Autònoma de Barcelona. <http://www.ued.uab.cat>

Pase a la página siguiente

Edición 1-10

Por favor, utilice letra de imprenta. Asegúrese de contestar todas las preguntas.

V. 1. ¿Cuántos amigos o amigas íntimos/as tiene su hijo/a?

(No incluya a sus hermanos/as)

Ninguno 1 2 o 3 4 o más

2. Sin contar las horas que está en el colegio, ¿cuántas veces a la semana participa en actividades con sus amigos?

(No incluya a sus hermanos/as)

Menos de 1 1 o 2 3 o más

VI. En comparación con otros niños/jóvenes de la misma edad, ¿cómo ...

Peor que los demás Igual que los demás Mejor que los demás

- a. se lleva con sus hermanos y hermanas? No tiene hermanos o hermanas
- b. se lleva con otros/as niños/as/chicos/as?
- c. se comporta con sus padres?
- d. juega solo/a y hace sus tareas solo/a?

VII. 1. Rendimiento escolar

No va al colegio porque _____

Marque una respuesta en cada asignatura indicando el rendimiento de su hijo/a

	Suspense (0-3)	Por debajo del promedio (4)	Promedio (5-6)	Por encima del promedio (7-10)
a. Lectura, Lengua, Literatura, Gramática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Historia, Ciencias Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ciencias (física, química, biología)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras asignaturas como: Tecnología, Informática, Inglés, Francés, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No incluya religión, gimnasia, música u otros temas no académicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Recibe su hijo/a algún tipo de educación especial, está en una clase o en un colegio especial?

No Sí- Especifique en qué tipo de clase o colegio especial está:

3. ¿Ha repetido su hijo/a algún curso? No Sí- ¿Qué curso/s repitió y por qué?

4. ¿Ha tenido su hijo/a algún problema académico o de otro tipo en el colegio?

No Sí -Por favor, descríbalos

¿Cuándo empezaron estos problemas?

¿Han terminado estos problemas? No Sí -¿Cuándo?

¿Tiene su hijo alguna enfermedad o incapacidad (física o mental)? No Sí-Por favor descríbalas

¿Qué es lo que más le preocupa sobre su hijo/a?

Por favor, describa los aspectos más positivos de su hijo/a

Por favor escriba en letra de imprenta. Asegúrese de contestar todas las preguntas.

A continuación encontrará una lista de frases que describen a los jóvenes. Piense en el *momento actual o durante los últimos seis meses*. Si la frase describe a su hijo/a *muy a menudo o bastante a menudo* haga un círculo en el número 2; si la frase le describe *algo o algunas veces* haga un círculo en el número 1, y si la frase *no es cierta* rodee el 0. Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible, incluso si algunas de ellas parecen no describir a su hijo/a.

0 = No es cierto			1 = Algo, algunas veces cierto			2 = Cierto muy a menudo o bastante a menudo		
0	1	2	1. Se comporta como si fuera más pequeño/a	0	1	2	32. Cree que tiene que ser perfecto/a	
0	1	2	2. Bebe alcohol sin permiso de los padres (describa): _____	0	1	2	33. Cree o se queja de que nadie lo/la quiere	
0	1	2	3. Discute mucho	0	1	2	34. Cree que los demás lo/la quieren perjudicar	
0	1	2	4. No termina las cosas que empieza	0	1	2	35. Se siente inferior o cree que no vale nada	
0	1	2	5. Hay muy pocas cosas que le hacen disfrutar	0	1	2	36. Se hace daño con mucha frecuencia o es propenso/a a tener accidentes	
0	1	2	6. Hace sus necesidades fuera del váter	0	1	2	37. Se mete en muchas peleas	
0	1	2	7. Es presumido/a, engreído/a	0	1	2	38. Los demás se burlan de él/ella a menudo	
0	1	2	8. No puede concentrarse o prestar atención durante mucho tiempo	0	1	2	39. Va con niños/as/jóvenes que se meten en problemas	
0	1	2	9. No puede quitarse de la mente ciertos pensamientos; está obsesionado/a (describa): _____	0	1	2	40. Oye sonidos o voces que no existen (describa): _____	
0	1	2	10. No puede estar quieto/a sentado/a, es movido/a o hiperactivo/a	0	1	2	41. Impulsivo/a; actúa sin pensar	
0	1	2	11. Es demasiado dependiente o apegado a los adultos	0	1	2	42. Prefiere estar solo/a	
0	1	2	12. Se queja de que se siente solo/a	0	1	2	43. Mentiroso/a o tramposo/a	
0	1	2	13. Está distraído o en las nubes	0	1	2	44. Se muerde las uñas	
0	1	2	14. Lloro mucho	0	1	2	45. Nervioso/a, ansioso/a o tenso/a	
0	1	2	15. Es cruel con los animales	0	1	2	46. Movimientos nerviosos o tics (describa): _____	
0	1	2	16. Intimida, es cruel o malo/a con los demás	0	1	2	47. Pesadillas	
0	1	2	17. Sueña despierto/a; se pierde en sus propios pensamientos	0	1	2	48. No cae bien a otros niños/jóvenes	
0	1	2	18. Se hace daño a sí mismo/a deliberadamente o ha intentado suicidarse	0	1	2	49. Padece de estreñimiento	
0	1	2	19. Exige mucha atención	0	1	2	50. Demasiado ansioso/a o miedoso/a	
0	1	2	20. Rompe sus propias cosas	0	1	2	51. Se siente mareado/a	
0	1	2	21. Rompe las cosas de sus familiares o de otras personas	0	1	2	52. Se siente demasiado culpable	
0	1	2	22. Desobedece en casa	0	1	2	53. Come demasiado	
0	1	2	23. Desobedece en la escuela	0	1	2	54. Se cansa demasiado sin motivo	
0	1	2	24. No come bien	0	1	2	55. Tiene sobrepeso	
0	1	2	25. No se lleva bien con otros/as niños/as/jóvenes	0	1	2	56. Problemas físicos <i>sin causa médica</i> :	
0	1	2	26. No parece sentirse culpable después de portarse mal	0	1	2	a. Dolores o molestias (no incluya dolor de estómago o de cabeza)	
0	1	2	27. Se pone celoso/a fácilmente	0	1	2	b. Dolores de cabeza	
0	1	2	28. Se salta las normas en casa, en la escuela o en otros lugares	0	1	2	c. Náuseas, ganas de vomitar	
0	1	2	29. Tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares diferentes de la escuela (describa): _____	0	1	2	d. Problemas con los ojos (valórelo como 0 si lleva gafas) (describa): _____	
0	1	2	30. Le da miedo ir a la escuela	0	1	2	e. Erupciones u otros problemas en la piel	
0	1	2	31. Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo	0	1	2	f. Dolores de estómago	
				0	1	2	g. Vómitos	
				0	1	2	h. Otros (describa): _____	
				0	1	2	57. Ataca a otras personas físicamente	
				0	1	2	58. Se hurga la nariz, la piel u otras partes del cuerpo (las heridas, los granos, ...) (describa): _____	
				0	1	2	59. Juega con sus órganos sexuales en público	

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

Por favor escriba en letra de imprenta. Asegúrese de contestar todas las preguntas.

0 = No es cierto 1 = Algo, algunas veces cierto 2 = Cierto muy a menudo o bastante a menudo

0	1	2	60. Juega demasiado con sus órganos sexuales	0	1	2	86. Tozudo/a, malhumorado/a, irritable
0	1	2	61. Trabajo deficiente en la escuela	0	1	2	87. Cambios repentinos de humor o sentimientos
0	1	2	62. Mala coordinación o torpeza	0	1	2	88. Malhumorado/a, pone mala cara
0	1	2	63. Prefiere estar con niños/as/jóvenes mayores que él/ella	0	1	2	89. Desconfiado/a, receloso/a
0	1	2	64. Prefiere estar con niños/as/jóvenes menores que él/ella	0	1	2	90. Dice groserías, usa lenguaje obsceno
0	1	2	65. Se niega a hablar	0	1	2	91. Habla de querer matarse
0	1	2	66. Repite ciertas acciones una y otra vez; compulsiones (describa): _____	0	1	2	92. Habla o camina cuando está dormido/a (describa): _____
0	1	2	67. Se escapa de casa	0	1	2	93. Habla demasiado
0	1	2	68. Grita mucho	0	1	2	94. Se burla mucho de los demás
0	1	2	69. Muy reservado/a; se calla todo	0	1	2	95. Tiene rabietas o mal genio
0	1	2	70. Ve cosas que no existen (describa): _____	0	1	2	96. Piensa demasiado sobre temas sexuales
0	1	2	71. Se avergüenza con facilidad; tiene mucho sentido del ridículo	0	1	2	97. Amenaza a otros
0	1	2	72. Prende fuegos	0	1	2	98. Se chupa el dedo
0	1	2	73. Problemas sexuales (describa): _____	0	1	2	99. Fuma tabaco
0	1	2	74. Le gusta llamar la atención o hacerse el/la gracioso/a	0	1	2	100. No duerme bien (describa): _____
0	1	2	75. Demasiado tímido/a	0	1	2	101. Hace novillos, falta a la escuela sin motivo
0	1	2	76. Duerme menos que la mayoría de los/las niños/as/jóvenes	0	1	2	102. Poco activo/a, lento/a o le falta energía
0	1	2	77. Duerme más que la mayoría de los/las niños/as/jóvenes durante el día y/o la noche	0	1	2	103. Infeliz, triste o deprimido/a
0	1	2	78. Desatento/a, se distrae fácilmente	0	1	2	104. Más ruidoso/a de lo común
0	1	2	79. Problemas con el habla (describa): _____	0	1	2	105. Toma medicamentos o drogas sin razón médica (no incluya el alcohol o el tabaco) (describa): _____
0	1	2	80. Se queda mirando al vacío	0	1	2	106. Comete actos de vandalismo, como romper ventanas u otras cosas
0	1	2	81. Roba en casa	0	1	2	107. Se orina en la ropa durante el día
0	1	2	82. Roba fuera de casa	0	1	2	108. Se orina en la cama
0	1	2	83. Almacena demasiadas cosas que no necesita (describa): _____	0	1	2	109. Se queja mucho
0	1	2	84. Comportamiento raro (describa): _____	0	1	2	110. Desea ser del sexo opuesto
0	1	2	85. Ideas raras (describa): _____	0	1	2	111. Se aísla, no se relaciona con los demás
				0	1	2	112. Se preocupa mucho
				0	1	2	113. Por favor anote cualquier otro problema que tenga su hijo/a y que no esté incluido en esta lista
				0	1	2	_____
				0	1	2	_____
				0	1	2	_____

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

C-GAS

Children's Global Assessment Scale (CGAS)	
David Shaffer, M.D., Madelyn S. Gould, Ph.D., Hector Bird, M.D., Prudence Fisher, B.A. Adaptation of the Adult Global Assessment Scale (Robert L. Spitzer, M.D., Nathan Gibbon, M.S.W., Jean Endicott, Ph.D.)	
PLEASE RECORD A CGAS SCORE EVEN IF THIS IS BASED ON YOUR MEMORY OF THE YOUNG PERSON'S FUNCTIONING AT THE TIME OF REFERRAL. THE DATE OF RATING IS REQUIRED ONLY IF THIS WAS RECORDED CLOSE TO THE TIME OF THE 'INDEX' REFERRAL.	
43a	DATE OF CGAS RATING:/...../..... <u>OR</u> FROM MEMORY (PLEASE INDICATE AS APPROPRIATE) (IF RECORDED CLOSE TO TIME OF 'INDEX' REFERRAL)
100-91	DOING VERY WELL Superior functioning in all areas (at home, at school and with peers), involved in a range of activities and has many interests (e.g. has hobbies or participates in extracurricular activities or belongs to an organised group such as Scouts, etc.). Likeable, confident, everyday worries never get out of hand. Doing well in school. No symptoms.
90 - 81	DOING WELL Good functioning in all areas. Secure in family, school, and with peers. There may be transient difficulties and "everyday" worries that occasionally get out of hand (e.g. mild anxiety associated with an important exam, occasionally "blow-ups" with siblings, parents or peers).
80 - 71	DOING ALL RIGHT - minor impairment No more than slight impairment in functioning at home, at school or with peers. Some disturbance of behaviour or emotional distress may be present in response to life stresses (e.g. parental separations, deaths, birth of a sibling) but these are brief and interference with functioning is transient; such children are only minimally disturbing to others and are not considered deviant by those who know them.
70 - 61	SOME PROBLEMS - in one area only Some difficulty in a single area, but generally functioning pretty well, (e.g. sporadic or isolated antisocial acts such as occasionally playing hooky, petty theft; consistent minor difficulties with school work, mood changes of brief duration, fears and anxieties which do not lead to gross avoidance behaviour; self-doubts). Has some meaningful interpersonal relationships. Most people who do not know the child well would not consider him/her deviant but those who do know him/her well might express concern.
60 - 51	SOME NOTICEABLE PROBLEMS - in more than one area Variable functioning with sporadic difficulties or symptoms in several but not all social areas. Disturbance would be apparent to those who encounter the child in a dysfunctional setting or time but not to those who see the child in other settings.
50 - 41	OBVIOUS PROBLEMS - moderate impairment in most areas or severe in one area Moderate degree of interference in functioning in most social areas or severe impairment functioning in one area, such as might result from, for example, suicidal preoccupations and ruminations, school refusal and other forms of anxiety, obsessive rituals, major conversion symptoms, frequent anxiety attacks, frequent episodes of aggressive or other antisocial behaviour with some preservation of meaningful social relationships.
40 - 31	SERIOUS PROBLEMS - major impairment in several areas and unable to function in one area Major impairment in functioning in several areas and unable to function in one of these areas, i.e. disturbed at home, at school, with peers or in the society at large, e.g. persistent aggression without clear instigation; markedly withdrawn and isolated behaviour due to either mood or through disturbance, suicidal attempts with clear lethal intent. Such children are likely to require special schooling and/or hospitalisation or withdrawal from school (but this is not a sufficient criterion for inclusion in this category).
30 - 21	SEVERE PROBLEMS - unable to function in almost all situations Unable to function in almost all areas, e.g. stays at home, in ward or in bed all day without taking part in social activities OR severe impairment in reality testing OR serious impairment in communication (e.g. sometimes incoherent or inappropriate).
20 - 11	VERY SEVERELY IMPAIRED - considerable supervision is required for safety Needs considerable supervision to prevent hurting others or self, e.g. frequently violent, repeated suicide attempts OR to maintain personal hygiene! OR gross impairment in all forms of communication, e.g. severe abnormalities in verbal and gestural communication, marked social aloofness, stupor, etc.
10 - 1	EXTREMELY IMPAIRED - constant supervision is required for safety Needs constant supervision (24-hour care) due to severely aggressive or self-destructive behaviour or gross impairment in reality testing, communication, cognition, affect or personal hygiene.
	Specified time period: 1 month
43b	CGAS SCORE =

GUÍA DE CATEGORÍAS DE ORGANIZACIÓN DEL APEGO

(Main, Goldwyn, Hesse, & Gojman, 2010)

CATEGORÍA F: SEGURA/AUTÓNOMA CON RESPECTO AL APEGO

Estos interlocutores indican valoración de las relaciones de apego, y consideran a las experiencias relativas al apego como influyentes, pero parecen relativamente independientes y objetivos respecto a cualquier experiencia o relación particular. Parecen relativamente autónomos respecto al apego, manifestando libertad para explorar ideas y sentimientos a través del curso de la entrevista.

El interlocutor es probablemente altamente consciente de la naturaleza de las experiencias con los progenitores y con el apego, y de los efectos de esas experiencias sobre el estado de la mente actual.

Descriptorios generales de la categoría.

- **Monitoreo metacognitivo.**
- **Coherencia de la mente.**
- **Valoración del apego.** Expresión abierta de la necesidad de depender de los demás; de la importancia de las relaciones y experiencias de apego; de extrañar y de necesitar a otros o que otros necesiten o extrañen a uno.
- **Comodidad o naturalidad con el tema. Una aparente comodidad con el tópico de la entrevista es aparente por la libre fluidez del discurso.**
- **La impresión de una identidad personal vivaz.** Texto impresiona el desarrollo de una fuerte identidad personal que se evidencia en la frescura del discurso, pocas frases repetidas o aprendidas ni habla estereotipada y habilidad para examinar evidencias en el curso de la entrevista.
- **Absolución-perdón a las fallas de los progenitores, aceptación y equilibrio observado durante las discusiones en sus fallas.**

- **Facilidad para tratar acerca de las imperfecciones en una misma. Compasión.** De manera explícita o implícita para consigo mismas o con los progenitores.
- **Balance/ proporción/ humor.**
- **Distinciones apariencia-realidad.**
- **Reconocimiento del lamentable poder de las experiencias pasadas para matizar la conducta actual.** Señalamientos de lamentar como la interlocutora se ve o escucha a sí misma repitiendo aspectos que le disgustan de los progenitores. Tales afirmaciones, no son inmediatamente calificadas, retiradas o negadas.
- **Consciente de los efectos de las experiencias sobre sí mismos.** Aceptan estos efectos desfavorables, los describen (no están idealizadas como en textos Ds) pero el habla permanece contenida y autónoma (sin furia envolvente preocupada).
- **Muy pocos o nulos índices de identificación con los aspectos negativos de la conducta de los progenitores.**
- **Autonomía.** Puede aparecer como cuando el interlocutor no permite que el entrevistador “le ponga palabras en su boca”.
- **Flexibilidad.** Cuando el interlocutor opta por una visión fresca de una experiencia o de sus efectos de cómo la describió en un momento previo de la entrevista. Se trata de un proceso deliberado que no tiene relación con la contradicción o la oscilación
- **Colaboración con el proceso de la entrevista.** Puede tomar muchas formas como por ejemplo extender el diálogo invitando a la entrevistadora a formular otra pregunta, trayendo a colación algún tema que quisiera tratar después la entrevistadora o ayudando a ésta a clarificar un punto que pudiera resultar confuso.

Subcategorías de apego seguro-autónomo

De las cinco subcategorías descubiertas la F3 es paralela a B3 (Ainsworth). Esta autora llamaba B1 y B2 a los infantes con características de evitación que recogen las categorías F1 y F2 (aspectos descartantes) de la AAI. Siendo encontrada en las subcategorías F4 y F5 una ligera preocupación envolvente.

F1. Haciendo un poco de lado al apego.

Articulan infancias difíciles que pueden incluir rechazo al apego originado en una vida de pobreza y trabajo arduo; experiencias interpersonales inclementes que incluyen rechazo, caos familiar, o cuidado parental invertido de roles envolventes (del cual parece haber sido desembrollada).

Los textos F1 al igual que los Ds pueden hacer a un lado ciertos aspectos del apego, sin embargo, difieren en que son un proceso activo en vez de uno no deliberado. Además el apego es claramente valorado. Algunos de estos textos pueden revelar idealización moderada de uno o los dos progenitores. También pueden afirmar que tiene pocos recuerdos de la infancia como resultado de un proceso activo de hacer a un lado experiencias desfavorables más que de experiencias traumáticas.

F1a. Reevaluación y redirección de la vida personal como sucesor de una infancia inclemente.

Parecen haber tenido experiencias inclementes con las figuras de apego pero aparentemente han reevaluado y redirigido sus vidas hacia nuevas relaciones (figuras de progenitores alternativas) y experiencias (frecuentemente escapándose de sus relaciones familiares tempranas). Y los efectos negativos sobre la interlocutora se atribuyen a las experiencias.

F1b. Involucramiento limitado con el apego, frecuentemente como consecuencia de antecedentes con poco tiempo o atención a las relaciones de apego (a veces, pero no siempre) como resultado de la pobreza y trabajo arduo.

Articula una experiencia limitada en expresiones abiertas de afecto y cierto rechazo al apego. La familia es descrita frecuentemente como pobre y trabajadora incansable, con poco tiempo para los aspectos más sentimentales de las experiencias de la vida. No obstante, el individuo es coherente y retiene un ligero sentido de apoyo de los progenitores que fue adecuado en vista de las circunstancias familiares.

F2. Algo de descartante o de restricción del apego

En paralelismo con el infante B2, la actitud del discurso durante la entrevista puede involucrar defensividad inicial respecto al apego, que finalmente es desmentida por expresiones de afecto, compasión, humor, perdón u otras evidencias de una valoración del apego subyacentes. Puede compartir algunas características con textos Ds como falta de recuerdos de la infancia moderada; idealización moderada de uno o ambos progenitores; temor a la pérdida parcialmente conectada a la fuente; postura defensiva; bromista o beligerante hacia el apego secundaria a la admisión de su importancia.

F3. Segura/ autónoma prototípica

Los textos de este subgrupo son altamente diversos, similares en términos de fuerte coherencia exhibida a lo largo de la entrevista. El discurso se ajustará a los descriptores generales de la categoría “F” y puede contener además características de varias de las otras subcategorías “F”.

Además de la marcada coherencia de la transcripción, rara vez manifiesta niveles altos de idealización y siempre parece exhibir buena memoria de la infancia (inicialmente puede afirmar que recuerda poco por un alto estándar de lo que hay que recordar, o poca preocupación por aspectos psicológicos de la vida que pronto es desmentida).

Se dan evidencias de los recuerdos que manifiesta. Y cuando la experiencia ha sido negativa el discurso no es derogador respecto al progenitor ni está furiosamente preocupado respecto a las fallas de éste.

Pueden ofrecer conciencia de inseguridades personales, miedos o ansiedades, en el presente o durante la infancia. No reportan necesariamente que las relaciones actuales son satisfactorias y con respecto al apego, estos textos, indican el desarrollo de una natural o ganada autonomía y seguridad. Los textos F3 se caracterizan por la facilidad y/o la reflexión y cumplen la mayoría de los descriptores de la categoría general.

La marca de estas entrevistas es la claridad y la objetividad. También pueden estar presentes la franqueza, espontaneidad, flexibilidad y el ser directa.

A través de su discurso pueden dar la impresión de ser altamente evolucionados, con un fuerte sentido de sí mismos. La entrevista es frecuentemente enfrentada con reflexión excepcional y las experiencias desfavorables reportadas con perdón, balance y humor.

F4. Una valoración fuertemente expresada de las relaciones, acompañada por cierta manifestación de preocupación con las figuras de apego, o traumas pasados.

Manifiestan un atesoramiento abierto y libremente expresado de los sentimientos y una ligera positiva o negativa preocupación por el pasado, las relaciones pasadas o por las experiencias de apego en general. Pueden compartir con los preocupados cierta tendencia a analizar psicológicamente los eventos o los individuos. Algunos textos F4 manifiestan expresiones de una “fuerte voluntad” o “fuerte sentido de sí mismos”. En tanto que es poco probable que reporten (como lo hacen los preocupados) dificultades para recordar las experiencias pasadas.

En general, estos textos pueden manifestar de forma abierta cierta preocupación con las figuras de apego, las experiencias desfavorables o consigo mismas, que restringe el sentido de autonomía en sentido amplio como en los textos F3. Se puede observar también signos leves de “pasividad del pensamiento”.

Además, donde los cuidados de los progenitores son reportados como desfavorables, el interlocutor puede aparecer como perdonando excesivamente.

F4a. Sentimental respecto al apego, con ligera y constante preocupación.

Tienden a expresar gusto por sus progenitores y los describen amorosamente. Estas descripciones pueden ser exageradas aunque no inexactas (contrasta con la idealización porque no se dibuja una imagen del progenitor sino solo lo que es sentido por si misma). La entrevista puede incluir reportes de tratar de complacer continuamente a los progenitores durante la infancia y se pueden encontrar evidencias en el texto de que fue así.

F4b. Ligeramente preocupada con las experiencias desafortunadas de los cuidados de los progenitores o, sino, con experiencias potencialmente traumáticas. El interlocutor puede estar discutiendo sea relaciones tempranas con los progenitores o, sino, experiencias

potencialmente traumáticas, tales como pérdida por muerte de una figura de apego o una separación importante.

Valoración e índices de preocupación con el apego y las experiencias. El texto puede ser un poco incoherente o confuso en algunas partes o respecto a algunos tópicos. Sin embargo, la mayor parte de la entrevista es racional y convincentemente consciente.

F5. Ligeramente resentido/ conflictuado al tiempo que aceptando un constante involucrarse.

Manifiestan índices de estar moderadamente preocupados con las relaciones con las figuras de apego. Estos textos son coherentes, contenidos y a veces humorísticos. Pueden describir a los progenitores como habiendo sido rechazantes o más frecuentemente con roles invertidos/envolventes. Las F5 indican frecuentemente que aún se encuentran atrapadas en la relación a través de quejas activas. Pero sus propias capacidades de estar conscientes de sí son mayores que las de los textos preocupados. Por ejemplo, más que anunciar que ya ha dejado los intentos por complacer al progenitor (E2), el F5 puede confesar su lamentación por encontrarse a sí mismo continuamente involucrado en tales conductas. Hay una aceptación, en ocasiones humorística y/ o visión global de la situación que deja claro su colocación en F.

CATEGORÍA Ds: DESCARTANTE DEL APEGO

Transcripciones que indican un intento de restringir o limitar las relaciones y/ o experiencias de apego (forma de limitar la emergencia de pensamientos y sentimientos relacionados con el apego). En todas los textos Ds, excepto el Ds4, generalmente hay justificaciones implícitas de fortaleza, normalidad y/ o independencia.

Los textos Ds 1 y Ds3 difieren entre sí en cuanto al grado en que el interlocutor minimiza las experiencias de apego. Es característico encontrar en estas transcripciones que la interlocutora, tal vez de manera inconsciente, minimiza, descalifica o descarta la importancia de las relaciones o experiencias de apego a la par que intenta dar una imagen

positiva de las mismas. Por ejemplo, los descriptores positivos de los cuidados parentales no se acompañan de evidencia que los sustente y los pocos episodios de cuidado desfavorable son considerados por la interlocutora como habiendo tenido poco o ningún efecto negativo sobre sí mismas. Otras veces tales experiencias son consideradas como normales o fortalecedoras. Frecuentemente estos textos incluyen una insistencia repetida en la falta de recuerdos.

En los textos Ds2 puede interpretarse un intento más abierto de evitar revisar las experiencias de apego. El interlocutor deroga altivamente a las figuras o fenómenos de apego, encontrándose frecuentemente referencias a la fortaleza personal.

Esta forma de responder a la entrevista podría ser vista como un intento de mantener inactivo el sistema de apego durante la entrevista y mantener acorraladas las emociones desfavorables.

Historia personal: mientras que el rechazo es evidente en las historias infantiles de muchos textos Ds, otros indican inversión de roles. También puede ocurrir que siendo el cuidado parental en general favorable, las experiencias desfavorables ocurridas entre la infancia y el presente hayan creado una postura descartante.

Descriptores generales

- **Idealización.** Imposibilidad para sustentar una constelación positiva de adjetivos, endosar adjetivos más positivos y elogios infundados que pueden aparecer en otras partes de texto. Uno o ambos progenitores puede estar idealizado (Ds1, Ds3).
- **Derogación descartante (Ds2).** Una o ambas figuras de apego o las experiencias son descartadas y derogadas como inmerecedoras de discusión.
- **Insistencia en la falta de recuerdos (Ds1, Ds3)** que sirve al bloqueo del discurso posterior.
- **En lo general las respuestas a la entrevista resultan abstractas, ajenas a sentimientos memorias presentes y recordadas.**
- **El sí mismo es descrito como teniendo las características positivas de ser fuerte, independiente o normal.** Señala bien directa, bien indirectamente pero de forma marcada una o más de las siguientes cualidades personales que valora positivamente: fuerte, independiente y/o normal

- **Poca articulación del dolor, aflicción o sentimientos, o de necesitar o depender.** Puede señalar (aunque es infrecuente) tales sentimientos en relación al pasado sin implicación en el presente. Puede expresar ligera furia o resentimiento.
- **Suscribir aspectos negativos de la conducta de los progenitores.**
- **Minimizar o descalificar descripciones de experiencias negativas.** Minimiza, descalifica o niega experiencias negativas en relación a figuras de apego para reducir la importancia de afirmaciones que pudieran parecer una crítica al progenitor o a la experiencia.
- **Enfatizar la diversión, las actividades o los objetos materiales recibidos.**
- **La interlocutora sustenta un primer descriptor positivo generalizado con un segundo descriptor generalizado positivo:**
- **Deriva la probable presencia de una experiencia positiva específica de una afirmación positiva general.**

Subcategorías de apego descartante

Ds 1. Descartante del apego

La categoría se asigna aún en ausencia de altos puntajes para la insistencia en la falta de recuerdos. Sin embargo, se ajusta a varios de los descriptores generales y la idealización de por lo menos uno de los progenitores es fuerte.

La interlocutora ha descartado de su pensamiento la mayoría de las consideraciones relativas al apego. A pesar de que dos temas de leve disgusto con los progenitores o expresiones momentáneas tanto de resentimiento como de valoración del apego pueden aparecer, en general, la entrevista aparece como no emocional. Difiere del texto Ds3 en que en el Ds1 las experiencias o sentimientos negativos están mínimamente articulados, prácticamente ausentes.

Ds2. Devaluando el apego

El interlocutor no insiste necesariamente en la falta de habilidad para recordar la infancia, pero puede encontrarse una devaluación más o menos explícita del apego y los efectos de las experiencias. Uno o ambos progenitores puede ser descrito con fría, activa devaluación y derogación descartante más que sugiriendo preocupación. Por otra parte, los progenitores pueden ser menos activamente devaluados por el interlocutor que el apego, las experiencias o los sentimientos relativos al mismo. La frialdad excesiva hacia figuras o experiencias de apego no excluye la posibilidad de que la interlocutora haga señalamientos personales, perceptivos o incluso vivaces y apasionados sobre individuos o aspectos de la infancia.

Además de la derogación descartante la transcripción deberá ajustarse a algunos otros criterios generales acompañado de un especial énfasis en la fortaleza personal. Puede aparecer también alusión a materialismo, astucia, uso de mañas o manipulación respecto a las relaciones.

Ds3. Restringido en sentimientos

Describe las experiencias desfavorables y/o sentimientos de dolor o resentimiento relacionados con el apego infantil seguidos de una retirada, minimización, descalificación o envoltura positiva. Además tales experiencias no son consideradas por la interlocutora como habiendo tenido un efecto desfavorable en sus sentimientos y/ o personalidad actual.

Mientras que la postura descartante se mantiene a lo largo de los textos Ds1, en los Ds3 la interlocutora puede dirigir brevemente su atención hacia emociones de aflicción y experiencias negativas regresando, en última instancia, a la característica narrativa inicial de los progenitores y la historia de apego.

Ds3 a. transcripción prototípica Ds3.

La interlocutora reconoce aspectos de rechazo al tópico del apego que puede tratar con cierto resentimiento e influencia limitada. Este relato se acompaña de una restricción constante de la atención hacia estos aspectos que se suceden de normalizaciones, envolturas positivas o argumentos de fortaleza o mínimo rechazo o efecto adverso sobre sí misma.

Ds3 b. descriptores moderadamente positivos de los progenitores son simplemente no sustentados, más que abiertamente contradichos. Los índices de valorar los apegos a un nivel emocional están ausentes, son inconscientes o contradichos.

Estos textos se caracterizan por una aproximación superficial a las experiencias y sus influencias. La constelación adjetival de los progenitores en conjunto positiva pero no tanto como en los textos Ds1 y Ds3, por lo que el déficit de evidencias aportadas es más difícil de detectar. La idealización viene dada por una inconsistencia en la que no hay sustento para los adjetivos más que una aparente contradicción entre la semántica y los episodios narrados. El texto revela parquedad de índices de valoración del apego, puede haberlo pero se retiran y el discurso raras veces emerge desde el nivel psicológico/emocional.

Ds4. Desconectadas de las fuentes de temor a la muerte del hijo

Los textos colocados en esta categoría se basan en un temor prospectivo respecto a la muerte un hijo. Este temor generalmente se hace aparente en respuesta a la pregunta de la entrevista “sentimientos cuando se separa del hijo”, aunque ocasionalmente puede aparecer antes. Si el hijo está actualmente sano, pero la interlocutora a) expresa el temor a la muerte del hijo; b) este miedo ha dirigido sus acciones en cierta forma y c) no puede rastrearlo de forma consciente en relación a experiencias pasadas (origen en una fuente inespecífica), entonces se utiliza la categoría Ds4.

Muchos textos Ds4 se ajustan también a los descriptores generales de la categoría Ds, sin embargo, otros no y su pertenencia a Ds4 se determina por la discusión de la separación real o imaginaria de un hijo.

CATEGORIA E: PREOCUPADA CON O POR APEGOS TEMPRANOS O POR EXPERIENCIAS RELATIVAS AL APEGO

En los textos E la preocupación de la interlocutora interfiere con el mantenimiento de una conversación colaboradora (discusiones confusas, irrelevantes y/o excesivamente

largas). En algunos casos, los textos E1 se caracterizan por un discurso pasivo mientras que el interlocutor suscribe los cuidados parentales tempranos. Los textos E2 hay notables esfuerzos por describir resultados adversos, a veces, acompañados de intentos por conseguir el acuerdo de la entrevistadora. En los textos E1 y E2 el sentido de identidad personal parece ligado con uno o ambos progenitores. En la categoría E3 (rara en muestras de bajo riesgo) el interlocutor está preocupado por experiencias atemorizantes las cuales menciona en contextos que son irrelevantes dentro de la pregunta que se está tratando.

Historia personal: en textos E se infieren experiencias tempranas desfavorables (E2, E2) ó la ocurrencia de experiencias traumáticas (E3).

Descriptorios generales de la categoría

- **Pasividad o vaguedad en el discurso (E1).** Habla vaga e inarticulada, en ocasiones lenguaje sin sentido. Los textos E1 muestran puntajes moderados-altos en esta escala.
- **Furia envuelta/ envolvente preocupada/ preocupante actual (E2).** La furia calificada puede aparecer en cualquier parte de la entrevista y no se limita a la discusión sobre aspectos de la infancia.
- **La identidad o sentido de sí misma parece ligado a experiencias tempranas o actuales con los progenitores (o a experiencias atemorizantes que no los implican, necesariamente).**
- **El tópico está cerrado/ antiguo/ familiar más que abierto o ajeno.** En las transcripciones E2 y tal vez también en las E3, el interlocutor da la impresión de que más que examinar las evidencias de manera fresca, lo que está tratando está cerrado y es conocido o aprendido por haber sido afirmado más veces antes. Para el interlocutor E1 el tópico puede ser desconocido, sin embargo no está abierto ni es capaz de alejarse activa y deliberadamente de la discusión (como la interlocutora Ds) y en vez de eso se pierde.
- **No balanceado; culpa ya sea a sí mismos o a los demás en exceso por las dificultades interpersonales que parecen inapropiadas a los ojos de la juez.** Culpar a los demás (E2) o reportes de auto-depreciación y autoinculpación son más

frecuentes que en texto no preocupados. En ocasiones pueden estar justificados, sin embargo, dificulta una visión más objetivo de un episodio particular o de las dificultades de las relaciones.

- **Pasajes inciertos, indecisos, no-objetivos y a veces no interpretables aparecen a pesar de la discusión simultáneamente extensa.** Discusiones extensas de los sentimientos y de las relaciones. Sin embargo, la interlocutora puede parecer impresionantemente incierta e indecisa.
- **Oscilaciones evaluativas.**
- **El presente invade repetidamente al pasado.**
- **Confusiones pasado/ presente.**
- **Los propios hijos del interlocutor son traídos a cuenta en las preguntas sobre la propia infancia.**
- **Confusiones/ deslices/ invasiones entre el pasado y el presente.**
- **Confusiones lingüísticas de sutiles a explícitas entre uno mismo y la progenitora.**
- **Tomar de manera excesivamente prolongada la palabra acompañadas de violaciones no justificadas-licenciadas de relevancia.**
- **El interlocutor puede caer en la jeringonza (Ver E2), o incluso utilizar palabras sin sentido durante partes de la entrevista.**
- **Expresiones psicológicas, interpretaciones e insights psicológicamente orientados aparecen en textos preocupados más frecuentemente que en otros.**
- **La interlocutora cambia toda la evaluación de los cuidados parentales a la mitad o más de la entrevista.**

E1: Pasivos

Lo más característico de este texto es la pasividad o vaguedad de los procesos de pensamiento respecto a la experiencia de la infancia. Puede aparecer un habla vaga, inarticulada e incluso infantil; que puede alejarse del tópico sin propósito a través de pasajes largos de libre asociación, con confusiones entre el sí mismo y el progenitor. Se requieren puntajes moderados-altos en la escala de pasividad. La pertenencia a esta subcategoría en

muestras de bajo riesgo es muy rara. Seis características añadidas apuntan a esta subclasificación:

- Recuerdos “poéticos/deslumbrantes” de la infancia
- Representaciones incipientes de experiencias negativas
- Énfasis en la historia familiar y / o (de preferencia) en el pasado.
- Un sentido implícito de haber fallado en complacer al progenitor y/ o culparse a sí misma por los problemas de la relación con el progenitor o los problemas de éste.
- La interlocutora acepta implícitamente como adecuado el tener que hacerse cargo (inadecuadamente) del cuidado del progenitor.
- Pequeñas quejas repetitivas respecto a lo progenitores.

E2: Enojado/ conflictuado

Puntuaciones de altos a moderados en furia preocupada/ preocupante en las discusiones de al menos uno de los progenitores constituye el marcador principal de la categoría. Como en otros textos E, la entrevista es frecuentemente excesivamente larga. En el caso de E2 el interlocutor puede ir más allá del tópico para detallar incidentes específicos que continúan molestándoles y sus propias reacciones de aflicción y furia.

7 índices de la subcategoría:

- Culpabilizar de manera generalizada a uno o ambos progenitores de la propia conducta, o la condición o estado actual del interlocutor. Simultáneamente, de modo frecuente, sin perspectiva y sin considerar la propia contribución en las interacciones.
- Pequeñas ofensas son discutidas en conjunción con pasajes envolventes/ enojados y/o culpabilización extensiva.
- Señalamientos peyorativos o frases bastante extremas pueden estar presentes como parte de una larga discusión o puede adjetivar de forma peyorativa como una forma de iniciar o extender una discusión.

- Afirmaciones autorizadas son hechas respecto a la mente y los motivos del otro (“leer el pensamiento”) y por tanto carecen del reconocimiento de la “diversidad representacional”.
- Utilización de jerga psicologizante, tendencias a utilizar la jerga de la psicología al analizar a otros o describir las interacciones.
- El interlocutor dice haber superado, liberado de un tipo dado de interacción, relación incluso persona.
- La interlocutora que es progenitora puede afirmar que ya son o que intentan ser completamente diferentes a cómo fueron sus progenitores.

E3: atemorizadamente preocupado por eventos traumáticos

Esta clasificación es rara de encontrar en muestras de bajo riesgo. Generalmente se encuentran reportes directos, o puede inferirse que:

- a) El individuo ha tenido experiencias atemorizantes relativas al apego, y que
- b) Que estas experiencias son actualmente preocupantes o incluso controlan de manera impredecible los procesos mentales.

En respuesta a las experiencias de abuso físico o sexual, pérdida traumática, psicosis en el progenitor, y la confusión y el terror que acompañan a la guerra; el interlocutor se ha vuelto y actualmente continúa confundido, temeroso y afligido.

En las transcripciones E3, la preocupación es evidente, como en E1 y E2, en las violaciones de las máximas de colaboración; pero el temor más que la furia, confusión o vaguedad pueden ser el afecto central preocupado.

Subgrupos:

E3a. Confundidos, temerosos y afligidos por experiencias traumáticas/ atemorizantes.

La discusión o referencia a experiencias traumáticas aparece como tema predominante e incoherente, en forma de violaciones a la máxima de relevancia.

- El individuo describe repetidamente experiencias traumáticas a lo largo de la entrevista donde resulta relevante y donde no lo es, por ejemplo ante otras

preguntas no relacionadas con el tópico o cuando el interlocutor está en el proceso de describir algo positivo.

- Las confusiones pueden ser un aspecto de la discusión de algunos de estos eventos y en algunos casos la interlocutora puede estar incierta sobre su ocurrencia (describe que dichas experiencias pudieron haber sido un sueño o que ella puede estar equivocada respecto a sus recuerdos).
- Sueños atemorizantes ejercen influencia y las pesadillas pueden también ser presentadas.

E3b. Agobiante pérdida de memoria aparentemente en relación a experiencias traumáticas.

- a) La interlocutora tuvo definitiva o solo probablemente experiencias traumáticas,
- b) Reporta una pérdida de memoria asociada; y
- c) Está agobiada o atemorizada por la pérdida de memoria más que verla como normal.

CATEGORÍA U/ d: NO RESUELTO (DESORGANIZADO/ DESORIENTADO)

Las escalas para valorar las respuestas no-resueltas/ desorganizadas a las pérdidas y al abuso dependen de las caídas en el monitoreo del razonamiento o discurso, o de reportes de reacciones conductuales extremas (incluyendo reacciones desplazadas) durante la discusión de estos eventos.

Un adulto que es juzgado no resuelto respecto al trauma será asignado inevitablemente a la segunda categoría que mejor se le ajuste.

La asignación U/ d se utiliza en conjunción con cualquier transcripción en la cual un puntaje por encima de 5 ha sido asignado en cualquier de las dos escalas (pérdida y abuso). En los casos en los que se ha asignado 5, el juez decide individualmente si asigna el caso como U/ d.

El juez debe recordar que, frente a no se puede clasificar “CC”, U/ d es una asignación de categoría, un aspecto del estado de la mente particular, distinto e identificable. Sin

embargo, puede ser útil para el juez recordar que asignar una categoría alternativa F, Ds o E (o concebiblemente U/ CC) puede ser más difícil cuando el estado de la mente es U/ d.

“NO SE PUEDE CLASIFICAR” CC

Indica que un texto no se puede ajustar a cualquiera de las colocaciones “organizadas” de la EAA, que se evidencia cuando un texto demuestra una mezcla impresionante y no usual de estados mentales.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO DE COMPARACIÓN DE DOS TIPOS DE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES GRUPALES PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE Y SU EFECTO EN LA ORGANIZACIÓN DEL APEGO

HOJA DE INFORMACIÓN A PADRES/REPRESENTANTE LEGAL

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

Se trata de una intervención psicoterapéutica grupal centrada en la comprensión de las dificultades relacionales con iguales. Según el grupo al que el paciente sea asignado, el formato del mismo será cognitivo-conductual o interpersonal. Ambos tipos de intervención se han mostrado eficaces en el tratamiento de los trastornos depresivos en la adolescencia en otros países. El objetivo de la intervención es comprobar si esto también sucede en la población española y/o si hay diferencias cualitativas.

El grupo terapéutico está integrado por 6-8 participantes en el mismo rango de edad, dentro del periodo adolescente. Las sesiones tendrán lugar con frecuencia bisemanal, siendo la duración de cada una de ellas de hora y media. La intervención tendrá lugar durante el curso escolar, con un total de 18 sesiones aproximadamente (se facilitará calendario trimestral con todas las fechas), siendo el horario de tarde para facilitar la asistencia y la compatibilidad con el horario escolar. Se realizará una entrevista trimestral con el/la paciente y sus padres/tutores para informar del curso del proceso (teniendo en cuenta la confidencialidad inherente a la intervención) y clarificar posibles dudas.

Los objetivos de la intervención son:

- capacitación para reconocer y expresar las emociones propias.
- capacitación para reconocer las expresiones emocionales de otras personas del entorno.
- desarrollo de habilidades para afrontar conflictos interpersonales.

La participación en un grupo terapéutico implica el cumplimiento de una serie de normas básicas de colaboración para que sea posible el establecimiento de un clima de confianza y cooperación:

- compromiso de asistencia regular y puntual. Es necesario para que todos los participantes tengan la posibilidad de recibir el tratamiento en las condiciones óptimas de aplicación (es decir, todo el tiempo que se considera necesario), y para dar lugar al fenómeno de cohesión grupal. Las causas médicas justificadas son el único motivo que exime de la no asistencia. Se entenderá como una declinación a continuar asistiendo al grupo terapéutico tener 3 faltas no justificadas.



Hospital Universitario
Príncipe de Asturias

Comunidad de Madrid

- respeto al turno de palabra y a la participación de otros miembros del grupo. No se permitirán descalificaciones ni conductas heteroagresivas en el contexto grupal que impidan el establecimiento de un clima grupal cooperativo.
- confidencialidad respecto a los contenidos que se abordan en el contexto grupal. Cada miembro del grupo se deberá hacer responsable de no difundir de palabra o a través de otros medios de comunicación como las redes sociales, los contenidos trabajados en el grupo respetando así la intimidad del resto de los miembros del grupo.
- se recomienda no establecer contacto con otros miembros del grupo entre las sesiones.

Los beneficios fundamentales de este tipo de intervención son:

- mayor estabilidad emocional
- mayor satisfacción con el estilo relacional y con las relaciones con el entorno.

Para evaluar los resultados de la intervención e introducir mejoras en nuevas ediciones, se solicitará la colaboración de los participantes en una evaluación psicométrica y de aspectos cualitativos. Los resultados de dicha evaluación así como la grabación en vídeo de las sesiones, tendrán carácter confidencial.

En el momento actual no se ha detectado ningún efecto indeseado de este tipo de intervención.

Si presentan alguna duda sobre esta intervención pueden hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ésta, o bien en las entrevistas programadas con este objetivo trimestralmente. Como personal de referencia: M^a Cristina Pérez Espartero(Hospital de Día de Adolescentes: 918771505) y Rosario Fernández Calero (Centro de Salud Mental Francisco Díaz: 918303870). Igualmente está la opción de la retirada de la intervención en cualquier momento, pasando entonces nuevamente a realizar el seguimiento ambulatorio habitual en su Centro de Salud Mental de referencia.

Queda igualmente informado de la posibilidad de ejercer los derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación y oposición) para el control de sus propios datos personales, mediante solicitud previa a los investigadores responsables. El ejercicio de dichos derechos es personalísimo, es decir, que sólo pueden ser ejercidos por el titular de los datos, por su representante legal o por un representante acreditado. Si la persona reclamante cree que sus derechos no han sido atendidos en forma y plazo según la LOPD y su reglamento, puede acudir a la tutela de la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD).

HOJA DE INFORMACIÓN PARA LOS PACIENTES MENORES

La idea de darte esta hoja de información es explicarte porqué tu terapeuta del Centro de Salud Mental y nosotros hemos pensado que estés incluido en esta investigación.

En otros países se ha estudiado antes cómo, el hacer tratamiento de grupo en chicos adolescentes les ayuda a sentirse mejor con ellos mismos y con otras personas con las que se relacionan, cuando se les ha diagnosticado "depresión" (sentirse triste o irritable, sin ganas de hacer tareas o relacionarse, con dificultades para concentración, de sueño o de apetito). Nosotros queremos valorar si esto sucede también contigo y con otros chicos de tu edad.

Para ello os vamos a reunir en grupos de 6-8 personas (los demás tendrán o tu edad, o un año más o menos), y nos vamos a ver cada 2 semanas durante hora y media para hablar sobre vuestros problemas y hacer diferentes actividades para poder ayudaros. Será por las tardes para que no pierdas clase, siempre en el mismo horario y día de la semana, pero no te preocupes, que os daremos un calendario trimestral a ti y a tus padres para que tengáis claras las fechas. Esto va a durar más o menos un año pero se interrumpirá en el periodo de vacaciones para asegurarnos que podéis descansar y luego continuar con las sesiones. Cada trimestre tendremos una entrevista conjunta contigo y tus padres/cuidadores, para aclarar posibles dudas sobre el funcionamiento, pero siempre asegurando tu confidencialidad, es decir, que lo que tú hablas en los grupos es privado a no ser que estés en una situación de riesgo. De todas maneras, si te surge cualquier duda, puedes preguntarnos en cualquier momento.

La participación es voluntaria y os pedimos que os comprometáis con algunas normas para que esto pueda funcionar:

-que lleguéis puntuales para que tengamos el tiempo suficiente para trabajar todos juntos y que no faltéis, porque si esto sucediera dentro del grupo no podríais llevar el mismo ritmo y conoceros bien para sentirnos en confianza con los demás. Si faltáis más de 3 veces (y que no esté justificado por haber estado enfermo/a) pensaremos que no queréis continuar en el grupo.

-que haya respeto, es decir, todos podáis hablar y escucharos por turno. Si alguien intenta resolver una situación o una diferencia de opinión con una conducta agresiva (insultando o pegando o amenazando), tendrá que salir del grupo, ya que la idea del grupo es que os ayudéis unos a otros, y no que os dañéis.

-la confidencialidad entre vosotros, es decir, que lo que se hable en el grupo no se hable con otras personas fuera o a través de otros medios como internet, ya que eso es muy importante para que podáis confiar los unos en los otros. Si alguien lo hiciera, se tendría que hacer responsable de las consecuencias como "menores maduros" que sois según lo establece la ley.



-recomendamos que no mantengáis contacto fuera del grupo, ya que el objetivo no es que hagáis amigos, sino que aprendáis cómo relacionaros, y para ayudaros a pensar en los problemas que surgen en las relaciones, los terapeutas tenemos que estar presentes. Si por casualidad tenéis algún contacto fuera, después tendrías que hablar de ello en la siguiente sesión de terapia.

Para valorar cuánto y cómo te puede ayudar este tratamiento vamos a grabar las sesiones en vídeo, te vamos a pedir que rellenes un test cada trimestre y a hacerte una entrevista más larga al principio y al final del tratamiento. Tres meses después de que termine el tratamiento te volveremos a pedir que rellenes el mismo test. También tus padres van a rellenar un test al principio, al final y tres meses después. Todo, absolutamente todo, es confidencial y te explico que hay leyes que cuidan de que esto se cumpla (la ley se llama ARCO) y de que puedas decidir tú o tus padres/cuidadores consultar, o pedir que se modifiquen o se cancelen tus datos en este estudio. Para esto o para cualquier duda, os facilitamos varias personas y teléfonos de referencia: M^a Cristina Pérez Espartero (Hospital de Día de Adolescentes: 918771505) y Rosario Fernández Calero (Centro de Salud Mental Francisco Díaz: 918303870).

Si estás de acuerdo con participar, te pedimos a ti a tus padres que firmes la siguiente hoja.



Hospital Universitario
Príncipe de Asturias
Comunidad de Madrid

1º Apellido	_____
2º Apellido	_____
Nombre	_____
Nº Historia	_____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO DE COMPARACIÓN DE DOS TIPOS DE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES GRUPALES PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE Y SU EFECTO EN LA ORGANIZACIÓN DEL APEGO

Nombre del representante legal del paciente menor con indicador del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.).....

Nombre del paciente.....

1. He leído la hoja de información que se me ha entregado.
2. He podido hacer preguntas sobre el estudio.
3. He recibido suficiente información sobre el estudio. Si durante el transcurso del mismo tengo alguna duda, los profesionales de contacto son M^a Cristina Pérez Espartero(Hospital de Día de Adolescentes: 918771505) y Rosario Fernández Calero (Centro de Salud Mental Francisco Díaz: 918303870)
4. Comprendo que mi participación es voluntaria.
5. Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - a. Cuando quiera.
 - b. Sin tener que dar explicaciones por ello.
 - c. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos y/o asistenciales.
6. Puedo recibir información sobre los resultados de este estudio cuando haya concluido.
7. He sido informado de la grabación en vídeo de las sesiones de la intervención.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha.../.../...

Nombre del representante legal del menor con indicador del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.)

.....

Firma

DNI

.....

.....



Hospital Universitario
Príncipe de Asturias
Comunidad de Madrid

1º Apellido	_____
2º Apellido	_____
Nombre	_____
Nº Historia	_____

Firma del paciente menor

.....

Firma	DNI
.....

Firma del investigador que informa sobre la intervención

.....

Firma	DNI
.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D./D^a. con D.N.I.....
 REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la participación en este estudio por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco/que padece el paciente.

Fecha..../.../...

Firma del representante legal del menor

Firma del facultativo

.....

.....

Firma del menor

.....

DICTAMEN CEIC

DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Código de protocolo del promotor: OE 36/2014

Versión/fecha del protocolo: -

Hoja de información y consentimiento para los padres/tutor legal: -

Hoja de información y consentimiento para el menor: -

Título: “Comparación de dos tipos de intervenciones psicosociales grupales para el tratamiento de los trastornos depresivos en población adolescente y su efecto en la organización del apego”.

Promotor: HUPA

Investigador principal: Dra. Cristina Pérez Espartero. Psiquiatría

Tipo de estudio: Otros estudios

El Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en su reunión del 25 de Noviembre de 2014 tras la respuesta a las aclaraciones solicitadas, considera que:

1. El estudio evaluado cumple los requisitos metodológicos y técnicos.
2. La competencia de los investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
3. Los riesgos y molestias previsibles de la investigación son aceptables en relación con los beneficios esperados.
4. El proceso de selección de los sujetos participantes es apropiado.
5. La hoja de información y el consentimiento informado son adecuados.
6. Se cumple el resto de los requisitos legales.

Emite un DICTAMEN FAVORABLE para la realización del estudio.

Lo que firmo en Alcalá de Henares, a 27 de Noviembre de 2014

Firmado:

Doña Elvira Poves Martínez,
Presidenta del CEIC

CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

D. Santiago Artillo Rembado, como Director Médico del **Hospital Universitario Príncipe de Asturias**, y visto el dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica.

CERTIFICA

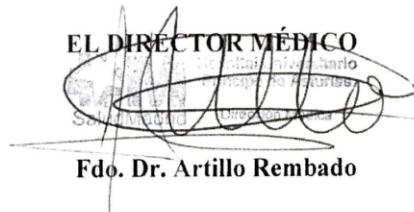
Que conoce la propuesta realizada por la **Dra. Cristina Pérez Espartero** para que sea realizado en este centro el estudio titulado: "Comparación de dos tipos de intervenciones psicosociales grupales para el tratamiento de los trastornos depresivos en población adolescente y su efecto en la organización del apego".

CÓDIGO de protocolo: OE 36/2014

Que será realizado por la Dra. Pérez Espartero, del Servicio de Psiquiatría de este Hospital, como Investigadora Principal.

Que acepta la realización de dicho estudio en este Centro, siempre que se cumplan las normas de buena práctica clínica y la legislación vigente.

Lo que firmo en Alcalá de Henares a 10 de diciembre de 2014

EL DIRECTOR MÉDICO

Fdo. Dr. Artillo Rembado

**NOTIFICACIÓN DE INICIO DE ESTUDIO A FISCALÍA DE
MENORES**



NOTIFICACIÓN AL MINISTERIO FISCAL EN CASO DE MENORES DE EDAD

Ilmo. Sr. Fiscal Jefe
Fiscalía de Menores
C/ García Noblejas, 37
28071 Madrid
FAX: 91 493 11 09

ASUNTO: NOTIFICACIÓN AL MINISTERIO FISCAL DEL ESTUDIO EN EL QUE LOS
PACIENTES SON MENORES DE EDAD

PROMOTOR: HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS

CÓDIGO DEL ESTUDIO: OE 36/2014

TÍTULO DEL PROTOCOLO:

COMPARACIÓN DE DOS TIPOS DE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES GRUPALES PARA EL
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE Y SU
EFECTO EN LA ORGANIZACIÓN DEL APEGO

Apreciados Sres.:

Por la presente les notificamos que con fecha 10 de diciembre de 2014, el estudio
arriba referenciado recibió el dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación
Clínica del Hospital Universitario Príncipe de Asturias y la autorización de la Dirección
Médica de dicho Hospital(Órgano competente).

Dicho estudio contempla la inclusión de menores de edad para lo cual se obtendrá su
consentimiento informado según lo especificado en el artículo 7.3 del Real Decreto
223/2004.

Se realizará en los siguientes centros:

Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento Francisco Díaz (Alcalá de Henares)

Centro de Salud Mental Puerta de Madrid(Alcalá de Henares)

Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares)

Adjuntamos la autorización de la Dirección Médica del Hospital Universitario Príncipe
de Asturias(Órgano competente) y el dictamen favorable del Comité Ético del Hospital
Universitario Príncipe de Asturias.

Para cualquier consulta no dude en contactar con nosotros.

Atentamente,


Cias 1603936127P

Dra. Cristina Pérez Espartero

Dra. M^a Cristina Pérez Espartero, C/ García Noblejas, 37, Alcalá de Henares, Madrid
Tel: 28/570972

Datos de contacto del promotor:
HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS , Carretera Alcalá-Meco s/n, 28805,
Alcalá de Henares; Tfno: 918878100

**ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL PARA
ADOLESCENTES DESDE LA PERSPECTIVA DEL APEGO. UNA
PROPUESTA INTEGRADORA DESDE EL ÁMBITO CLÍNICO**

**ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO
GRUPAL PARA ADOLESCENTES DESDE
LA PERSPECTIVA DEL APEGO
UNA PROPUESTA INTEGRADORA DESDE EL
ÁMBITO CLÍNICO**

M^a Cristina Pérez Espartero

**ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO
GRUPAL PARA ADOLESCENTES
DESDE LA PERSPECTIVA
DEL APEGO**

**UNA PROPUESTA INTEGRADORA DESDE
EL ÁMBITO CLÍNICO**



Esta publicación es parte de la investigación realizada por la autora dentro del Programa de Doctorado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alcalá de Henares.

Primera edición, 2021

El editor no se hace responsable de las opiniones recogidas, comentarios y manifestaciones vertidas por los autores. La presente obra recoge exclusivamente la opinión de sus autores como manifestación de su derecho de libertad de expresión.

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamos públicos.

© M^a Cristina Pérez Espartero

© **DM**

ISBN: 978-84-18581-79-3

Depósito Legal: MU 1242-2021

Edición a cargo de: Diego Marín Librero–Editor. S.L.

Merced, 25.30001–Murcia

Tfno. 968 24 28 29 / 968 23 75 78

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	138
2. MARCO TEÓRICO DE COMPRENSIÓN DE LA INTERVENCIÓN	142
3. PREPARACIÓN DEL GRUPO	165
4. PREPARACIÓN DE LOS TERAPEUTAS	171
4.1. Alianza terapéutica.....	172
4.2. Establecimiento de un medio seguro	173
4.3. Establecimiento de un medio para la reflexión y la exploración	175
4.4. Establecimiento de límites y elaborar la finalización	179
5. DESARROLLO DE LAS SESIONES	181
5.1. Fase inicial para establecer la cohesión grupal:	182
5.1.1. Sesión 1. Encuadre y normas. Presentaciones.	182
5.1.2. Sesión 2. Aproximación a mundo de opiniones.....	184
5.1.3. Sesión 3. Identificación y planteamiento de situaciones de malestar/ bienestar	186
5.1.4. Sesión 4. Identificación de conflictos interpersonales	187
5.2. Fase de Intervención, sesiones (5-14).....	188
5.2.1. Sesiones 5-6. Módulo de trabajo con emociones.....	189
5.2.2. Sesiones 7-14. Paso del recuerdo a la escenificación.	190
5.3. Finalización, sesiones (14-18):	198
5.4. Sesiones familiares.....	200
6. MATERIALES PARA LA INTERVENCIÓN	202
6.1. Lista de preguntas sobre aficiones, estudios, familia.....	202

6.2 Tipología de imágenes	203
6.3. Módulo de trabajo con emociones	204
7. REFERENCIAS.....	205
8.AGRADECIMIENTOS	218

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales se consideran un problema de salud en casi todo el mundo. Se calcula que para el año 2020 la depresión ocupará el segundo lugar como padecimiento incapacitante (Murray & Lopez, 1997). Se estima que el 20% de los niños y adolescentes en el mundo sufre alguna enfermedad mental. En particular, los síntomas depresivos y la depresión durante la adolescencia se han convertido en problemas de una magnitud notoria (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista, & Zambrano-Ruiz J, 2004), lo que genera una genuina preocupación en el sector salud, dado su efecto presente y las consecuencias posteriores en la salud de los individuos (Franko et al., 2005).

Se valora que el 10,4% de niños y el 4,8% de niñas entre 0 y 15 años tendrían problemas mentales con limitación de las actividades de la vida diaria (*Encuesta Nacional de Salud*, 2006; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009). La prevalencia de depresión mayor se ha estimado del 1,8% en niños de 9 años, del 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años y del 3,4% en jóvenes de 18 años (Canals, Martí-Heneberg, Fernández, 1995).

Diferentes estudios longitudinales en niños y adolescentes, con trastorno depresivo mayor y distimia, sugieren un riesgo elevado de episodios depresivos recurrentes vinculados con suicidios y otros comportamientos autodestructivos que inician en esta etapa y pueden prolongarse hasta la edad adulta (Giaconia et al., 2001; Pine et al., 1999, 1998; Weissman et al., 1999).

Debido a la gran cantidad de cambios y procesos que ocurren durante la adolescencia, ésta se convierte en una etapa de vida en la que puede aumentar la exposición a situaciones que resultan difíciles de afrontar para los individuos y, en consecuencia, se vuelven fuentes de estrés; por ello es conveniente analizarla de manera cuidadosa para distinguir entre las expresiones afectivas, cognitivas, somáticas y conductuales atribuibles al periodo y las que pueden relacionarse con un malestar y que tendría consecuencias en la salud emocional a corto y medio plazo (Macías Valadez Tamayo, 1985; Pine et al., 1998). Más del 70% de los niños y adolescentes con trastornos depresivos no han sido diagnosticados correctamente ni reciben el

tratamiento adecuado(The National Advisory Mental Health Council Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention Development and Deployment, 2001).

Entre el 40 y el 90% de los adolescentes deprimidos padecen un trastorno comórbido(A Angold et al., 1999), y al menos el 20-50% tienen dos o más diagnósticos comórbidos. Una revisión de estudios epidemiológicos (Angold et al., 1999)destaca la presencia de los trastornos de conducta (40%) y los trastornos de ansiedad (34%) como los más frecuentemente asociados, seguidos del abuso de sustancias. Posiblemente estos trastornos compartan con el cuadro depresivo factores de riesgo, como factores genéticos o psicosociales, pudiendo el uno ser causa del otro o bien parte de un cuadro común.

En la literatura se recoge que son múltiples los factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y que pueden tener un efecto acumulativo. Así, es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la probabilidad de ocurrencia, o que su control sea suficiente para prevenir la depresión (Garber, 2006; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009; NICE, 2019). En este sentido, se señala que los factores familiares y el contexto social podrían jugar un importante papel en el desarrollo de la depresión, fundamentalmente aquellos que están fuera del propio control, que ocurren como un acontecimiento no predecible en el ambiente diario y que son recurrentes a lo largo del tiempo. Destacan, la depresión en los padres, que se asocia con depresión en su descendencia (Birmaher et al., 2007; Bragado, Bersabé, & Carrasco, 1999; Garber, 2006; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009; NICE, 2019; Richardson & Katzenellenbogen, 2005; Zuckerbrot et al., 2007) ;el alcoholismo familiar (Bragado et al., 1999; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009) ;el contexto familiar: conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el niño (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009; Le & Boyd, 2006; NICE, 2019; Richardson & Katzenellenbogen, 2005) las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictiva de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo(Åslund, Nilsson, Starrin, & Sjöberg, 2007; Bhatia & Bhatia, 2007; Birmaher

et al., 2007; Dopheide, 2006; Garber, 2006; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009; Le & Boyd, 2006; NICE, 2019; Richardson & Katzenellenbogen, 2005; Zuckerbrot et al., 2007); el acoso por parte de iguales o *bullying* y la humillación (Åslund et al., 2007) ; también la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros de su entorno social (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009; NICE, 2019) ; consumo de tóxicos (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009; Haavisto et al., 2004) ; situaciones de exclusión social que presentan alto riesgo de desarrollo, tanto de depresión como de otros trastornos mentales (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009; NICE, 2019) ;respecto a los factores psicológicos destaca la afectividad negativa, que se refiere a la tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características conductuales (como la inhibición y retraimiento social) y cognitivas (como las dificultades de concentración). La afectividad negativa conlleva una mayor reactividad frente a los estímulos negativos, y se asocia a una mayor probabilidad de trastornos emocionales, sobre todo en niñas (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009; NICE, 2019) .

En virtud de la magnitud y la tendencia crecientes de la depresión en la población adolescente y las dificultades concomitantes para la salud de estos individuos y para el propio sistema de salud (Benjet et al., 2004), es prioritario enfocar los esfuerzos en la detección oportuna y la prevención del padecimiento para reducir los riesgos en el desarrollo psicosocial.

En el momento actual, se recogen en la literatura científica los esfuerzos que se llevan realizando desde los años ochenta para implementar modalidades terapéuticas que resulten eficaces en el abordaje de este tipo de trastornos en la población adolescente. No obstante, se han presentado dificultades, desde el punto de vista metodológico, para evaluar la eficacia de las diferentes intervenciones (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009; Kazdin, 2010), siendo una necesidad presente en el momento actual, continuar evaluando, no sólo la eficacia, sino

también la repercusión en el funcionamiento global y los elementos propios del proceso de intervención que influyen en la obtención de resultados positivos (Kazdin, 2010).

Hasta el momento, son dos los tipos de intervenciones psicosociales que se recogen en la literatura como de posible eficacia para el tratamiento de la depresión en población adolescente, el programa de terapia cognitivo-conductual de grupo (TCC) y la terapia interpersonal, en su versión adaptada para adolescentes (IPT-A) (David-Ferdon & Kaslow, 2008). No obstante, se señala la necesidad de continuar validando su eficacia, en el formato grupal (IPT-AG), tanto en el contexto clínico como escolar. Y también se plantea la necesidad de valorar la eficacia, no sólo post-tratamiento, sino en seguimientos posteriores, y qué elementos del proceso terapéutico son facilitadores del cambio y protectores en relación a las recaídas. Así, valorar estas últimas cuestiones implica ampliar la óptica sobre objetivos y aspectos del proceso terapéutico que se habían contemplado parcialmente con en el proceso de evaluación de los modelos citados.

El manual que se presenta a continuación, tiene la vocación de ser un instrumento docente con respecto a aspectos del proceso terapéutico que no se habían contemplado en los modelos de intervención anteriormente citados. De forma que integra parte de los elementos técnicos que se consideran especialmente eficaces en el abordaje grupal con adolescentes según dichos modelos e incorpora la visión, desde la teoría del apego, que considera fundamental generar cambios, no únicamente con un objetivo sintomático, sino también a nivel de flexibilización e integración de patrones de apego inseguro. Esta propuesta es fruto del análisis de grupos de intervención dirigidos a adolescentes que han presentado sintomatología depresiva, subdepresiva y problemas de relación, desde el ámbito clínico. Queremos subrayar esta última característica, ya que una de las motivaciones de esta propuesta es que sea útil en el contexto clínico, tanto a profesionales como personas en formación.

2. MARCO TEÓRICO DE COMPRESIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Las aportaciones de J.Bowlby, fundador de la Teoría del Apego, y los estudios posteriores fundamentados en sus hallazgos, facilitan un marco de comprensión más preciso sobre el desarrollo de algunos aspectos de la psicopatología (depresión, ansiedad, evitación) (Kirchmann et al., 2012). Bowlby, enfatiza la importancia del apego en la primera infancia así como de las consecuencias a largo plazo de las relaciones de cuidado disfuncionales (Bowlby, 1978). Desarrolla el concepto “modelos internos de trabajo”, que operativiza de una forma más práctica como “esquemas interpersonales” que son un constructo explicativo para entender cómo los impulsos sanos para relacionarse con los demás se distorsionan debido a los patrones de apego disfuncionales. Estos esquemas son estructuras cognitivo-afectivas, que organizan la información basada en la experiencia, y anticipan las contingencias para mantenerse en relación con el cuidador principal. Estos esquemas interpersonales operan posteriormente en las relaciones con el entorno. En concreto, en aportes posteriores de la literatura se señala que el uso de estrategias del apego tipo preocupado, se ha vinculado estrechamente con problemas de internalización (depresión y ansiedad) (Allen et al., 1996; Bernier et al., 2005; Cole-Detke & Kobak, 1996; Kobak et al., 1991; Larose & Bernier, 2001; Rosenstein & Horowitz, 1996).

También se señala que, los estados de la mente en relación con el apego (las formas en que los individuos conceptualizan experiencias de apego y las relaciones), se desarrollan de manera significativa durante la adolescencia debido a las crecientes capacidades de los adolescentes para el pensamiento operacional formal, incluyendo la capacidad de razonamiento lógico y abstracto. Este aumento de capacidades permite a los adolescentes empezar a construir, a partir de experiencias con múltiples figuras, una posición más integrada y generalizada hacia experiencias de apego. Los aumentos en la diferenciación cognitiva del yo y el otro, que caracterizan este período, permiten que el adolescente comience a establecer una visión más coherente del yo como existente fuera de las interacciones con los cuidadores (Allen, 2008). Es por ello, que esta etapa parece especialmente idónea para realizar la tarea de revisar aquellos estilos de comunicación que

son especialmente disfuncionales o que generan angustia o malestar al adolescente, como se señala tanto en el modelo cognitivo-conductual como en el interpersonal. Y también puede que sea una ocasión única para reflexionar sobre su propio estado mental en dicho proceso, pudiendo el mismo facilitar que se flexibilice la posición respecto a diferentes experiencias de apego.

Este objetivo sería también una tarea fundamental, ya que la bibliografía actual documenta de manera sistemática algunos procesos que se dan a nivel cerebral, como la poda sináptica en varias áreas cerebrales, que probablemente expliquen muchos de los cambios que subyacen a esta reorganización del funcionamiento mental, y que posiblemente tendrán una amplia trascendencia en su recorrido futuro, tanto con respecto al ámbito relacional como con el desarrollo de otros aspectos de la memoria y del procesamiento de la información (Gobinath, Mahmoud, & Galea, 2014; Lupien, McEwen, Gunnar, & Heim, 2009; Mutlu et al., 2013; Shaw et al., 2008). En este aspecto profundiza otra investigadora del apego, P. Crittenden, que propone un modelo explicativo de comprensión al que llama “Dinámico-madurativo” en el que los patrones del apego infantil puedan reconceptualizarse como patrones de procesamiento mental de la información, que varían en la medida en que integran información a partir de la cognición y el afecto para crear modelos de realidad. Así, las figuras de apego proporcionan el contexto interpersonal dentro del cual los niños y las niñas aprenden a usar sus mentes (Crittenden, 1988; Crittenden, 1990, 2002a).

En este modelo, los/las niños/as tipo B, que son llamados *seguros* en la infancia, están equilibrados respecto al uso del afecto y la cognición.

Los/las niños/as tipo A, llamados de *evitación* en la infancia, son defensivos en relación al afecto y dependen mucho de la cognición.

Los/las niños/as tipo C, que son llamados *ambivalentes*, usan una estrategia coercitiva, basada principalmente en el afecto.

En los extremos algunos niños/as defensivos desarrollan afecto falso y algunos niños/as coercitivos desarrollan cognición falsa. Estos dos últimos patrones mentales y conductuales hacen a los/las niños/as vulnerables a los trastornos de la conducta y la atención, trastornos

de las relaciones íntimas y sexuales, depresión, y, en el extremo, a la adicción de sustancias y al suicidio. En unos pocos casos, los patrones llevan a la psicopatía (Crittenden, 2002b).

Se ha valorado que las dificultades de los/as adolescentes para comunicar sus estados internos con precisión a los demás aparecen como un marcador robusto de inseguridad en esta etapa, siendo su expresión en cada uno de los patrones:

-Evitativos: la comunicación es generalmente pobre y no hay un patrón consistente de síntomas por cualquiera de las partes (sea la fuente de información padres/adolescente). Esto implica que necesitarán ayuda para ponerse en contacto con las emociones y para elaborar sus narraciones, para indagar en su memoria en busca de detalles y de explicaciones menos radicales de sus vidas.

-Preocupados: informan de su angustia en un alto grado, pero no fueron escuchados (o totalmente creídos) por las personas más cercanas a ellos. Esto implica que necesitarán ayuda para alcanzar cierta distancia de sus emociones. (Holmes, 2009).

Entendiendo que estos dos patrones son aquellos que presentan más expresiones psicopatológicas, nos encontramos dilemas en relación a las posibilidades de intervención, puesto que los/las adolescentes que más precisan la atención, o bien no realizan una demanda o se implican en las dificultades de forma parcial (tanto ellos como sus familias); o bien expresan su angustia intensamente, pero sus familias tienden a no escucharles / no creerles, por lo que la demanda va a venir dada por terceros (principalmente instituciones como los centros educativos o Servicios Sociales), y la colaboración de la familia va a ser o muy dificultosa o nula, en muchos casos.

Por ello, uno de los aspectos fundamentales es sin duda qué prácticas van a favorecer la adherencia a la intervención, ya que, precisamente los pacientes más vulnerables o que desarrollan psicopatología más grave, son los que presentan mayor dificultad para la incorporación y mantenimiento en las intervenciones. Por ello se va a dedicar un apartado inicial a la preparación del grupo, teniendo en cuenta las características de los participantes. Esto es un aspecto que probablemente limite que este tipo de abordaje sea validado según los parámetros necesarios, presentes en la literatura actual, para establecer su eficacia en

comparación con otras terapéuticas. No obstante, nos adherimos a las reflexiones que algunos autores como B.E. Wampold y Z.E. Imel (Wampold & Imel, 2015) vienen realizando sobre la pertinencia y validez de trasladar los parámetros de la investigación médica a la investigación y práctica de la psicoterapia. Dichos autores proponen un modelo contextual de abordaje, adaptado a distintos ámbitos de intervención. En este caso, la población diana es la que es derivada a los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil, a diferencia de la valorada en estudios de eficacia comparativa de otros contextos donde el reclutamiento se realiza fundamentalmente desde el ámbito académico, lo cual nos lleva a pensar que hay una petición activa de ayuda, característica ya marcadamente diferencial respecto al ámbito de gravedad de la clínica. Por otro lado destacar que, tras el reclutamiento, el proceso de cribado de pacientes es un tema especialmente espinoso, ya que la existencia de comorbilidad, sobre todo en relación a sintomatología ansiosa, alteraciones alimentarias, problemas de conducta, episodios disociativos, conductas autolesivas, etc., es más la norma que la excepción como apunta ampliamente la bibliografía (Angold et al., 1999; Copeland, Shanahan, Erkanli, Costello, & Angold, 2013) y la experiencia clínica actual, con lo que apostar por abordajes centrados en una única constelación sintomática, como sugerían Kazdin y colab., (Kazdin, 2010) para ofrecer abordajes lo más eficaces posibles a nivel sintomático, comienza a ser una apuesta clínica quizás menos rentable de lo que se auguraba en los inicios de la investigación sobre intervenciones psicoterapéuticas eficaces para trastornos depresivos en esta etapa. Tener en cuenta además que, el establecimiento de un control a través de la lista de espera, para asegurar que los enfoques de tratamiento son superiores a la no intervención, con una población adolescente vulnerable, crea problemas éticos significativos (O'Shea et al., 2015) aunque hasta ahora se han valorado como condiciones necesarias para la investigación.

A continuación se van a exponer, lo más resumidamente posible, las características de los otros modelos terapéuticos, para favorecer la comprensión de la integración de prácticas (que se valoran de adecuada aceptación y eficacia) a lo largo de las sesiones de la intervención grupal.

Modelo cognitivo-conductual (Barber & DeRubeis, 1989; Bedrosian, 1981; Block, 1978; DiGiuseppe, 1988; Lewinsohn, Clarke, Hops, & Andrews, 1990; Muñoz et al., 2000; Schrodtt & Fitzgerald, 1987; Schrodtt G & Wright J, 1986; Snyder & White, 1979; Zarb, 1992)

Las intervenciones manualizadas para adolescentes son el producto de una adaptación del modelo Cognitivo-Conductual desarrollado para el tratamiento de la depresión para adultos. No obstante, también se han demostrado útiles en el tratamiento de la ansiedad o trastornos oposicionistas. Se apunta que, además de realizar adaptaciones con el estilo del lenguaje, se favorece que los y las adolescentes expongan sus experiencias y pensamientos para que sea un grupo más participativo y tengan un rol más activo. También se puntualiza que, muchos/as adolescentes se resisten a realizar las tareas o ejercicios asignados y se propone que el/la terapeuta puede optar por cualquiera de estas dos alternativas: hablar sobre los pensamientos del/de la adolescente hacia la ejercicio y/o realizar la misma con el/la adolescente al inicio de la sesión, y también que el/la terapeuta conozca al o la adolescente y a sus padres antes de comenzar el proceso de terapia, permitiendo así una sesión abierta en la que puede explorar en detalle la condición del/de la adolescente e iniciar el establecimiento del “rapport”.

La terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para la depresión está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos. Para trabajar con los sentimientos de la depresión, este modelo plantea la importancia de identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen el estado de ánimo, para aprender a tener un mayor control sobre los sentimientos. La terapia se divide en tres temas, de cuatro sesiones cada uno. Las primeras cuatro sesiones trabajan con cómo los pensamientos influyen el estado de ánimo. Las siguientes cuatro sesiones van encaminadas a trabajar con aquellas actividades diarias que afectan al estado de ánimo. Las últimas cuatro sesiones se relacionan con cómo las interacciones con la gente afectan nuestro estado de ánimo (se realizan ejercicios que enfatizan en la importancia de la comunicación asertiva y en el desarrollo de destrezas que permitirán el establecimiento de relaciones satisfactorias). El proceso terapéutico culmina reconsiderando e integrando los temas principales de cada módulo. Finalmente, se realiza una evaluación del progreso alcanzado junto a los logros y fortaleza de los/as participantes. Se discuten recomendaciones tanto con el/la adolescente como con los padres.

La intervención grupal desarrollada utiliza procesos inherentes a la terapia de grupo como los siguientes: fomentar el modelaje de conductas entre pares, practicar en vivo las destrezas interpersonales y comunicacionales, dar y recibir retroalimentación, y usar refuerzos positivos de los miembros del grupo.

El propósito principal de la terapia es disminuir los sentimientos de depresión, acortar el tiempo que la persona pasa sintiéndose deprimida, aprender nuevas formas de prevenir el deprimirse de nuevo y experimentar mayor control.

Este es el modelo manualizado que se ha venido comprobando, de manera sistemática en la investigación, que resulta eficaz respecto a la disminución de la sintomatología depresiva pre-post intervención, así como en los controles posteriores (David-Ferdon & Kaslow, 2008).

Terapia interpersonal para adolescentes (Mufson, Dorta, Moreau, & Weissman, 2004; Mufson, Dorta, Wickramaratne, Nomura, et al., 2004; Mufson, Gallagher, Pollack Dorta, & Young, 2004; Mufson, Weissman, Moreau, & Garfinkel, 1999; Mufson & Sills, 2006; O'Shea et al., 2015; Rosselló, Bernal, & Rivera-Medina, 2008)

La teoría interpersonal de las emociones tiene raíces en la teoría del apego temprano, al igual que la psicoterapia interpersonal (Klerman, Weissman, Rounsaville, B. J., & Chevron, 1984). Bowlby declara que las personas tienen tendencia, y necesitan, establecer fuertes lazos afectivos con otras personas de su contexto y tener experiencias (separación o pérdida de estas relaciones) y que esto da lugar a angustia emocional, incluida la depresión (Bowlby, 1978). La adolescencia es un momento en que los apegos tempranos pueden disminuir y complementarse con otros nuevos. Según el enfoque interpersonal, estas transiciones pueden ser difíciles de atravesar y pueden provocar depresión. Muchos conflictos entre padres y adolescentes pueden deberse a los efectos de la exploración y extensión de las relaciones de los adolescentes con sus compañeros, guiada por el apego desarrollado con sus cuidadores. La Terapia Interpersonal (IPT) es una consecuencia natural del énfasis de los teóricos del apego en explorar patrones de interacción con otras personas significativas, y cómo estos patrones pueden repetirse en otras relaciones o causar dificultades en estas relaciones, manifestadas en la respuesta del paciente a eventos de la vida

en particular. Se centra en conflictos o transiciones, así como en el duelo en las relaciones, que pueden afectar los sentimientos y percepciones de apego del adolescente y contribuir a la depresión.

En este sentido, los objetivos de la IPT son disminuir la sintomatología depresiva y mejorar el funcionamiento interpersonal, al mejorar las habilidades de comunicación en relaciones significativas (Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984). La IPT se diferencia de otros tipos de intervenciones psicoterapéuticas porque se centra en los conflictos interpersonales actuales, y es una de las modalidades terapéuticas que se hace operativa en un manual de tratamiento (Mufson, Dorta, Moreau, & Weissman, 2004).

Las técnicas apuntan a los mismos objetivos: cambiar la comunicación, y resolver los problemas interpersonales para cambiar el nivel de satisfacción que se logrará a partir de las relaciones interpersonales y, por lo tanto, mejorar el bienestar emocional.

La IPT no está vinculada a un modelo etiológico particular de depresión y reconoce que la depresión puede ocurrir a través de diferentes vías en las que factores biológicos, psicológicos, genéticos y sociales actúan en varias combinaciones. Sin embargo, la IPT enfatiza que la depresión, independientemente de su causa particular, ocurre en un contexto social e interpersonal que influye en el inicio, curso y resultado de la depresión. Más específicamente, se considera que tres procesos contribuyen a la depresión: un conjunto de mecanismos biopsicosociales que conducen a la formación de síntomas; funcionamiento social que refleja la combinación de experiencias de la primera infancia y las interacciones sociales actuales; y la personalidad, que representa rasgos y comportamientos perdurables únicos para la persona que podrían predisponer al desarrollo de los síntomas. La IPT pretende tener un impacto en los dos primeros niveles de procesos, es decir, en la formación de síntomas y en el funcionamiento social, pero debido a que la IPT es una intervención terapéutica de baja intensidad, con un enfoque en los episodios depresivos actuales, no se hace ningún intento de impactar en la patología del carácter o personalidad subyacente (Fombonne, 2001). De hecho, se recomienda psicoterapia adicional u otra alternativa terapéutica (a IPT-A) para aquellos adolescentes que experimentan otras dificultades tales

como trastornos alimentarios leves, problemas de aprendizaje, o en relación con una historia pasada de abuso sexual o físico, o para hacer frente a una familia caótica o rasgos de personalidad disfuncionales (Mufson, Dorta, Moreau, & Weissman, 2004). También se reconoce que existe una alta probabilidad de que los adolescentes deprimidos experimenten otro episodio de depresión en algún momento de su vida, a pesar de la intervención (de manera que, se valora si son precisas sesiones de mantenimiento u otras alternativas terapéuticas).

Técnicas generales de IPT-A (Fombonne, 2001; Mufson, Dorta, Moreau, & Weissman, 2004)

- Fomentar la expresión de afecto.
- Técnicas directivas (educación, asesoramiento, establecimiento de límites, modelado).
- Vincular el afecto a los eventos interpersonales.
- Explorar los posibles cambios que podrían hacerse.
- Identificar comunicaciones disfuncionales.
- Practicar nuevas estrategias de comunicación (análisis de comunicación).
- Practicar la generación de soluciones alternativas a los problemas.
- Practicar el proceso de toma de decisiones (análisis de decisiones).
- Juego de roles de interacciones interpersonales alternativas.
- Utilizar la relación paciente-terapeuta para proporcionar retroalimentación interpersonal.
- Involucrar a otras personas importantes en las sesiones.

Tras haberse comprobado la eficacia del abordaje interpersonal en formato individual, se plantea su adaptación al contexto grupal. El ímpetu para adaptar IPT-A como tratamiento

grupal surge, según los autores (Mufson L, Gallagher, Pollack Dorta, et al., 2004), del interés de los adolescentes en relación a la práctica de nuevas habilidades de comunicación y resolución de problemas por su cuenta entre sesiones, así como por las frecuentes consultas sobre si otros adolescentes tenían problemas similares. En la terapia individual, el paciente depende del terapeuta para motivar y alentar una participación más activa en la resolución de problemas, y el terapeuta sólo tiene al paciente para generar posibles soluciones a los problemas que se presentan. Sin embargo, la terapia grupal permite a sus miembros desempeñar de manera realista diferentes habilidades de comunicación, obtener la validación de sus experiencias y recibir consejos de sus compañeros sobre qué hacer.

Ya recogen Mufson L. y col. las reflexiones de otros autores desde el enfoque interpersonal (Wilfley, D E, Mackenzie, K R, Welch, R R Ayres, V E, 2000), que plantean que el desafío de adaptar la IPT a un formato grupal es mantener el enfoque intensivo en el área problemática de un miembro individual, y al mismo tiempo crear relevancia para otros miembros del grupo. No obstante, apuntan que este proceso terapéutico también permite a los miembros del grupo beneficiarse de la exploración del problema de otra persona, no solo sobre el suyo. El formato que se plantea en IPT-AG intenta mantener dicho equilibrio, incluyendo sesiones iniciales individuales antes del grupo, en el punto medio y al finalizar el grupo.

Los objetivos principales de la psicoterapia interpersonal grupal para adolescentes deprimidos (IPT-AG) son: reducir los síntomas depresivos, mejorar el funcionamiento interpersonal y aumentar la comprensión de la naturaleza de la depresión por parte de los/las adolescentes y sus padres. El componente central del tratamiento es educar a los/las adolescentes, así como a sus padres / familias, sobre la presencia de una enfermedad que afecta al funcionamiento en los principales ámbitos de la vida. Los objetivos adicionales para el formato grupal son aumentar la experiencia de los adolescentes con la interacción social positiva, reducir el aislamiento social y aumentar la resolución positiva de las dificultades interpersonales en un entorno grupal de apoyo.

El protocolo de intervención grupal difiere en varias formas del tratamiento individual. La duración del abordaje grupal es de 14 semanas. El tratamiento comienza con dos sesiones individuales intensivas de 90 minutos antes del grupo con padres y adolescentes, seguidas de

doce sesiones de terapia grupal de 90 minutos. La justificación de las sesiones previas al grupo es que el trabajo de la fase inicial debe realizarse en un formato individual para obtener suficiente información básica sobre el síndrome depresivo y las relaciones significativas del adolescente en particular. El terapeuta le enseña al o la adolescente a calificar su depresión usando una escala para que el terapeuta y el/la adolescente puedan monitorear los cambios en el estado de ánimo asociados con eventos o cambios interpersonales. También debe otorgarle al o la adolescente un papel limitado como enfermo/a, que le aliente a tratar de mantener un nivel de actividad de pre-depresión al tiempo que reconoce lo difícil que puede ser lograrlo (al igual que se realiza en el tratamiento individual)(Mackenzie K R, 1994). El siguiente paso es comenzar el inventario interpersonal, que es un proceso de entrevista clínica en el que el terapeuta y el paciente revisan las relaciones significativas del paciente, buscando fortalezas y problemas (sobre los cuales construir nuevas habilidades interpersonales), comunicación adaptativa y/ o desadaptativa, y habilidades para resolver problemas. En el transcurso de esta exploración inicial, se tendrá en cuenta que los/las adolescentes se incluyen en el grupo si tienen ideación suicida pasiva sin intención o plan. El/la terapeuta establece un plan de actuación con los padres y el/la adolescente, en caso de que la depresión empeore. Este plan estipula que el adolescente debe informar a un adulto responsable del aumento de la sintomatología depresiva, y que el/la adolescente y el/la adulto/a se comunicarán con el/la terapeuta para determinar qué acción urgente realizar, si es que se necesita. En caso de que no se pueda contactar con el/la terapeuta, el/la adolescente y el adulto deben acudir directamente a la urgencia hospitalaria para una evaluación urgente. Entre la primera y la segunda reunión previa al grupo, el terapeuta crea un “círculo de depresión”, que describe los eventos interpersonales específicos que precipitan la depresión, junto con las respuestas interpersonales de la/el adolescente. El objetivo del adolescente en grupo será cambiar este patrón interpersonal desadaptativo utilizando habilidades interpersonales específicas (lo cual se establece en el contrato terapéutico). Para ello, el/la adolescente elige una de las cuatro áreas problemáticas interpersonales que serán el foco del tratamiento. Las cuatro áreas problemáticas son: duelo, disputas de roles interpersonales, transiciones de roles y déficits interpersonales (problemas para aumentar el sistema de apoyo y desarrollar nuevas relaciones para disminuir la soledad y el aislamiento). El/la terapeuta puede compartir el área del problema interpersonal de la/el adolescente con los padres, después de obtener el

consentimiento del adolescente para hacerlo. Si bien no es necesario involucrar a los padres en la segunda sesión de pregrupo, la participación positiva de los padres en el tratamiento puede facilitar la participación y la capacidad del adolescente para realizar cambios en sus relaciones significativas.

El trabajo de fase intermedia (comprender el área problemática, aprender y practicar las habilidades necesarias para mejorar el foco identificado), se lleva a cabo principalmente en el entorno grupal, al igual que el trabajo de terminación.

Se apunta que, es beneficioso que los terapeutas conozcan las fases generales de la terapia grupal (compromiso, diferenciación y finalización) para que puedan ayudar a los adolescentes a comprender los sentimientos y las preocupaciones que puedan tener en las diferentes etapas del grupo, así como para modular el proceso y así asegurar el desarrollo de un grupo cohesivo saludable.

Hay varias tareas importantes que se deben realizar en la sesión grupal inicial: presentaciones grupales, discusión sobre el uso que los/las adolescentes hacen del grupo para aprender y practicar habilidades con sus compañeros/as, y el establecimiento colaborativo de reglas grupales. Las reglas grupales tratan específicamente temas tales como la confidencialidad, la socialización fuera del grupo, el respeto mutuo por los miembros del grupo, cómo dar y recibir comentarios en el grupo, el compromiso de tiempo con el grupo y las reglas con respecto al retraso o la cancelación de las sesiones. El acuerdo sobre las reglas del grupo es crucial para establecer la atmósfera de confianza y confidencialidad necesaria para el trabajo interpersonal del grupo. También se distribuyen los cuadernos grupales, utilizados para rastrear el progreso durante el curso del tratamiento, y se proporciona una visión general de la estructura de la sesión. Las libretas de pacientes juegan un papel importante en el grupo IPT-A: contienen tarjetas de referencia con indicaciones útiles para que los/las adolescentes las usen durante el juego de roles, así como los retratos y círculos depresivos de cada adolescente. Los cuadernos son el foco de una actividad para romper el hielo durante la sesión grupal 1, ya que los adolescentes tienen la oportunidad de personalizarlos. También se utilizan para registrar tareas interpersonales, para que los/las adolescentes practiquen entre reuniones grupales. Se alienta a los miembros del grupo a consultar sus cuadernos para obtener ayuda para identificar cómo sus respuestas

desadaptativas a los eventos interpersonales están vinculadas con sentimientos depresivos, como estado de ánimo triste, anhedonia e irritabilidad.

Durante las sesiones iniciales, los/las adolescentes aprenden que cada grupo tendrá una estructura similar. Las reuniones comienzan con un recordatorio de las sesiones restantes y un breve registro para controlar su estado de ánimo depresivo y sus síntomas, utilizando la escala de calificación de la depresión que se proporciona en los cuadernos de los pacientes. Esto es seguido por una revisión del área problemática de cada miembro, con atención a las dificultades encontradas durante la semana anterior, y destacando las similitudes entre los miembros del grupo. Cada grupo termina con un resumen de los principales puntos de discusión para esa sesión, y con la preparación para la próxima semana.

Las sesiones grupales posteriores se concentran en la discusión de los retratos depresivos (listas de síntomas individualizadas) y los círculos de depresión (análisis funcional de las áreas problemáticas identificadas). Este proceso permite a los/las adolescentes identificar elementos comunes, tanto de su depresión, como de sus dificultades de relación. Los/las terapeutas comienzan a demostrar formas de diseccionar un evento interpersonal, enfocando las dificultades de comunicación que han ocurrido, y haciendo una lluvia de ideas de diferentes estrategias de comunicación y/o resolución de problemas para usar. Los participantes exploran cómo podría experimentarse esta nueva interacción. La mayor parte de la fase media del tratamiento, el grupo se convierte en un laboratorio interpersonal “en vivo”, donde los/las adolescentes pueden practicar compartir sus sentimientos de manera constructiva y escuchar comentarios sobre sí mismos en un ambiente seguro y de apoyo. Los/las terapeutas deben aclarar y dilucidar los conflictos mediante un microanálisis de comunicación, al mismo tiempo que brindan consuelo y apoyo a las incursiones tentativas de los/las adolescentes en estilos interpersonales nuevos y más adaptativos. Los ejemplos de habilidades incluyen, encontrar el momento adecuado para iniciar una discusión o negociación importante, expresión y comunicación de sentimientos de una manera constructiva positiva, escuchar positivamente a los demás, aprender a ver la perspectiva de los demás y aprender a negociar y desarrollar una solución de compromiso. Se incluye el uso de tarjetas visuales con consignas pegadizas para apoyar estas prácticas, presentes en los cuadernos de IPT-AG. Los/las terapeutas ayudan a los/las adolescentes a

identificar aspectos críticos de la resolución de conflictos, como el tiempo y la empatía. A lo largo de la vida del grupo, se alienta a los/las adolescentes a consultar sus cuadernos mientras hacen juegos de roles. A los/las adolescentes se les da el papel de entrenador o participante. Se instruye a los/las entrenadores/as para que sostengan las tarjetas de referencia pertinentes para ayudar a los participantes a recordar qué enfoque puede ser más productivo en la situación del juego de roles. También, los/las adolescentes aprenden una mayor empatía al darse comentarios directos y de apoyo, sobre los estilos interpersonales desadaptativos.

Las estrategias utilizadas para esta fase de tratamiento incluyen: facilitar (en los/las participantes) el nivel apropiado de auto-revelación para ayudar a cambiar los comportamientos / comunicaciones, conectar las situaciones de los miembros individuales con las de otros/as en el grupo, identificar y practicar nuevas habilidades interpersonales dentro y fuera del grupo entre sesiones, y alentar la observación del comportamiento dentro y fuera del grupo. Los/las terapeutas se esfuerzan por mantener la motivación con la tarea. Dado que los grupos consisten en adolescentes con diferentes áreas problemáticas, el trabajo terapéutico de los/las terapeutas debe enfatizar las estrategias y habilidades interpersonales y comunicativas generalizables, aplicándolas a las áreas problemáticas específicas de los miembros. Un desafío de la fase intermedia es garantizar que los miembros tengan el mismo tiempo de intervención y no permitir que los/las adolescentes más conversadores/as dominen el espacio terapéutico con la exclusión de los otros miembros del grupo.

Las áreas problemáticas se abordan de manera similar en la modalidad grupal y en el tratamiento individual, excepto en el área del duelo. Exponen los autores que el duelo patológico puede ser difícil de tratar en un grupo heterogéneo (Mufson L, Gallagher, Dorta, & Young, 2004). Explican que la muerte de un ser querido durante la adolescencia puede situar a la/el adolescente afectado/a a una nueva fase de desarrollo que incluye una aguda conciencia de la mortalidad, una vivencia poco común para la mayoría de los/las adolescentes, y que esto pueda servir para separar a la/el adolescente afectado de sus compañeros/as de una manera que sea difícil de conciliar en un entorno grupal. En este sentido, se recomienda tener un grupo separado para adolescentes con situaciones de duelo.

Los autores también apuntan que, si un/una adolescente informa una ideación suicida durante la sesión grupal, uno de los/las terapeutas se reúne con el/la adolescente

inmediatamente después del grupo para evaluar la ideación suicida y determinar si el adolescente puede regresar a su domicilio de manera segura. Si la ideación suicida es continua pero pasiva y el/la adolescente valora que no está presente el temor a una actuación de la misma, el/la adolescente generalmente es derivado para terapia o medicación individual complementaria. Si existen problemas de seguridad, el/la adolescente se retira de la participación en el grupo y se lo deriva a un nivel de atención más intensivo, como la intervención en crisis y la posible hospitalización. Se ayuda a los miembros restantes del grupo a comprender y procesar dichos eventos.

Las sesiones grupales finales están diseñadas para darles a los/las adolescentes la oportunidad de discutir sus sentimientos acerca de terminar sus relaciones con los terapeutas, así como sobre terminar o cambiar la naturaleza de sus relaciones entre ellos/as. El objetivo es enfocarse en reforzar su adquisición y uso exitoso de nuevas estrategias interpersonales, tanto dentro como fuera del grupo. Los/las terapeutas enfatizan el desarrollo de la competencia y la independencia en lugar de fomentar una relación más dependiente. Negociar cuál será la relación de los miembros del grupo entre ellos/ellas después del tratamiento es una experiencia única de la terapia grupal, y la decisión puede variar con las diferentes personalidades del grupo. Es una oportunidad importante para que los/las adolescentes practiquen el fin de las relaciones de una manera positiva y autoafirmativa, en lugar de evitarlas de una manera autodestructiva. El trabajo de los/las terapeutas es ayudar a los/las adolescentes a reconocer y sopesar los beneficios y los riesgos de cualquier decisión que tomen sobre el contacto futuro y dar la oportunidad a los miembros del grupo de expresar sus preocupaciones.

El tratamiento también incluye una sesión familiar a mitad del tratamiento, con cada adolescente y sus padres, y otra sesión familiar al final. Si el adolescente parece tener dificultades para implementar nuevas estrategias y habilidades en el entorno familiar, la sesión familiar intermedia brinda una oportunidad para que el/la adolescente practique las habilidades recientemente identificadas con sus padres, en un entorno de apoyo. La sesión al finalizar el tratamiento, tiene el objetivo de revisar el progreso de la/el adolescente y el estado clínico actual, y discutir la necesidad de un tratamiento adicional, la posibilidad de episodios futuros y cómo manejarlos. El número de sesiones colaterales es limitado porque la

experiencia clínica sugiere que los/las adolescentes con frecuencia prefieren trabajar individualmente, así como, que gran parte del trabajo se puede lograr trabajando con los/las adolescentes en el grupo, y pidiéndoles que apliquen estas habilidades en el entorno familiar.

Tras plantear, de forma resumida, el desarrollo de ambos formatos, podemos destacar los aspectos comunes a ambos:

- Como núcleo de la intervención, proponen que el espacio grupal sea un contexto seguro para que los/las adolescentes desarrollen interacciones entre ellos, dirigidas a explorar y ensayar nuevas formas de relación que les permitan mejorar la comunicación, tanto con iguales como en otros contextos como el familiar, y que esto les permita mejorar su estado de ánimo. Para ello utilizan procesos inherentes a la terapia de grupo como fomentar el modelaje de conductas entre pares, practicar en vivo las destrezas interpersonales y comunicacionales, dar y recibir retroalimentación (centrada en las características de los comentarios que intercambian los participantes), y usar refuerzos positivos entre los miembros del grupo.
- Tienen como objetivo, el impacto a dos niveles, en la formación de síntomas y en el funcionamiento social, excluyendo otros niveles que tienen que ver con la patología del carácter o personalidad subyacente. Se promueve aumentar la comprensión de la naturaleza de la depresión en adolescentes y padres, a través de un proceso que se centra en tareas psicoeducativas inicialmente, y que promueve, progresivamente, aumentar los aspectos experienciales de la interacción entre los participantes (de una forma más intensiva en IPT-AG que en TCC).
- El estilo de los/las terapeutas es directivo y activo: psicoeducación, asesoramiento, establecimiento de límites, refuerzo positivo en la realización de las tareas y promover la realización de las mismas.
- Se subraya que el grupo es un contexto, no solo bien aceptado, si no buscado por los/las adolescentes para poner en marcha nuevas alternativas en la comunicación y habilidades de relación. No obstante, tanto de forma estructural (en IPT-AG), como para afrontar las dificultades en la participación activa (en TCC), proponen sesiones

individuales y con los padres para favorecer la identificación de dificultades (IPT-AG), el establecimiento del “rapport” (en TCC), y valoración de eficacia del tratamiento respecto a la sintomatología depresiva (ambas).

- Proponen el uso de materiales intermedios para favorecer “romper el hielo”, en la fase inicial, para recordar lo trabajado a lo largo de las sesiones, tanto para practicar fuera de las sesiones como en el desarrollo de los juegos de rol.
- Se considera favorable la participación de los padres en diferentes momentos para apoyar la adherencia al tratamiento, y favorecer la puesta en marcha de las nuevas habilidades relacionales en el contexto familiar.
- Se realiza con el/la adolescente un entrenamiento para identificar la sintomatología depresiva en la fase inicial, valorar su evolución y factores que influyen en su intensificación (sobre todo de tipo cognitivo, conductual y relacional).
- Plantean que el formato sea intensivo y focalizado, con finalización anticipada. Se abordan las ventajas de dicha propuesta, en relación a la más frecuente e intensiva participación. El número de sesiones que se plantea y su frecuencia son similares , 12-14 sesiones de frecuencia semanal, siendo la duración del tratamiento 3-4 meses.
- También exponen las dudas en relación a las sesiones de recuerdo y/o la continuidad del tratamiento en relación a las recaídas.
- En la fase de finalización en ambos, se realiza una evaluación del progreso alcanzado, junto con la identificación de los logros y fortalezas de los/las participantes, y se recuerdan los síntomas de alarma de posibles recaídas.

Así, desde la perspectiva de la Teoría del Apego, los enfoques cognitivo-conductual e interpersonal desarrollan ampliamente la necesidad de generar un contexto / laboratorio para ensayar alternativas relacionales centradas en las dificultades de los individuos inseguros con la autorregulación conductual: relativa incapacidad para crear planes efectivos, organizar esfuerzos para resolver problemas, inhibir las tendencias de acción que interfieren en la consecución de objetivos o dificultad para desconectarse de objetivos imposibles de lograr, que conducen a experiencias repetidas de frustración, fracaso y angustia en las relaciones cercanas. Estas experiencias hacen que las personas inseguras tengan dudas sobre su identidad y baja autoeficacia para hacer frente a las tareas de la vida exigentes. Pueden

convertirse en víctimas de un ciclo de autocumplimiento y auto amplificación en el que los problemas en la autorregulación refuerzan los modelos negativos de uno mismo, y exacerbando las dificultades en la regulación de las emociones, lo que a su vez hace que las personas inseguras sean cada vez más vulnerables a los trastornos psicológicos. También el ciclo destructivo se intensifica por los problemas de las personas inseguras en la regulación interpersonal (Mikulincer, M., & Shaver, 2016a). La falta de sensibilidad interpersonal y los problemas para resolver conflictos y mantener un equilibrio flexible entre la preocupación personal y la preocupación por los demás, tienden a erosionar la calidad de la relación y engendrar inestabilidad y, en algunos casos, violencia (Mikulincer, M., & Shaver, 2016c). Es por ello que, aunque se mantiene el propósito de que el grupo terapéutico se vaya configurando como un lugar seguro en el que ir exponiéndose y ensayando otras formas de actuación, también se va a priorizar la reflexión sobre los ciclos destructivos que afectan de forma intensa al estado de ánimo y la relación con las experiencias interpersonales actuales y también pasadas (a diferencia del formato interpersonal). La ventaja es que ese pasado es cercano, y que en esta etapa, la revisión de dichas relaciones es parte del proceso necesario para generar una identidad propia. Ambos aspectos van a facilitar el desarrollo del proceso terapéutico para la revisión del modelo operativo de forma reflexiva (o lo más reflexiva posible).

Con todo ello, volviendo al enfoque propuesto por autores como Wallin (Wallin, 2007b), sobre las necesidades del contexto terapéutico desde la perspectiva de la Teoría del Apego, subrayar que es en el espacio intersubjetivo de la interacción terapéutica donde nuestros/as pacientes pueden aprender, por excelencia, a tener una mejor relación con los demás y también con sus propios sentimientos. Para este autor, es clave para el resultado del desarrollo del proceso, la calidad de la comunicación afectiva en la relación. Esto lleva a plantear nuevas cuestiones para el desarrollo del proceso como ¿En qué medida dicha comunicación permite que los participantes se sincronicen para experimentar un sentido de reconocimiento mutuo y "ajuste"? ¿A qué señales afectivas del niño/a (o adolescente) responden los padres (o el/la terapeuta) de manera sintonizada y colaborativa? ¿Y qué señales afectivas son ignoradas, mal interpretadas o desalentadas? .

Wallin plantea ampliamente (Wallin, 2007d) que, una de las ideas de la investigación de la Teoría del Apego con las implicaciones más significativas para la psicoterapia, es que la experiencia afectiva **no verbal** dentro de un contexto de apego, constituye el núcleo original del ser. Este es el mismo contexto que da forma a la postura del yo hacia la experiencia, que a su vez puede ejercer una influencia decisiva en el desarrollo, particularmente frente a circunstancias adversas. Explica que, debido a que nuestras primeras experiencias relacionales se viven principalmente fuera del dominio del lenguaje, nuestras internalizaciones cruciales de las relaciones tempranas se registran como representaciones, reglas y modelos que no se pueden recuperar lingüísticamente. Para que estas representaciones difíciles de alcanzar se modifiquen más tarde, para que los modelos de trabajo antiguos se actualicen, se debe acceder a ellas, es decir, participar de manera experimental. En la terapia, tales representaciones en el/la paciente, a menudo se vuelven accesibles sólo si se comunican a través de canales distintos a los verbales. Por lo tanto, un enfoque en los ámbitos de la experiencia preverbal, no verbal y paraverbal se hace necesario, tanto para dar sentido al aprendizaje original que ocurrió en las primeras relaciones de la/el paciente, como para facilitar el reaprendizaje que puede ocurrir en la nueva relación con el/la paciente en el contexto terapéutico.

Para esta labor es importante plantearse que las relaciones entre padres e hijos/as que fomentan con mayor éxito el apego seguro son inclusivas (Bowlby, 1988; Lyons-Ruth, 1999), lo que significa que los padres hacen el mayor espacio posible para el espectro completo de la experiencia subjetiva del niño. Para generar una relación terapéutica que sea igualmente inclusiva, es decir, para dar cabida a la mayor cantidad de experiencia de nuestros/as pacientes que podamos, debemos prestar atención no sólo a lo que los pacientes nos dicen con palabras, sino también a lo que nos muestran. En los planteamientos de Bowlby, el niño/a integrará sólo lo que su relación de apego puede acomodar, lo cual implica que el niño/a excluirá de la conciencia aquellos pensamientos, sentimientos y comportamientos que corren el riesgo de interrumpir las relaciones de apego, con el resultado de que esos pensamientos, sentimientos y comportamientos permanecerá no solo subdesarrollados y no integrados, sino a menudo sin posibilidad de ser verbalizados. De ahí, el requisito de "escuchar" lo que se comunica de manera no verbal, si queremos involucrar experiencias que los apegos originales del paciente impidieron. Para integrar lo que se ha

disociado o excluido a la defensiva, necesitamos acceder a eso en el paciente que aún no se ha dicho, no se ha pensado y, tal vez, no se ha sentido.

La investigación en neurociencia confirma y elabora la conclusión de la investigación de apego en relación a que los pacientes pueden carecer de las palabras para describir experiencias cruciales por razones de desarrollo (las experiencias ocurridas antes de la adquisición del lenguaje) o defensivas (las experiencias no podían pensarse, sentirse o hablarse sin poner en peligro las relaciones vitales) (Wallin, 2007d). La total dependencia del bebé de la figura de apego, significa que la falta de sintonía crónica, la depresión y la ira por parte del cuidador pueden, en sí mismos, ser experimentados como traumáticos. En este sentido, Schore (Schore, 2002) se ha referido al "trauma relacional" que surge de las experiencias de apego desorganizado y puede producir desórdenes límite y posiblemente psicóticos. Sugeriría además, que muchos de nuestros/as pacientes padecen lo que el psicoanalista Phillip Bromberg (Bromberg, 1998) ha descrito como "islas" de trauma y disociación, cuyo impacto y significado son inicialmente imposibles de expresar con palabras. Los terapeutas deben encontrar maneras de integrar tales experiencias de trauma con el objetivo de que sus efectos destructivos alguna vez se mitiguen.

Junto con los estudios de apego, neurobiología y trauma, hay hallazgos de la ciencia cognitiva que ayudan a aclarar la necesidad de un enfoque terapéutico en la experiencia no verbal. Los científicos cognitivos han identificado dos sistemas distintos de memoria: explícito e implícito. La memoria explícita es más o menos coincidente con nuestra comprensión habitual del término "memoria". Como tal, se puede recuperar y reflexionar conscientemente, es verbalizable y simbólica, y su contenido es información e imágenes. La memoria implícita, por el contrario, es no verbal, no es simbólica y es inconsciente en el sentido de que no está disponible para la reflexión consciente. Su contenido implica respuestas emocionales, patrones de comportamiento y habilidades. Los recuerdos implícitos más importantes implican procedimientos para estar con otros y estar con uno mismo. Tomados en conjunto, estos procedimientos recordados constituyen lo que se ha llamado conocimiento relacional implícito (Karlen Lyons-Ruth et al., 1998; Stern et al., 1998). El conocimiento implícito o procesal constituye la base del modelo de trabajo interno (Wallin, 2007d).

Desde nuestro punto de vista, no se puede obviar lo que esto supone a la hora de operativizar el trabajo terapéutico. Así, aunque no se descarte la posibilidad de iniciar el abordaje grupal con aspectos psicoeducativos, con los que están familiarizados los/las adolescentes, y un rol activo por parte de las/los terapeuta para mantenerse en la tarea de la exploración, se primará la observación de aspectos no verbales de la comunicación, en las múltiples relaciones e interacciones del grupo. Esta tarea, aunque se iniciará y mantendrá por parte de los/las terapeutas, se introducirá también como tarea autoexploratoria a lo largo del grupo (cómo se experimentan las emociones a nivel corporal), incluyendo todo el espectro emocional. Progresivamente, se irá animando a los miembros del grupo a poder realizar estas observaciones en los compañeros. Esta tarea va a ser tan relevante en este formato grupal, como lo es la identificación de la sintomatología depresiva y su ponderación regular, en los grupos IPT-AG. Que uno de los objetivos sea identificar aspectos no verbales, va a tener varias implicaciones en el desarrollo del grupo. Por un lado, que el clima emocional en el grupo puede ser más intenso, al elicitar aspectos emocionales disociados, sean o no de índole traumática. En relación a esta última posibilidad, es necesario aclarar que no es el objetivo del grupo “desenmascarar situaciones traumáticas”, pero la experiencia clínica, en consonancia con las reflexiones de otros teóricos (Lacasa, Alvarez, Navarro, Cruz, & Richart, 2014), nos lleva a plantear de forma abierta que, aunque hayamos realizado una buena historia clínica /entrevista estructurada (incluyendo múltiples informadores), en muchas ocasiones se presentan adolescentes con sintomatología depresiva que no abordan abiertamente (en un registro verbal) experiencias traumáticas, pero sí acceden y se benefician de técnicas de regulación emocional que les ayudan a recuperarse en situaciones de activación emocional (Lacasa et al., 2014). De manera que, pensamos que una aproximación a la identificación de emociones, funciones de las mismas y expresión somática, debe de ser un objetivo a perseguir, tanto para poder desarrollar herramientas de autorregulación (tan importantes como las habilidades de comunicación, lo que decimos a los demás con palabras), como para poder acceder a episodios autobiográficos, que faciliten la reflexión sobre los modelos de relación en el entorno familiar.

En los modelos terapéuticos grupales expuestos, los padres/ cuidadores / tutores realizan una función de apoyo al proceso, y para ello se les convoca de forma estructurada en 3 sesiones a lo largo del modelo IPT-AG. Se espera que se presten a que el/la adolescente

ensaye sus nuevas habilidades sociales con los padres, y se apunta que esta tarea no sea más amplia por la preferencia de los/las adolescentes a practicar en el formato grupal. Pensamos que esto es una “verdad a medias”. Como se apuntaba anteriormente en relación a los estilos comunicativos en adolescentes inseguros, tenemos que los evitativos han perdido la esperanza de un otro receptivo a sus necesidades, y en el caso de los preocupados/ambivalentes, hay una falta de sincronización en relación a la atención a sus demandas. Así, es posible, que dichas sesiones favorezcan una mayor sintonización y sincronización en algunas familias, pero probablemente sean insuficientes para aquellos pacientes en los que estado mental respecto al apego sea de inseguridad, y probablemente por ello se niegan en muchas ocasiones a tener entrevistas conjuntas con los padres, ya que, en cierta forma, necesitan mantener la relación, bien normalizando la escasa comunicación a nivel afectivo, o bien para evitar la conflictiva con alta emoción expresada que inevitablemente se produce en la comunicación familiar ambivalente. Por eso, el contexto del grupo de iguales, puede ser mejor aceptado de forma implícita en muchos casos (ni mucho menos en todos, sobre todo cuando la evitación es muy intensa). No obstante, subrayar que nos parece importante facilitar la reflexión sobre el modelo de cuidados (lo cual no es un objetivo en ninguno de los modelos grupales previos). Y es importante, no solo porque en la adolescencia “esté a flor de piel” la identificación y desidentificación de las figuras parentales (Eddy Yves, 2014; Erikson, 1980, 2011) y sea una tarea que habitualmente los/las adolescentes plantean con frecuencia (hablar de sus padres y su familia). También porque es un momento único para explorar las sensaciones, emociones, pensamientos sobre el efecto de sus experiencias con los mismos y cómo esto influye en sus relaciones presentes. De forma que, aunque el objetivo no es cambiar rasgos / tipo de personalidad, sí se plantea favorecer la reflexión sobre experiencias de cuidados tempranas y su efecto en el estado mental.

Por otro lado, señalar que Wallin, (Wallin, 2007c) también recoge otra idea clave para el desarrollo de la psicoterapia, de autores destacados como Main y Fonagy (Fonagy, Steele, Steele, Moran, & Higgitt, 1991; Main, 1991) que mostraron que la postura del yo hacia la experiencia del pasado y el presente, puede ser aún más influyente sobre el desarrollo del yo que las realidades de la experiencia de apego temprano, como argumentaba inicialmente Bowlby. Así, en la medida en que podamos, no solo tener nuestra experiencia, sino también reflexionar sobre ella, nuestra sensación de seguridad, flexibilidad y libertad

interna mejorará mucho. De manera que, más allá de una postura reflexiva que nos permite dar sentido a los contenidos de la conciencia (sentimientos, pensamientos, recuerdos), es una postura consciente que, potencialmente, nos puede permitir un estado de conciencia tranquila y espaciosa.

Quizás, la búsqueda del espacio grupal seguro por parte de los/las adolescentes, tiene que ver con la posibilidad, no solo de tener la experiencia, si no de aventurarse a reflexionar sobre la misma, con el anhelo de alcanzar una mayor flexibilidad y libertad en experiencias y elecciones futuras, así como una vivencia con menor angustia de lo que habían experimentado previamente. En este sentido, intensificar el foco hacia lo implícito de la relación, hacia lo “no dicho” pero encarnado o actuado, nos puede aproximar a una modificación/flexibilización de nuestro procesamiento procedimental, o dicho de otra forma, a cambios en el patrón con el que interaccionamos con el entorno relacional (y con nosotros/as mismos/as). Focalizar en cambios en el modelo operativo o respecto a estados mentales respecto al apego, desde nuestra perspectiva es un objetivo necesario, tanto para minimizar las recidivas en la etapa, como para promover la prevención en la edad adulta.

Con respecto a los objetivos de la intervención, también nos adherimos a las propuestas en las que se alinean Wallin y Lyons-Ruth y que éste último expresa así: “El proceso lidera el contenido en esta concepción, de modo que no es necesario perseguir ningún contenido en particular; más bien, la ampliación del dominio y la fluidez del diálogo es primaria y conducirá a un contenido cada vez más integrado y complejo ” (K. Lyons-Ruth & Group, 2001; Wallin, 2007d). Así, la ampliación del diálogo afectivo y lingüístico se produce a través de la "improvisación de movimientos relacionales" en el proceso terapéutico (K. Lyons-Ruth & Group, 2001), en lugar del intento deliberado del terapeuta de estructurar el tratamiento. En el contexto grupal, también es deseable que se genere progresivamente un clima en el que los participantes puedan encajar y avanzar hacia objetivos mutuamente sostenidos, cuyo resultado suele ser una experiencia de vitalización que refuerza la sensación creciente de que su relación compartida es valiosa y útil. Las rondas repetidas de improvisación relacional tienden a crear patrones cada vez más efectivos de adaptación que eventualmente llegan a competir con las viejas predisposiciones del paciente y a

desestabilizarlas, generando así la experiencia de posibilidad, flujo y alteración, que es el precursor subjetivo (a menudo inquietante) del cambio.

Si ocurren tales cambios en el conocimiento relacional implícito del paciente repentinamente (en un momento de interacción significativo), o gradualmente (a través de un diálogo continuo que es progresivamente más inclusivo y colaborativo de lo que el paciente espera) su contexto siempre es enactivo (promueve el cambio) e intersubjetivo (Wallin, 2007d).

Para muchos de nuestros/as pacientes, las interacciones tempranas han sido problemáticas, registrándose implícitamente una comprensión desalentadora de uno/a mismo/a y de los/las demás, que no pueden articular fácilmente pero que tampoco pueden evitar representar, a menudo en su propia desventaja. Si estas mismas representaciones autodestructivas ocurren en el contexto del abordaje psicoterapéutico, pueden ser un recurso valioso en la medida en que nos permiten involucrarnos y transformar las representaciones internas, sin palabras, que contienen nuestros pacientes, rehenes del pasado. Pero llegar a los pacientes en estos niveles no verbales, requiere de la/el terapeuta cierta habilidad para comprender el subtexto no verbalizado de la conversación terapéutica, y este va a ser el principal objetivo, de forma diferencial, respecto a los modelos previos de intervención grupal que, si bien no excluyen promover la expresión afectiva, y relacionar las emociones con pensamientos y acciones, lo abordan mayormente desde un enfoque verbal, y no teniendo en cuenta aspectos diferenciales según la perspectiva respecto al apego de los/las participantes. Es muy probable que en la puesta en marcha de abordajes cognitivo-conductuales o interpersonales manualizados, se pongan de manifiesto actitudes o reflexiones similares a las que se plantea en este escrito. Es sin duda lo deseable (que los/las terapeutas se sincronicen y sintonicen con sus pacientes para promover el cambio terapéutico), y es por ello que parece importante dedicarle una reflexión más amplia para hacer una propuesta teniendo en cuenta las características diferenciales según los diferentes estados mentales respecto al apego.

3. PREPARACIÓN DEL GRUPO

Para iniciar este apartado partimos de la base, que el apego inseguro es un factor de riesgo de afectividad negativa, angustia prolongada y psicopatología (Mikulincer, M., & Shaver, 2016b).

Específicamente, el apego ansioso/ambivalente interfiere con la baja regulación de las emociones negativas y alienta la angustia intensa y persistente, que continúa incluso después de que disminuyen las amenazas objetivas (Mikulincer, M., & Shaver, 2016d). Como resultado, las personas de apego ansioso experimentan una corriente inmanejable de pensamientos y sentimientos negativos, que contribuyen a la desorganización cognitiva y, en algunos casos, culminan en psicopatología.

El apego evitativo puede ser también una fuente de problemas emocionales. Aunque las personas evitativas a menudo mantienen una fachada defensiva de seguridad y compostura, bloquean el acceso a las emociones y dejan la angustia reprimida sin resolver, lo que puede afectar su capacidad para enfrentar adversidades inevitables. Este deterioro es particularmente probable durante las experiencias estresantes prolongadas y exigentes, que requieren una confrontación activa de un problema y la movilización de fuentes externas de apoyo. De forma que, es probable que la demanda más activa de atención en Servicios de Salud Mental, sea por parte de individuos de apego ansioso, y solo en situaciones de desgaste intenso en los evitativos. De hecho, en la bibliografía (Allen et al., 1996; Bernier et al., 2005; Cole-Detke & Kobak, 1996; Kobak et al., 1991; Larose & Bernier, 2001; Rosenstein & Horowitz, 1996) ya se recoge la mayor incidencia de trastornos depresivos en dicha población en edad adolescente, y se hipotetiza que no se relacione también con personas con apego evitativo, por la dificultad para identificar malestar emocional /negar el mismo, y la escasa búsqueda de ayuda.

Y en relación a ambos aspectos podemos pensar que, es posible que el reclutamiento de adolescentes que se ha realizado para intervenciones grupales, tanto de tipo cognitivo-conductual como interpersonal, hayan sido de individuos con apego seguro o inseguro

preocupado. Así, incluir en el grupo personas con apego seguro o inseguro de tipo ansioso o evitativo va a condicionar, de forma crucial, cómo se configuren los objetivos del proceso terapéutico por parte del equipo terapéutico, y cómo se enfrenten a su rol como terapeuta, a lo cual se dedicará una sección más adelante.

En los Servicios Públicos de Salud Mental, donde habitualmente se procede realizando una *evaluación clínica* tras la derivación desde Atención Primaria, se valora la presencia de psicopatología que sea objeto de intervención. En la mayoría de los casos se cuenta con la información que facilita alguno/a de los/las cuidadores/as principales, a veces de ambos o de otros familiares y/o del centro escolar en forma de informes de evaluación psicopedagógica o informes sobre observaciones en el ámbito escolar. Dicho proceso es una ocasión única, no solo para valorar la presencia de un cuadro clínico concreto o la presencia de comorbilidad, sino también para valorar la posibilidad de que el/la adolescente se muestre como agente activo sobre su proceso de recuperación. En este sentido se pueden presentar diferentes escenarios:

- En la narrativa del paciente aparecen con fluidez dificultades del ámbito interpersonal que relaciona con cambios en su estado de ánimo y que identifica como problema a abordar. Dicha información también la conocen personas de su entorno y han estado de acuerdo en solicitar ayuda.
- El discurso está centrado en abordar malestar emocional, con escasas conexiones entre emociones, situaciones, relaciones y acciones, y quedando desdibujado el rol que juega en el mismo. Las personas del contexto se muestran desorientadas respecto a cómo intervenir sobre las alteraciones conductuales (autolesiones, heteroagresividad) y los cambios de estado de ánimo, y explicitan que no comprenden cómo se desencadenan.
- Ante las preguntas de la entrevista, el/la paciente niega o minimiza la presencia de malestar (aunque han podido presentarse cambios conductuales como autolesiones, soliloquios, juego compulsivo con videoconsolas) o de cambios en su funcionamiento interpersonal (tendencia al aislamiento e incomunicación), lo cual contrasta con la información recibida a través de otras personas de su contexto relacional (familia, centro escolar), que informan de los cambios conductuales y que se muestran

frustradas por no haber podido acceder a información sobre el desarrollo de las mismas (motivación, contexto emocional e interpersonal).

Apuntar estos tres escenarios, no significa que no haya más o que no sean bien conocidos por los profesionales del ámbito, si no que tiene la función de mostrar que el primero, que es el más deseable y de mejor pronóstico (Mufson L, Dorta, Moreau, & Weissman, 2004), y probablemente el más incluido en los estudios sobre eficacia de tratamientos (son los que se quedan y cumplen con el tratamiento), no son la realidad clínica de la demanda más frecuente, y que consideramos más grave y, por tanto, que precisa de apoyo e intervención terapéutica.

Es por ello que “la preparación del grupo”, va a ser tan importante como el desarrollo del mismo. Esto marca una diferencia importante con las intervenciones evaluadas en ensayos clínicos, en las que la implementación del doble ciego no permite configurar grupos en los que los participantes sean reclutados teniendo en cuenta aspectos vinculares y las necesidades de los mismos.

En el caso del segundo grupo, que caracteriza a adolescentes que probablemente presente una posición respecto al apego **insegura preocupada/ambivalente**, la demanda va a tener características de urgencia y van a ser necesarias *intervenciones previas*:

- 1) que faciliten la regulación emocional por parte de la/el adolescente:
 - i) entrenamiento en relajación
 - ii) técnicas basadas en la atención plena
 - iii) técnicas de imaginación guiada para favorecer la búsqueda de un lugar seguro
 - iv) indicación de tratamiento farmacológico
- 2) entrevistas individuales, que faciliten la identificación de emociones y esquemas afectivo-cognitivo-conductuales que permitan esbozar un foco de tratamiento.
- 3) entrevistas familiares, que permitan una aproximación a la naturaleza de las dificultades y a establecer un plan de intervención conjunta que facilite el apoyo en situaciones de crisis, y que puede incluir los diferentes recursos de atención sanitaria y también los propios recursos de la familia para la regulación emocional en situaciones de conflicto (estrategias para disminuir la tensión emocional y desescalada de alteraciones conductuales). Esto puede generar diferentes respuestas por parte de los cuidadores:

-positiva, al poder realizar secuencias de actuaciones e identificar y regular estados emocionales de disconfort, con la consecuente sensación de autoeficacia que mitiga la intensa sensación de impotencia en la comunicación experimentada previamente.

-negativa, al experimentar las propuestas como un intento de implicación a los cuidadores en el proceso de recuperación, lo cual es rechazado de forma directa, como un movimiento defensivo, en el que enfrentarse a regular su propio estado emocional es vivido como una amenaza. Como establecer una alianza de trabajo es una prioridad desde este enfoque, se subrayará la presencia de elementos externos (atención ambulatoria, Servicio de Urgencias, tratamiento psicofarmacológico) como dispositivos de apoyo para las situaciones de crisis.

En relación al tercer escenario, adolescentes **evitativos/as**, que terminan en Salud Mental llevados por otros/as, y por la repercusión acumulativa de sus síntomas, la *intervención inicial* se centrará en :

-entrevistas individuales, centradas en valorar posibles factores estresantes que influyen en la situación de crisis actual . Para ello, será necesario conectar la información facilitada por el contexto cercano con los aspectos biográficos que facilite el paciente, procurando generar alternativas de estados emocionales con los que se pueda ir identificando el/la paciente. Puede ser una tarea ardua para el terapeuta, ya que es “poner palabras” y generar hipótesis con, probablemente, escaso feedback por parte de la/el paciente. Estar muy atentos/as al lenguaje no verbal (mayor tensión, gesto de sorpresa o de tristeza) puede facilitar una mayor sintonización con el/la paciente, lo cual va a favorecer que progresivamente la exposición sea mayor.

-entrevistas familiares, que faciliten un contexto en el que identificar el malestar de la/el adolescente, disminuir el nivel de exigencia e hipercrítica en relación al funcionamiento de diferentes aspectos pero, sobre todo, respecto al desempeño escolar. También explorar alternativas para disminuir la situación de aislamiento.

En estas entrevistas también va a ser fundamental observar disonancias entre el lenguaje verbal y no verbal, y la reacción que genere en los/las demás participantes a lo largo de la entrevista. Así por ejemplo, el gesto de sorpresa y preocupación de un padre/madre al

escuchar sobre la angustia que le ha generado a su hijo/a el establecimiento de un castigo de forma amenazante, y el efecto en la evaluación de su conducta a lo largo del tiempo (intensos sentimientos de culpa y minusvalía si no alcanza logros de elevadas expectativas), abre la ventana a la experiencia de cercanía emocional. Esta opción de acercamiento emocional puede que sea:

-valorada positivamente, como una oportunidad no experimentada en el pasado y que puede favorecer el desarrollo de un comunicación más fluida y cercana.

-valorada negativamente, como un intento de implicación a los cuidadores en la génesis de la problemática, lo cual es rechazado de forma directa, como un movimiento defensivo en el que, contactar con aspectos emocionales de la experiencia, puede ser vivido como una intensa amenaza. Como priorizar el establecimiento de una alianza de trabajo sigue siendo el objetivo inicial, se continuarán las entrevistas valorando aspectos cognitivos y conductuales en los que sea posible ir ofreciendo alternativas terapéuticas y/o de apoyo (coordinación con centro escolar para realizar plan ante conductas desadaptativas y adaptaciones curriculares; valorar de forma conjunta alternativas de ocio compartido para disminuir aislamiento; ajustar expectativas sobre el rendimiento escolar en situaciones de crisis...).

Tras la implementación de una fase destinada a la estabilización sintomática (el número de entrevistas individuales y familiares puede ser variable en relación a la intensidad de la sintomatología), es posible que la demanda de atención no sea tan activa pero también se habrá generado la oportunidad de establecer una alianza terapéutica con el/la adolescente y su familia, que facilite sostener la intervención durante la fase grupal. Es probable que, en el abordaje interpersonal, la fase inicial de identificación de síntomas depresivos y de pauta interpersonal a través del inventario interpersonal, así como una entrevista familiar para mejorar la comprensión de las dificultades y apoyar en el proceso de intervención (como formato previo a la intervención grupal) tenga también la función de generar una alianza de trabajo, necesaria para la fase posterior de exposición interpersonal. No obstante, el contenido de las mismas en nuestro enfoque, tiene una doble función:

-Poner el foco en el efecto de estados emocionales sobre pensamientos y conductas y alternativas para su regulación a diferentes niveles (corporal, cognitivo y conductual).

-Desplazar el foco de un proceso de crisis individual a familiar, en el que es preciso que se mejoren los recursos para la regulación emocional a nivel familiar y también para la comunicación. Este es un aspecto diferencial, ya que desdibuja el rol de enfermo y la identificación de un cuadro clínico concreto. El objetivo de ésta última (en otros modelos) es la prevención de futuras recaídas pero, en nuestra opinión, favorecer una actitud reflexiva sobre el proceso de enfermar (que en un alto porcentaje de casos es comórbido) (Angold A, Costello, & Erkanli, 1999; Copeland et al., 2013; Garber, J., Quiggle, N., Panak, W., & Dodge, 1991; Von Klitzing et al., 2014), es el factor protector a priorizar.

En ambos casos, si la valoración de las entrevistas familiares es positiva, se estará en situación de proponer un trabajo más intensivo a nivel interpersonal a la/el adolescente y su familia, con el objetivo de continuar ampliando su visión sobre las dificultades interpersonales y los cambios presentes en la etapa y posibles alternativas para gestionarlos. Si la valoración de las entrevistas familiares es negativa (con mayor tendencia a la externalización), en el caso de los adolescentes con una posición respecto al apego de tipo inseguro preocupado, probablemente perciban la incorporación al grupo como un escenario temido y deseado a la vez, por lo que será preciso reasegurar el contexto de seguridad, y establecer un plan de crisis según el cortejo sintomático (ansiedad, disociación, autolesiones, ideación autolítica), ya explorado y abordado en las primeras entrevistas. En el caso de los evitativos, cuando se ha presentado una marcada dificultad en las primeras entrevistas para establecer conexiones emocionales respecto a aspectos autobiográficos, es probable que el contexto grupal sea un escenario muy exigente, y que sea necesaria una intervención individual y familiar más prolongada hasta poder proceder a la derivación a grupo.

Posteriormente, a la hora de configurar el grupo y las tareas del mismo, habrá que tener en cuenta el resultado de estas intervenciones iniciales.

4. PREPARACIÓN DE LOS TERAPEUTAS

Para enfrentar la tarea como terapeutas, parece relevante abordar los diferentes tipos/niveles de objetivos durante el proceso de intervención, como proponen investigadores de la psicoterapia como J.Holmes (Holmes, 2009) :

-Objetivos relativos al resultado: reducción de síntomas, maduración de la personalidad, capacidad para formar relaciones íntimas menos problemáticas, aumento de la autonomía, reducción de la dependencia de los servicios médicos y una sensación de libertad e identidad interior fortalecida.

-Objetivos de proceso: recursos técnicos necesarios para alcanzar dichos objetivos, como serían, desde la orientación psicoanalítica, la formación de alianzas de trabajo, el mantenimiento de límites, proporcionar un espacio apropiado, aceptar nuevas interpretaciones y elaborar y afrontar la finalización.

-Objetivos estructurales: se centran en la conexión entre las finalidades del proceso y los resultados deseados, como por ejemplo, la forma en la que influye el establecimiento de un medio seguro en la reducción de síntomas, o la relación sintonizada en la mejoría de las relaciones íntimas, o cómo reducir la disociación o la tendencia a la identificación proyectiva.

Estos tres niveles también pueden ser visualizados como diferentes marcos temporales durante el tratamiento. Los objetivos relativos a los resultados se consideran macro-objetivos, porque se refieren al curso completo de la terapia, e incluyen también “los efectos durmientes”, que se expanden una vez terminada la terapia. Los objetivos estructurales son objetivos medios: cambios mes a mes en el mundo interior del paciente que la terapia espera alcanzar. Los objetivos del proceso pertenecen al micronivel, concretándose en las diferentes actividades terapéuticas y su efecto.

Así, los objetivos relativos al resultado, no son los únicos a tener en cuenta en la intervención, y nos vamos a detener en cómo potenciar la consecución de objetivos de proceso(en la descripción de la organización de las sesiones) y estructurales (a continuación).

4.1. Alianza terapéutica

Ya se ha comentado, en la fase de preparación del grupo, que establecer una alianza de trabajo va a ser una prioridad. Desde la perspectiva del apego, la actitud terapéutica está centrada en mantener una relación sintonizada y transformadora, que implica:

- Comunicación colaboradora y contingente (es decir, que atienda en el momento a la necesidad).
- Sintonización del estado psicológico.
- Interacciones mutuamente compartidas, que requieren amplificación de estados afectivos positivos y reducción de los negativos.
- Reflexión sobre los estados mentales de seguridad que permitan la modulación emocional y las expectativas positivas para las futuras interacciones.

También hay que añadir, que las relaciones entre adolescentes adquieren, de forma progresiva y crítica las funciones de apego, incluso si tales funciones no son realizadas ni tan sincrónica ni tan intensamente como lo fueron en las relaciones anteriores con los padres. Esto implica la necesidad de observar y trabajar sobre los aspectos de la conducta de apego que se trasladan más tempranamente entre los adolescentes, y de las situaciones en que se producen transiciones precoces (o se retrasan) en este “uso” de los compañeros para servir a las necesidades de apego (Allen, 2008; Allen et al., 1996; Larose & Bernier, 2001).

Todo esto implica que el equipo terapéutico va vincularse de forma múltiple durante el proceso, con el/la adolescente, con sus padres y con el grupo, para proporcionar la contención y regulación necesarias para que el clima de las intervenciones favorezca la participación activa en el proceso. Así, con el objetivo de mantener la adherencia durante el proceso de intervención grupal, se contactará con el/la adolescente y su familia en caso de ausencia y se informará de la siguiente sesión. En periodos en los que se pierda la periodicidad (vacaciones, puentes) habitual (semanal o quincenal), se realizará un recordatorio a todos los miembros del grupo para favorecer la continuidad de la participación. Aproximarnos o interesarnos por

ellos en estos momentos, va a favorecer la sintonización en el proceso de atención. En esta línea, es importante subrayar que, tanto en estos contactos extragrupo, como en el curso del abordaje, la actitud de los terapeutas va a ser intentar comprender las dificultades para acudir o para participar en el proceso, y de facilitar alternativas para mantener la continuidad en la participación. Se recomienda evitar conductas de reproche o subrayar de forma repetida las normas, ya que ambas actitudes podrían resultar persecutorias e hipercríticas para los participantes.

4.2. Establecimiento de un medio seguro

Como en otras modalidades grupales, en el momento en el que se esté abordando la idoneidad de realizar el abordaje grupal, se ofrecerá toda la información que sea precisa en relación al marco temporal del desarrollo del grupo (frecuencia y duración de sesiones, inicio y finalización del grupo y, si es posible, calendario con fechas).

Sobre los objetivos del grupo para los participantes, estaremos en situación de enunciar que, en el contexto de la intervención psicoterapéutica grupal, se ofrece una posibilidad única de :

-identificar estados emocionales y el efecto sobre la forma de actuar y pensar, así como de identificar pensamientos y sus efectos sobre el estado emocional y la conducta. Y también, cómo conductas que realizamos nos hacen sentir y pensar de determinadas formas sobre nosotros mismos. De forma que, dedicar un tiempo a realizar esta tarea es muy importante para conocernos más a fondo y, valorar si hay aspectos que queremos modificar para sentirnos menos angustiados y deprimidos, y más satisfechos con nosotros mismos y con nuestras relaciones.

-poder valorar cómo otros/as se parecen y son diferentes, en esa forma de experimentar sus emociones, pensamientos y formas de actuar, y cómo esto nos puede impulsar a valorar otras alternativas posibles a la hora de afrontar situaciones o resolver conflictos.

El primer objetivo se ha comenzado a trabajar en las entrevistas individuales y familiares y plantear la continuidad del mismo en el contexto grupal, puede generar incertidumbre y miedo (al generarse la expectativa de mayor exposición). Por ello, va a ser fundamental subrayar que, las aproximaciones al resto de miembros del grupo van a ser progresivas, y que el equipo terapéutico va a cuidar que se mantenga un clima de respeto mutuo.

En la literatura (Baruch, Gerber, & Fearon, 1998b) se presentan estudios, en cuyas conclusiones se subraya que el enfoque terapéutico es importante para minimizar interrupciones en el tratamiento, de forma que es probable que los adolescentes continúen en el mismo si se opta por un enfoque de apoyo y en menor grado por un enfoque interpretativo. Se sugiere (Baruch, 1997), que las posibilidades de participación mejoran cuando, en lugar de la interpretación, el enfoque terapéutico se centra en ayudar a los adolescentes jóvenes a comprender la naturaleza del entorno terapéutico y desarrollar ciertas capacidades cognitivas para reconocer e identificar el significado de sus sentimientos y cómo sus sentimientos se relacionan con sus acciones. Así, ir facilitando elementos para aproximarse a esta tarea va a ser fundamental en la fase inicial, en la que se va a promover la comprensión del contexto del grupo terapéutico como un contexto seguro en el que poder experimentar y reflexionar.

También hay que tener en cuenta que, en muchas ocasiones la tensión entre el impulso del desarrollo del adolescente para ganar autonomía y el funcionamiento del sistema de apego, da lugar a importantes diferencias individuales en cómo se maneja esta tensión, generando situaciones de crisis cuya expresión sintomática suele ser de alta intensidad (en forma de crisis de ansiedad de repetición, auto o heteroagresividad, ideación suicida, desconexión del medio). Esto va a requerir (como ya se ha expuesto anteriormente), el establecimiento de planes de crisis para generar un entorno de seguridad, en el que se puedan establecer las condiciones en las que se van a ir realizando las intervenciones terapéuticas que permitan la disminución progresiva de la intensidad en la presentación de dicha tensión. Se ofrecerá la posibilidad de salir del grupo, con acompañamiento, si se presenta una situación de crisis, para poner en marcha un plan de recuperación (y posteriormente valorar la posible reincorporación al ambiente grupal). Que se produzcan estas crisis en el contexto terapéutico grupal va a generar un alto impacto emocional en los diferentes participantes y en el equipo terapéutico, por lo que es importante que se haya establecido con anterioridad

cómo afrontar las mismas (tanto desde el equipo terapéutico como con el/la paciente). Es posible, como ya se ha mencionado con anterioridad, que puedan presentarse situaciones de desregulación emocional y/o disociación por conexión con experiencias traumáticas, no contempladas con anterioridad, y por ello es necesario establecer un marco general, en el que plantear la posibilidad de un acompañamiento en situación de crisis sea una premisa conocida por todos. Es relevante también abordar esta posibilidad a nivel grupal, por otras cuestiones relativas a los objetivos de estructurales:

- subraya una relación de cuidado con cada uno de los miembros, así como con el desarrollo del grupo y la integración de los miembros en todos los aspectos de su experiencia.

- genera esperanza respecto a la posibilidad de la recuperación.

- señala la posibilidad de reparar la alianza, lo cual es fundamental para la auto-estima y para el funcionamiento interpersonal efectivo.

4.3. Establecimiento de un medio para la reflexión y la exploración

El equipo terapéutico va a tener presente que, a lo largo de las sesiones en las que se trabaja con materiales intermedios y tareas, progresivamente se va a intentar promover :

- El trabajo del foco no verbal o sobre el estado emocional, a través de la percepción de cambios en las expresiones faciales, contacto ocular, tono de voz, movimientos corporales y temporalización de respuestas, ritmos e inflexiones del habla y el comportamiento: estos son los elementos que componen lo que es esencialmente un medio de comunicación cuerpo a cuerpo.

Para recibir las comunicaciones no verbales del paciente debemos aprender a reconocer sus repercusiones dentro de nosotros mismos.

Una vez que lo hagamos, puede ser vital en ciertos momentos revelar deliberadamente a nuestros pacientes lo que creemos que se ha evocado en nosotros. En otras ocasiones,

podemos utilizar nuestra conciencia de lo que se ha evocado para desarrollar y transmitir una comprensión más profunda de la experiencia del paciente. Nuestros/as pacientes a menudo evocarán en nosotros lo que no pueden comunicar a través del lenguaje, excepto quizás el lenguaje del cuerpo, y es por ello que, en algunas situaciones grupales necesitan vernos luchar con éxito para soportar experiencias que ellos han encontrado insoportables (Wallin, 2007d).

Los impactos del trauma agudo y el *apego desorganizado* son frecuentemente somáticos. Oscilan entre una hiperactivación abrumadora y una disociación adormecedora, ya que tienen enormes dificultades con la regulación del afecto. Presentan problemas para traducir las sensaciones somáticas en sentimientos que pueden articular y usar para guiar la acción apropiada. La facilidad con la que se pueden activar de forma autónoma les dificulta pensar y sentir; en cambio, niegan y disocian. Los estudios neurobiológicos muestran que los pacientes con antecedentes de trauma han aumentado la reactividad en la amígdala y la actividad correspondientemente disminuida en la corteza prefrontal (Rauch et al., 2000; Shin et al., 2004). Es como si el cuerpo recordara demasiado bien las agonías que registró en el pasado, y ahora reacciona como si las dificultades cotidianas pudieran ser desastres que amenazan la vida. Gran parte del trabajo con estos pacientes implica el esfuerzo de reconocer, tolerar y etiquetar los estados somáticos para que las sensaciones corporales puedan vincularse con las emociones y las emociones con los contextos que las provocan. Así, el camino para afectar la regulación y la integración de la experiencia disociada, generalmente, comienza con el cuerpo (Wallin, 2007d).

A diferencia de los pacientes que cambian entre hiperactivación del sistema nervioso simpático y desactivación parasimpática, se encuentran aquellos en un estado mental desagradable con respecto al *apego(avoidance)*. Esos pacientes permanecen más bien inexpresivos, pareciendo rígidos en la postura e impasibles de comportamiento, sus voces tienen poca inflexión. Los/as terapeutas con pacientes inhibidos pueden necesitar estar especialmente en sintonía con sus propias sensaciones corporales: tensión, constricción, somnolencia, etc. A menudo, las reverberaciones de las propias emociones rechazadas de los pacientes, o las defensas contra ellas, se registrarán primero en el cuerpo del terapeuta. En la

intervención con estos pacientes, son precisamente sus sentimientos, impulsos y necesidades relacionados con el apego los que deben reintegrarse.

Por otra parte, están los/as pacientes con una fuerte inclinación en la dirección de la regulación interactiva(*ambivalentes*), en lugar de la autorregulación. Son los/as que vigilan atentamente cada una de nuestras respuestas y/o parecen depender completamente de nosotros para ayudarles a manejar sus sentimientos difíciles. Se describirían como preocupados/as por la disponibilidad de la figura de apego (o, más precisamente, su temor a la falta de la misma). Se comportan como si no tuvieran esperanza, tanto para aliviar su angustia por su cuenta como para la posibilidad de buscar ayuda sin hacer que su angustia sea abrumadoramente obvia para los demás. El problema para estos/as pacientes (y sus terapeutas) no es su dependencia per se. En cambio, es el hecho de que su necesidad de otros moviliza su atención tan a fondo que tienen pocas oportunidades de conocer y utilizar sus propios recursos y deseos. Lo que necesita reintegrarse en estos/as pacientes es su capacidad de vivir, por así decirlo, dentro de sí mismos/as en lugar de sentir que su centro de gravedad se encuentra fuera de ellos, en las mentes y las reacciones de los demás (Wallin, 2007b).

Centrarse en el dominio no verbal puede permitirnos conectarnos con facetas del yo de la/el paciente que nunca se han integrado y no se pueden articular. Al darnos cuenta de lo que el paciente representa con nosotros, evoca en nosotros o encarna, tenemos la oportunidad de comenzar a saber algo sobre el "conocimiento no pensado" e, idealmente, nuestras respuestas al paciente pueden permitir que esa experiencia y conciencia se profundicen.

-El *estilo elaborativo del discurso* o "*verbalización de la memoria*", que consiste en hablar sobre percepciones, recuerdos y contenidos imaginarios, con el objetivo de fomentar los procesos de memoria y auto-reflexión. También se fomenta hablar sobre las características del estado mental del otro: pensamientos, sentimientos, intenciones, creencias y percepciones.

Un elemento central de esta tarea es la postura mentalizadora del terapeuta que fomenta la propia capacidad de mentalizar del paciente. La mentalización, implícita y explícitamente, es clave para integrar las experiencias disociadas del paciente a las que se ha accedido mediante un enfoque en el ámbito no verbal.

De forma específica se potencia el desarrollo de la capacidad de mentalización explorando respecto a:

- Contexto: cuándo y con quién cambia la capacidad de mentalizar: cambios de estado mental en la narración del paciente o durante el grupo.
- Dimensiones: valorar dimensión(es) de la capacidad de mentalizar a la que se hace referencia:
 - Automática (implícita, en el desarrollo de tareas y actividades terapéuticas) o controlada (explícita, en el desarrollo de nuevas narrativas).
 - Basada en lo interno o basada en lo externo (recuerdos vs experiencias del aquí y ahora).
 - Cognitiva o afectiva: mentalización de afectos .
 - Sobre sí mismo o sobre otros (tanto en contexto individual como grupal).

Los modelos de trabajo dependen del estado, es decir, emergen o se activan según las circunstancias, tanto internas (por ejemplo, un estado de ánimo deprimido) como externas (por ejemplo, una situación estresante). Al describir la trayectoria evolutiva que resulta en una falla en la integración de los sentidos múltiples del yo, los teóricos relacionales, de acuerdo con los investigadores de la teoría del apego, sugieren que las experiencias que no se pueden acomodar en nuestras relaciones más significativas tienden a ser disociadas y no desarrolladas. En lugar de estar “olvidadas”, están relegadas al borde mismo de la conciencia. Allí permanecen como partes no deseadas o desconocidas del yo hasta que, en el contexto de un nuevo estado mental determinado por un conjunto diferente de circunstancias, lo que antes era periférico ahora se vuelve central (Bromberg, 1998; Davies, 1998; Stern, 2002; Wallin, 2007a).

De manera que la función del equipo terapéutico es múltiple: no solo brinda seguridad y nutrición (metabolizando aspectos no verbales en la interacción) a través de un proceso de sintonía empática y apego, sino que desafía los viejos sistemas de creencias y los viejos patrones de visión y estar en el mundo cuando estos se activan en el contexto terapéutico. El énfasis en el desarrollo de estas funciones a lo largo del proceso, en lugar de plantear objetivos más específicos, tiene como finalidad, el desarrollo de objetivos intermedios de fomento de las capacidades de intimidad (evitativos) y autonomía (ambivalentes), y de la elaboración de una narración terapéutica auto-reflexiva, en la cual el dolor se contenga y se traslade a un sistema de memoria accesible. Nuestra mejor esperanza para una comprensión útil aquí, radica en nuestra disposición a examinar no solo la experiencia subjetiva del paciente, sino también la nuestra, ya que juntos creamos una relación que puede ser, en sí misma, la principal causa del cambio terapéutico (Wallin, 2007a).

4.4. Establecimiento de límites y elaborar la finalización

Si bien pueden existir elementos comunes en la dinámica entre las relaciones padre-hijo/a y terapeuta-cliente, la relación terapéutica está mediada por límites temporales, financieros, estructurales y éticos únicos (Mikulincer, M., & Shaver, 2016b).

La idea de la/el terapeuta como figura de apego en la vida y la mente de los/las pacientes funciona a diferentes niveles. En su forma más simple, esta orientación significa que hacemos que sea seguro explorar nuevas formas de ser y pensar sobre la vida y los problemas y desafíos de la vida. En un nivel más profundo, podríamos ser vistos y experimentados como objetos personales o como figuras de apego con el potencial de internalización, creando nuevas representaciones mentales y experiencias de las cuales extraer nuevas formas de funcionamiento. En este caso, el terapeuta no es tanto una presencia física, como una representación mental de la figura comprensiva, cuya imagen hace soportable el dolor emocional, de forma que la terapia ayuda a crear autonomía y competencia emocional.

El conocimiento sobre la propia historia de apego, también es una parte importante de la intervención clínica desde esta perspectiva. El fenómeno del apego se extiende más allá

del apego a otro/s. El apego a pensamientos e ideas, sentimientos y emociones, comportamientos y hábitos, y a objetos es una parte natural de la vida. La separación, pérdida, desapego y dejar ir, también son una parte natural de la vida. El concepto de apego es inclusivo y ampliado en esta perspectiva a través de la observación, momento a momento, de nuestros procesos de apego y desapego, y posibilidad de cambio.

Es por ello que, la vinculación con los pacientes para este abordaje, sea necesariamente más prolongada que desde otras perspectivas. La recomendación para el desarrollo de grupos de adolescentes de estas características es de un año de duración aproximadamente. Tanto en TCC como en IPT-AG, proponen una duración de 6 meses con sesiones semanales. Nuestra propuesta es de frecuencia quincenal de las sesiones, y ampliar la horquilla de tiempo de atención tiene como objetivo, no tanto adquirir capacidades/habilidades, como la posibilidad de la generación de vínculos entre el equipo terapéutico y los/las pacientes que puedan promover una perspectiva diferente de sí mismos y de sus relaciones. También valoramos que tiene la ventaja de facilitar una atención más intensiva dentro de las posibilidades de nuestro sistema sanitario en la actualidad, que difícilmente sería implementable con frecuencia semanal. Quizás con fines de organización de investigación sobre eficacia (respecto a disminución de síntomas), también sería más deseable una duración menor, pero la prioridad de este enfoque es generar un espacio terapéutico que posibilite cambios/flexibilización en la perspectiva respecto al apego. Con respecto a los límites temporales, añadir finalmente, que la duración de las sesiones es de 90 min, similar a la de otros enfoques grupales.

En relación a los límites del encuadre clarificar que, se valora como posibilidad que sea el mismo equipo terapéutico el que realice las intervenciones iniciales y también el abordaje grupal.

Terminar el tratamiento con el/la adolescente puede ser difícil tanto para el equipo terapéutico como para los/las adolescentes. Este proceso de despedida puede demostrar cómo las buenas relaciones pueden terminar simplemente porque es hora de seguir adelante, en lugar de que una relación llegue a su fin solo cuando algo ha salido mal en la relación. Transmitir esperanza en el cambio en esta etapa es fundamental para facilitar el duelo por un contexto de seguridad y confort. El equipo puede expresar sus sentimientos genuinos hacia

los/las adolescentes, pero, al mismo tiempo, no los/las hace sentir mal por terminar el tratamiento y abandonar el espacio terapéutico. En cambio, continúa fomentando un sentido de confianza, haciéndoles saber que ésta fue una relación positiva para todos/as (Mufson L, Dorta, Moreau, & Weissman, 2004).

5. DESARROLLO DE LAS SESIONES

Desde la implementación de los primeros grupos de psicoterapia con población infanto-juvenil (Kraft, 1980, 1989; Kymissis, 1996), se considera que precisan de la presencia de una teoría objetivamente declarada de la personalidad y el comportamiento, y que sus implicaciones permitan valorar sus resultados. Supone exponer una posición teórica, generalmente utilizando situaciones deliberadamente diseñadas para el grupo. Además, se destaca que los entornos en los que se trató a los pacientes, influyeron también la elección de las técnicas. En este sentido apuntar, que se va a realizar una propuesta concreta, respecto a aspectos técnicos y materiales, pero abierta a modificaciones, sobre todo en relación a aspectos culturales propios del ámbito de implementación.

En relación al espacio del grupo, se recomienda que de cabida a 8-10 personas que se reunirán en forma semicircular, como si fuera un anfiteatro. En una parte de la sala, en la que no se pondrán sillas, se extenderá en la pared papel continuo para ir trabajando distintos aspectos a lo largo de las sesiones, a los que se podrá hacer alusión. En nuestra opinión esto ayuda a crear un espacio común de imágenes, pensamientos, referencias que van acompañando al grupo a lo largo de las sesiones y que facilita la inmersión en la tarea, y en el recorrido realizado en la misma. Se irá concretando en cada sesión, cómo se va haciendo uso de dicho espacio y con qué tipo de materiales. Después de cada sesión el papel se recogerá, para que no queden expuestos elementos personales.

Otra opción es el uso de pizarra convencional o electrónica, quizá más tedioso por tener que reproducir/colocar los contenidos para cada sesión. No obstante, cada vez son más sofisticadas las posibilidades técnicas en este sentido y hay algunos contextos que pueden disponer de ellas.

Al igual que en los otros modelos de intervención, el uso de este material intermedio tiene la finalidad de recordar aspectos trabajados en el curso de la intervención. El optar porque sea un elemento común tiene la función de ser una “memoria colectiva externa” en la que apoyarse en el proceso y observar aspectos del funcionamiento mental de otros.

5.1. Fase inicial para establecer la cohesión grupal:

Como en muchas otras intervenciones grupales, se dedicarán algunas sesiones a que los miembros del grupo se conozcan, y puedan ir estableciendo un entorno de trabajo conjunto. Así los objetivos de esta fase son:

-Aproximaciones interpersonales progresivas.

-Establecimiento de dinámica de trabajo conjunta en relación a exploración de emociones, pensamientos y conductas.

5.1.1. Sesión 1. Encuadre y normas. Presentaciones.

Para ir conociéndose, se va a realizar un caldeamiento con intereses en relación a las aficiones, información sobre estudios y familia. Dicho caldeamiento consiste en intercambiarse, en grupos de 3 o parejas, información siguiendo un guión de preguntas. Posteriormente se tienen que presentar a los demás miembros del grupo, usando la información del otro compañero. Ir haciendo rondas de preguntas es un opción, o realizar la presentación completa por turno. Se les da un espacio para que expliquen con más detalle cada ítem de lo expuesto por el compañero/a y se resumirá aludiendo a los factores comunes y diferenciales, que se irán anotando en el papel continuo.

Lista de preguntas sobre aficiones, estudios, familia:

- Nombre y edad
- ¿Que estáis estudiando y dónde?
- ¿Qué os gusta hacer?

- ¿Qué aficiones tenéis? Deportes, música, juegos, ordenador, redes sociales
- ¿Qué cosas se os da bien hacer?
- ¿Qué cosas no os gusta nada hacer?
- Algo que sepáis o podáis hacer.
- Algo que no podáis hacer y que os gustaría aprender.
- ¿Tenéis un grupo de amigos? del barrio, del instituto, del equipo...
- ¿Que hacéis con vuestros amigos?
- ¿Como os gusta vestir?
- ¿Tenéis algún mejor amigo?
- ¿Tenéis pareja?
- ¿Donde nacisteis?
- ¿Quienes vivís en casa?
- ¿Cuantos hermanos tenéis? ¿qué lugar ocupáis?
- ¿Tenéis abuelos?
- ¿Tenéis primos?
- ¿Qué esperáis del grupo? ¿Por qué habéis venido al grupo?

En este punto, en el que se requiere un mayor nivel de exposición, se realizará una regulación activa del nivel de exposición, para que los/as pacientes más evitativos/as no se sientan invadidos/as y posteriormente eviten el espacio grupal, y para que los/as ambivalentes no se expongan masivamente y después se sientan avergonzados/as o culpables, y esto genere también la evitación del espacio.

A continuación el equipo terapéutico invitará a abordar el tema de las normas de funcionamiento. Es probable que, como ya se ha abordado el funcionamiento del grupo en individual para asegurar que es un contexto seguro, muchos de los aspectos normativos sean citados por los/as diferentes participantes: la puntualidad, la asistencia regular, el respeto a la intervención del otro, la confidencialidad de contenidos. Un tema controvertido en la actualidad es el del contacto extragrupo. Nuestra recomendación es que no establezcan relaciones fuera del grupo. No obstante, en poblaciones no populosas es frecuente el encuentro, incluso la convivencia en el mismo centro escolar. Por eso también se da la

recomendación de abordar los encuentros fuera del grupo o a través de redes sociales en el contexto grupal, para poder trabajar también sobre dicho material relacional.

Respecto a las situaciones de crisis, se abordará que es posible que alguno de ellos pueda precisar atención más individual si se encuentra en crisis, y que el equipo apoyará el proceso de recuperación, según el plan establecido o valorando las necesidades del momento.

5.1.2. Sesión 2. Aproximación a mundo de opiniones

Se inicia la sesión con preguntas abiertas en relación a la situación de los/las participantes, con el objetivo de valorar si hay alguna situación de crisis. Si se presentara, un integrante del equipo terapéutico atenderá a la/el adolescente para su recuperación, y posteriormente se abordará la posibilidad de reincorporación al grupo. Esta intervención se va a realizar en la parte inicial de cada sesión.

A continuación se muestran diferentes representaciones de personas / personajes de cómic, de dibujos animados, de películas y de series/programas de TV y se pide información sobre ellos para empezar a *generar intercambios de opinión*. Se pegarán como recortes en el papel continuo y alguno de los miembros del equipo terapéutico irá recogiendo los comentarios que se realicen, en el papel, junto a cada uno de ellos. La tarea del equipo terapéutico es subrayar puntos de vista comunes o diferentes, dar continuidad a la exploración de opiniones, y hacer partícipes a todos/as. También subrayar aspectos emocionales, iniciar lectura de posibles intencionalidades de los personajes en situaciones o escenas aludidas por los/las participantes y apoyar la descripción de conflictos e identificación de los elementos.

Tipología de imágenes que se recomienda:

- Persona/imagen/personaje protagonista atrevido, que juega con los límites normativos. Ejemplo: Bart Simpson (de la serie tv “Los Simpson”), youtubers (Elrubius, Auronplay).
- Persona/imagen/personaje adherido a la norma social como característica principal. Ejemplo: Milhouse o Ned Flanders (de la serie tv “Los Simpson”).

- Persona/imagen/personaje que simbolice el mundo del cuidado/crianza con o sin aspectos controvertidos. Ejemplo: Mary Poppins; fotografía de mujer contemplando un bebé en un archivador de una oficina en lugar de en una cuna; imagen de un hombre sosteniendo un bebé; imagen de un adulto enfadado y gritando a un niño.
- Persona/imagen/personaje secundario ninguneado o escasamente reconocido por su entorno que posteriormente desarrolla su potencial y es reconocido por otros. Ejemplo: Arya Stark (de la serie de tv “Juego de Tronos”); Robinhood.
- Persona/imagen/personaje hipercrítico, que tiende a minusvalorar dentro de su contexto social. Ejemplo: jueces de programas televisivos de talentos, Sheldon Cooper (de la serie tv “The Big Band Theory”).
- Persona/imagen/personaje que es admirado a nivel social por sus logros, pero que a nivel personal ha presentado comportamientos inadecuados. Ejemplo: algunos cantantes (Justin Bieber, Britney Spears), algunos futbolistas (Cristiano Ronaldo, Neymar)
- Persona/imagen/personaje de ambos sexos o no definidos a nivel sexual que sean reconocidos y admirados por su apariencia física. Ejemplo: algunos cantantes (Lady Gaga, Beyoncé), actores/actrices.

Se finaliza la sesión haciendo un pequeño resumen de aspectos identitarios y de posibles conflictos en relación a la construcción de la identidad frente a otros.

Los ejemplos dados son especialmente “efímeros” y culturalmente sesgados en relación a las características de la población diana. Se podrán elegir otros, que el equipo valore que tienen el potencial de elicitar la puesta en común de la expresión del mundo de opiniones por parte del grupo. También es una opción, solicitar a los miembros del grupo al final de la primera sesión, que traigan imágenes de personas/personajes para la segunda sesión. Esta alternativa puede dar la oportunidad de realizar una aproximación más rápida a aspectos identitarios o conflictos de los miembros del grupo.

5.1.3. Sesión 3. Identificación y planteamiento de situaciones de malestar/bienestar

En esta sesión se realiza descripción de una situación agradable y desagradable en grupos de 2-3 y puesta en común explicando si es una elección de uno de los miembros del grupo/pareja, o si es una situación a la que han llegado por acuerdo. Identificación de los factores que influyen en que la situación sea desagradable/agradable. Se comienzan a esbozar posibles situaciones de conflicto en las relaciones interpersonales. En el papel continuo se irán recogiendo los factores emocionales, cognitivos y contextuales que influyen en la percepción, así como los posibles conflictos interpersonales.

Como ejemplo, es común que aparezcan situaciones vividas en el contexto escolar, tanto con iguales como con profesores. En el relato de una situación en que un profesor expulsa de clase a uno/a de las participantes, se preguntará por cómo era el ambiente en clase, si había ruido y de dónde provenía, qué tipo de tarea se realizaba (exámen, explicación, ejercicios), como factores de contexto. Sobre qué podría estar pensando el profesor/a sobre la interrupción en clase, sobre la motivación para la interrupción. Así como, sobre los cambios en sus emociones a lo largo de la secuencia. Por ejemplo, al principio puede que el/la adolescente se sintiera aburrido/a, después exitado/a por estar hablando de un tema que le divierte, y después enfadado ante la consecuencia de la expulsión.

Otra posibilidad frecuente es que se aborden situaciones en las que predomine la vivencia de exclusión con iguales. De forma similar, se intentará explorar el contexto de la situación, y también se ampliará hacia las características de la relación/es previa/s de la/el participante con el resto de los protagonistas de la escena, con el objetivo de “ir rastreando conflictos” y el efecto en el establecimiento de distanciamiento/rechazo/agresión en las relaciones actuales. De forma implícita se van a ir balanceando posiciones marcadamente internalizantes y externalizantes en la perspectiva del conflicto, por parte del equipo terapéutico.

Podríamos decir que estamos empezando a establecer una dinámica de trabajo en la que se va “a cámara lenta con las situaciones que vivimos”.

5.1.4. Sesión 4. Identificación de conflictos interpersonales

Se va a realizar una síntesis/resumen de aspectos identitarios así como de factores que influyen en el desarrollo de conflictos, según el material recogido en las anteriores sesiones. Se promoverá que el resumen sea realizado por los/las adolescentes, brindando apoyo activo para conectar emociones, pensamientos y acciones en las escenas recordadas, así como inicio de lectura de intencionalidad de los/las protagonistas en las mismas.

Se continuarán explicitando posibles situaciones de conflicto interpersonal, así como dificultades en la interacción en relación con la expresión emocional (disregulada “a la alta o a la baja”). No se trata tanto de explorar todo tipo de conflictos o dificultades, como de ir aproximándose a las vividas por los diferentes miembros del grupo, de manera que, según la configuración grupal, serán más o menos heterogéneas.

En esta fase inicial, el equipo terapéutico va a promover que el espacio grupal sea un espacio de intercambios y de interacción cómodo y no exigente. No se subraya la necesidad de establecer un foco individual de tipo interpersonal, ya que el foco está en desarrollar la capacidad de reflexionar sobre sus experiencias y las de otros/as. Se trata más de comenzar a trabajar con la forma de procesamiento implícito de las vivencias, que con conflictos interpersonales concretos.

Esta primera fase va a servir como “termómetro” en relación al clima del grupo, ya que, aunque el equipo terapéutico puede tener una visión previa de las características vinculares de los miembros, con las tareas iniciales se va a calibrar el ritmo de exposición interpersonal de los diferentes miembros y del grupo en su conjunto.

Las coordenadas que pueden ayudar al equipo terapéutico a evaluar el curso de la tarea terapéutica, son la combinación de los factores terapéuticos (Yalom, Yalom, & Bayo Margalef, 2000) con los aspectos vinculares de los miembros. Así en esta etapa los factores terapéuticos sobre los que habrá que reflexionar son:

-*Cohesión grupal*: que se establezca confianza entre los diferentes participantes es un proceso complejo. Elementos como la aceptación, la afinidad, la valoración del grupo como

familia/red, la apertura, reconocer y aceptar puntos de vista distintos, son los que hacen que la cohesión se establezca.

-Infundir esperanza: El equipo terapéutico debe hacer todo lo posible por incrementar la creencia respecto al cambio en los pacientes y su confianza en la terapia de grupo como facilitadora del mismo. Esta tarea empieza antes del inicio del grupo, como ya hemos comentado, y también es fundamental poner énfasis en la misma en la etapa inicial. Para ello es fundamental también, que el equipo terapéutico crea en la tarea, así como en la eficacia del grupo.

-Universalidad: Algunos/as pacientes, debido a su extremo aislamiento social, tienen un elevado sentimiento de singularidad/ vivencia de “rareza”. En el abordaje grupal, después de oír revelar a otros miembros, preocupaciones similares a las propias, perciben que no son casos únicos. En estas primeras sesiones, progresivamente, van a ir valorando que otros/as experimentan o han experimentado situaciones de forma similar y que opinan de forma parecida respecto a otros/as, lo cual va a ir generando un sentimiento de “cercanía posible”, aunque aún carezca de los elementos de “cercanía comfortable” que se pondrán en marcha en las sesiones centrales del abordaje.

-Información participada: tanto en el proceso previo de vinculación, como en esta fase inicial, se va a generar un contexto de comprensión del proceso de intervención, facilitando información explícita (lugar, horario, objetivos, normas), así como implícita, en relación a la tarea del grupo como “laboratorio de relaciones”, en el que ir experimentando, primero con la percepción, y, posteriormente, con la experiencia con otros/as.

5.2. Fase de Intervención, sesiones (5-14).

En esta fase se van a desarrollar los objetivos nucleares de la intervención grupal:

-Enriquecimiento del lenguaje emocional e identificación en escenas de la vida cotidiana.

- Aumento progresivo de la exposición interpersonal, facilitando procesos de especularización y reciprocidad en la interacción.

-Identificación de emociones propias y de los pares en las experiencias del aquí y ahora del funcionamiento grupal, así como promover la regulación emocional en el contexto grupal.

-Favorecer procesos de mentalización respecto a la relación entre diferentes experiencias interpersonales, incluida la experiencia de cuidados.

5.2.1. Sesiones 5-6. Módulo de trabajo con emociones

Un modelo útil para el trabajo con emociones es el planteado por Rusell y Feldman-Barret (Feldman-Barret & Rusell, 1999), el modelo circular del afecto y su correspondencia con episodios prototípicos de emoción.

Modelo circular del afecto y su correspondencia con episodios prototípicos de emoción (Rusell y Feldman-Barrett,1999)



Este módulo de trabajo tiene aspectos eminentemente psicoeducativos, ya que, se solicita a los/las adolescentes que vayan identificando emociones dentro de las coordenadas

de Placer-Displacer y Activación-Desactivación en función de la intensidad de la respuesta emocional, y posteriormente se abordan ejemplos de respuestas más o menos adaptativas en relación a estrategias de regulación de las mismas. Es importante transmitir que no hay emociones “buenas o malas”, si no diferentes alternativas más o menos placenteras, más o menos intensas que nos llevan a dar respuesta a situaciones de diferentes formas. Plantear la idea de poder “regular a la baja o la alta” la forma de experimentar un estímulo/situación, es fundamental, tanto para generar esperanza respecto a la posibilidad del cambio, como para poder ofrecer alternativas de control.

El equipo terapéutico intentará promover que se rememoren situaciones en las que las hayan experimentado. En esta línea, es fundamental, subrayar la idoneidad del recuerdo autobiográfico (con el máximo de detalles), ya que tiene el objetivo de evitar la tendencia a la abstracción/ racionalización, de carácter más evitativo; y también, a promover la organización del relato, marcadamente emocional de participantes más ambivalentes, en el que la temporalización de los eventos vividos es un objetivo a alcanzar. En el desarrollo del mismo, se promoverá la identificación de las sensaciones corporales y del lenguaje corporal en que se encarnan.

Es un trabajo previo que valoramos necesario para “manejar un lenguaje común emocional”, que permita en las siguientes sesiones representar escenas interpersonales.

Se puede dividir el recorrido por las mismas a lo largo de estas 2 sesiones en aquellas que son displacenteras, en la sesión 5, y en las placenteras, en la sesión 6.

5.2.2. Sesiones 7-14. Paso del recuerdo a la escenificación.

Al inicio de las sesiones se va a pedir a los/las adolescentes que traigan escenas cotidianas y se promoverá un aumento progresivo de la exposición: inicialmente se favorecerá introducir escenas y ejemplos vividos fuera del grupo terapéutico y con pares, y progresivamente se alentará a abordar aspectos biográficos familiares y/o de cuidados. Es necesario tener en cuenta que, la rememoración de escenas con los cuidadores, en los que emergen situaciones de rechazo, desvalorización, hiperexigencia, coerción o maltrato físico, va a elicitar un correlato emocional intenso que hay que atender, tanto para promover la

regulación en el aquí y ahora (lo que favorece el desarrollo de sensación de control y autoeficacia), como para facilitar la aproximación a su propio estado emocional entonces y al efecto en el desarrollo pensamientos y conductas para permanecer vinculado. Se trata de facilitar la comprensión y la autocompasión respecto a dichas situaciones (más que a una actitud interpretativa). Así, la regulación emocional en el aquí y ahora promueve la adquisición, a nivel implícito, de una mayor seguridad, y la contemplación de los efectos a nivel cognitivo y conductual, favorece la reflexión sobre el modelo operativo de forma explícita.

Respecto al desarrollo de las técnicas, señalar:

-el *juego de roles*, proporciona al adolescente una forma segura de practicar habilidades de comunicación y resolución de conflictos, y obtener retroalimentación antes de aplicar lo aprendido a situaciones externas. En dichas escenas también se promoverá la identificación emocional, lectura de intencionalidad propia y del otro, aumento de la comprensión del componente recíproco o complementario de las interacciones.

-la realización de *relatos autobiográficos* en los que se promoverá la reflexión conjunta sobre los mismos aspectos.

-*esculturas familiares*, en las que se realizará representación de los diferentes miembros de la familia según el relato de las relaciones en la misma, estableciendo una disposición espacial y gestual que ayude a reflexionar, tanto a la/el adolescente como a otros miembros del grupo, sobre el efecto de dicha configuración.

El equipo terapéutico mantendrá una actitud proactiva, para favorecer el acompañamiento con el clima grupal y necesidades individuales. Hay que tener en cuenta que la *facilitación de contenidos* (ejemplificación, síntesis de temas previos, establecimiento de relación entre contenidos de diferentes sesiones) puede ser necesaria en momentos en los que los participantes experimenten dificultad para aportar contenidos propios, así como *fomentar la especularización* (búsqueda de elementos comunes en las narrativas, tanto a nivel emocional como cognitivo o contextual) cuando haya dificultad para el proceso de identificación. Es por ello que, en estas sesiones no se establece un guión sobre el contenido

concreto, sesión a sesión, sino que se prima la ampliación del diálogo afectivo y lingüístico, que se produce a través de la "improvisación de movimientos relacionales" (Lyons-Ruth K. & Group, 2001; Wallin, 2007d). Esto va a permitir adaptarnos al ritmo de cada grupo y así minimizar movimientos defensivos que pueden generar interrupciones en el desarrollo del grupo. Estos movimientos pueden tomar la forma de bloqueos en la comunicación: silencios prolongados, exceso de ruido o distracción...; o desencadenar ausencias temporales o definitivas de los miembros.

En este proceso de comunicación y regulación emocional, va a ser fundamental tener en cuenta la proporción de adolescentes más evitativos o más ambivalentes, de manera que:

-cuando la mayoría de los participantes se sitúan en una posición respecto al apego más *evitativa*, el ritmo de exposición va a ser lento, de forma que el rol del equipo terapéutico como dinamizador y facilitador de contenidos, va a ser crucial. Es bastante probable que escenificar situaciones sea muy exigente en las primeras sesiones de esta etapa, y que haya que dedicar más tiempo a trabajar con situaciones cercanas en el tiempo en las que se puedan ir identificando aspectos emocionales de manera más directa, y que dicho ejercicio permita, posteriormente, explorar los recuerdos, con cierto entrenamiento en relación a la integración de emociones. Va a ser fundamental para el equipo terapéutico “rastrear el rechazo y la hiperexigencia”. De manera que, cuando se observen en la interacción con otros participantes en el grupo, se pueda ofrecer una alternativa a la misma desde el modelaje (si es en el contexto de una escenificación) o desde el reconocimiento de la intencionalidad colaborativa en la/el adolescente, pero ofreciendo alternativas que contemplen variables emocionales, y contextuales .

Nos parece fundamental en esta configuración, desarrollar la autorrevelación deliberada por parte del equipo terapéutico (Ehrenberg, 1992; Maroda, 1999; Wallin, 2007a). Se trata de la divulgación explícita de nuestros pensamientos y sentimientos con el objetivo de ayudar a nuestros/as pacientes a reconocer y "poseer" las experiencias que previamente han sentido la necesidad de rechazar o disociar. Para ello, son situaciones especialmente útiles las que ofrezcan la posibilidad de abordar “encrucijadas entre lo normativo y el deseo de proximidad emocional”. Pueden surgir ejemplos en este sentido al abordar situaciones de riesgo en las que se haya que afrontar el dilema entre acercarse al grupo de iguales a través

de realizar dichas conductas como forma de “rito de paso” o permanecer más próximo a lo normativo procedente de figuras de cuidado. De manera que, amplificar los aspectos de disfrute/ excitación/ autoafirmación propios de la experimentación, puede ampliar la perspectiva sobre lo que es correcto/incorrecto. Hay que tener en cuenta que han desarrollado estrategias para reducir la ira y la separación, y para satisfacer necesidades y actitudes como el "salvador" de las relaciones, que genera sensación compensatoria de omnipotencia (que a veces puede sustituir a la autoeficacia). A su vez, cuando la aprobación está ausente y se sienten cada vez más frustrados, se vuelven más complacientes, se auto reprochan y se sienten culpables.

-cuando la mayoría de los participantes se sitúan en una posición respecto al apego *ambivalente*, el rol del equipo terapéutico va a ser fundamentalmente la modulación de las intervenciones para dar estructura temporal a las experiencias individuales, y al mismo tiempo, conectar contenidos para favorecer la especularización, ya que, aunque estos pacientes no tienen dificultad para expresar y evocar contenidos, con frecuencia se quedan “aislados en su relato” tanto por la pérdida del hilo durante el mismo, como por la intensa focalización de situaciones de malestar. En este contexto el equipo terapéutico va a fomentar la clarificación de situaciones confusas “rastreado los desencuentros”, respecto a experiencias con otros miembros del grupo, así como en relatos autobiográficos. De esta manera en las situaciones vividas en el grupo será posible balancear alternativas de comunicación que permitan expresar las necesidades a los demás, disminuyendo esa otra necesidad de “atrapar al otro” en la interacción, con alta expresión emocional o con actuaciones (heteroagresividad, autolesiones, relaciones sexuales, conductas de riesgo, amenazas). Se trata de ofrecer nuevas secuencias, incluyendo lectura de intencionalidad de otros del entorno. Es probable que los desencuentros se relaten, tanto en las relaciones con los cuidadores como en las relaciones de amistad y/o pareja.

Una de las situaciones paradigmáticas que suelen aparecer en las conversaciones grupales, es el enfrentamiento con los padres en relación a horarios de salidas. En el relato se pone de manifiesto que están más en contacto con sus propias necesidades e incómodos/as con cumplir los mandatos parentales (con respecto a los evitativos). Tienen una valoración más realista de sus padres/madres y discuten las fallas e inseguridades de los/las mismos/as.

Pueden experimentar sus demandas como injustas y confusas e, incluso, interpretar que les están "utilizando" para sus propias necesidades. Se sienten incapaces de ejercer su voluntad, y expresan enfado a sus progenitores por su situación, y entran en una escalada de reproches con aumento progresivo de la confusión. De manera que, el deseo de reconocimiento de una mayor autonomía relacional no se corresponde a través de la negociación, y se entra en escalada coercitiva mutua ignorando las necesidades del otro en la relación. Poder abordar el abanico de expectativas mutuas en la interacción, de la forma más amplia posible, en cada una de las etapas del conflicto, facilita reflexionar sobre cómo, aunque haya un deseo inicial de apoyo y/o cercanía, se termina generando una situación de rechazo e incomprensión.

Las primeras relaciones de pareja a veces no se traen, por la identificación del equipo terapéutico como "padres/madres" del grupo, pero cuando surge, es muy enriquecedor poder discriminar los propios deseos y expectativas en relación a la cercanía y apoyo, con respecto a los que se valora en el/la otro/a, y cómo dichas expectativas se van desajustando en relación a conductas que se ponen en marcha en la interacción con el/la otro/a, en mayor grado cuanto más coercitivas son. Así, un adolescente que inicia una nueva relación de pareja puede que le siga en las redes sociales, invirtiendo tiempo y energía en descubrir comentarios de otras posibles parejas por si son "una amenaza" a la continuidad de su relación. Cuando descubre algún "indicio de amenaza", se pone en comunicación con su pareja con insistencia y premura, para que le asegure que no le está "engañando", y manteniendo una relación en paralelo. Este "reproche" puede generar enfado más o menos intenso en la pareja y, o bien cierto distanciamiento emocional/enfriamiento de la relación (que es justo lo contrario al deseo del participante), o a una escalada de reproches, con alta emoción expresada, pero cuyo desenlace es una ruptura brusca de la relación (lo cual confirma la expectativa de "amenaza a la relación" y frustra el deseo de cercanía de forma intensa). Explorar cada una de las etapas a nivel emocional, cognitivo y conductual, y valorar alternativas de regulación emocional, de interpretación a nivel cognitivo y de afrontamiento conductual, ayuda a que la vivencia de "amenaza" pueda ir disminuyendo en intensidad y frecuencia en otras interacciones futuras.

-En los grupos en los que la *composición es mixta*, nos encontramos en una situación más compleja, pero al mismo tiempo, posiblemente muy rica desde el punto de vista psicoterapéutico. Es probable que los/las participantes más evitativos/as eludan traer

contenidos propios, y sean aquellos con un estilo ambivalente los que aborden escenas con intensa angustia. Esto, inicialmente, facilita la tarea del equipo terapéutico, ya que permite ir realizando la tarea del grupo de forma “natural”, es decir, sin una intensa presencia de los/las terapeutas en la generación de contenidos o en la modulación de los mismos, como es necesario en los grupos anteriores. No obstante, será preciso en esta etapa facilitar mayores tiempos de escucha a los participantes ambivalentes y mayor participación comunicativa a los evitativos. Es muy importante subrayar, cuando se les pide a participantes ambivalentes que esperen para intervenir, “que se les va a escuchar “, y que el aporte de otros/as puede ayudar a “pensar un poco más sobre su situación “. La sensación de exclusión/abandono /desplazamiento se puede dar en este tipo de situaciones, lo cual, como momento crítico, también es una oportunidad para hacer una autorrevelación deliberada por parte de los miembros del equipo terapéutico que facilite exponer “los dilemas que a veces surgen en la comunicación y la relación con los demás”. Así, querer dar espacio a otro/a que tiene mayor dificultad para expresarse, no es equivalente a dar mayor prioridad (atendiendo la óptica de la competencia), o querer ignorar o desplazar(atendiendo a la óptica del rechazo) o querer castigar o dañar (atendiendo a la óptica de la coerción u hostigamiento). Clarificar la intención del equipo terapéutico en estas situaciones como “equipo de cuidadores/as”, facilita tolerar la espera (para los ambivalentes) y darse un lugar (para los evitativos).

-Si en la configuración también hay adolescentes con sintomatología en relación a *experiencia potencialmente traumática*, es probable que dicha experiencia sea evitada/negada, si tienen una posición respecto al apego evitativa/ segura. Adolescentes más ambivalentes, probablemente aborden dichas experiencias en primeras sesiones, siendo preciso regular el grado de exposición de las mismas, por el riesgo que se generen situaciones de crisis de manera continuada y de difícil contención. Para ello es necesario ir explorando el estado emocional en el aquí y ahora, e invitar a discriminar respecto al estado emocional en dicha situación. En el momento en el que se observa que no es posible dicha discriminación, será necesario poner en marcha alternativas de regulación emocional (dentro o fuera del grupo). Es probable que, si el grupo es valorado como un lugar seguro, en las últimas sesiones de esta fase, los/las participantes seguros/as y, con menor frecuencia los

evitativos/as, aborden situaciones difíciles/traumáticas, tanto en la relación con sus cuidadores/as como en otros contextos. Aunque el riesgo de disociación sea menor, también habrá que valorar los cambios en el estado emocional, de manera que el objetivo de “la catarsis”, no es tanto el relato de la experiencia difícil/traumática, como de “poder sostener y comprender lo vivido”, para que comience a ser una experiencia integrable. El equipo terapéutico será muy respetuoso con aquellos pacientes que eviten o nieguen dichas experiencias, ya que dicha defensa estará transmitiendo la necesidad de mantener un ritmo de exposición más pausado.

En relación a los *factores terapéuticos* en esta etapa vamos a valorar:

-Cohesión de grupo: además de los aspectos señalados en la fase anterior, el manejo y resolución de conflictos, por parte de los diferentes miembros del grupo va a generar vivencias de apoyo mutuo, que van a aumentar las sensaciones de confort y confianza.

-Infundir esperanza: En esta fase en el grupo, se vuelve importante el constatar las mejorías de otros para reforzar la posibilidad del cambio. Es deseable que el rol de los/las terapeutas en esta fase sea más indirecto, como “amplificadores” de cambios que se dan en el grupo.

-Universalidad: aproximarse afectivamente a otros no va a ser tarea fácil. En el caso de los/las adolescentes más evitativos/as, poder conectar aspectos emocionales en el relato de situaciones difíciles (maltrato/rechazo/negligencia/abuso), puede ser algo amenazante inicialmente porque su memoria ha tenido la función de “podadora de emociones”, para poderse mantener vinculados. No obstante, si otros le pueden expresar sus propias emociones al respecto, de forma contenida, van a ir tolerando aproximaciones sucesivas y contactar progresivamente con las mismas en el aquí y ahora.

-Información participada: El dar consejos a otros no sirve directamente, pero indirectamente es parte del proceso, ya que las sugerencias, observaciones, o la guía directa, tanto del equipo terapéutico como la de otros/as pacientes son parte del funcionamiento grupal. El proceso educativo está presente tanto de forma explícita (módulo psicoeducativo de emociones) como implícita (entrenamiento de habilidades de relación y metacognitivo).

-*Altruismo*: El acto altruista (compartir problemas similares; ofrecer ayuda, sugerencias e insights) potencia la autoestima, porque supone la experiencia de ser útil a otros. Y también, supone detener el propio proceso de pensamiento para sintonizarse con el estado emocional y estilo de pensamiento de otro, lo cual contrarresta la tendencia al aislamiento emocional. Esto es clave, implícitamente, para que aumente la expectativa de reciprocidad en el contexto grupal.

-*Recapitulación correctiva del grupo familiar primario*: la tarea de reflexionar sobre el ámbito familiar, y, sobre todo, respecto a aspectos del estilo vincular y su influencia en la forma de relacionarse en la actualidad, es un objetivo de este abordaje, si bien la idea de “corregir” es una expectativa diferente de “flexibilizar”, que nos parece más ajustada en relación a pacientes con una posición respecto al apego de inseguridad.

-*Desarrollo de técnicas de socialización*: En la puesta en marcha de los juegos de rol, se van a introducir alternativas y sugerencias para facilitar la comunicación clara y precisa, y la resolución de conflictos. El equipo terapéutico va a facilitar el inicio y mantenimiento de la vinculación entre los compañeros, que permita aproximaciones a un mayor grado de intimidad, sobre todo a adolescentes más evitativos/as. A aquellos/as más ambivalentes, se les ayudará a desarrollar alternativas para mantener la distancia interpersonal, atendiendo a la regulación emocional en la interacción.

-*Conducta imitativa*: los/las miembros se benefician de la observación de otros/as pacientes que tienen problemas similares (aprendizaje vicario). Esto facilita, sobre todo, el aprendizaje implícito, pero también puede favorecer procesos de reflexión sobre la posibilidad de cambio ante modelos de interacción diferentes.

-*Catarsis*: En relación a la expresión emocional, van a haber expectativas diferentes en relación al estilo vincular, y el equipo terapéutico va a favorecer que se modulen “a la baja o a la alta”, de manera que permita a los/as participantes mantener la capacidad de reflexionar sobre su efecto a nivel cognitivo, conductual y relacional. Sin duda, la experimentación de situaciones de crisis puede conllevar una intensa expresión emocional, y la tarea es tanto, poder acompañar en la regulación de la misma, como contemplar los elementos de esta experiencia que pueden ser vividos como insoportables/rechazables por los/las adolescentes.

-Factores existenciales: es importante tener en cuenta que en el desarrollo del grupo, los/las adolescentes van a plantearse/plantear cuestiones de índole existencial, ya que es una etapa que conlleva afrontar solos diferentes aspectos de su vida (desarrollo formativo, relaciones de amistad y/o pareja), y en las que la vivencia de falta de eficacia / fracaso puede conllevar intensas dudas sobre sus referencias o valía, lo cual conlleva intensa angustia y desorientación sobre la manera de dirigir sus vidas. Ir asumiendo la responsabilidad sobre el modo en que experimentan diferentes situaciones, sobre todo respecto a las relaciones interpersonales, reflexionando sobre sus modelos de funcionamiento interno, puede ir ampliando la sensación de libertad interna.

-Aprendizaje interpersonal: este es uno de los factores nucleares del proceso en esta etapa. Es posible que los/las adolescentes más evitativos/as se expongan con menos frecuencia, y la aparente “poca participación” pueda hacer pensar que el aprendizaje interpersonal es pobre. No obstante, habrá que ir valorando cómo se pueden ir adaptando a otros contextos o realizando nuevos vínculos a través del desarrollo de una mayor empatía. En el caso de los/las ambivalentes, el poder modular su estado emocional, va darles la oportunidad de generar otras alternativas de interacción dentro del grupo, y probablemente también fuera del mismo.

5.3. Finalización, sesiones (14-18):

En esta fase, los objetivos están centrados en promover un mayor nivel de seguridad en el proceso de separación de la red de sostén que ha sido el espacio grupal para el/la adolescente y promover la idea de la exploración con las capacidades desarrolladas. De forma que, los objetivos a promover por los terapeutas serían:

- Facilitar la exposición al proceso de despedida y elaboración del duelo.
- Integración del proceso en su guión de vida. Oportunidad de sintetizar en el proceso de despedida el foco de identidad.
- Reflexión sobre perspectivas de futuro.

Para la consecución de dichos objetivos, las tareas del equipo terapéutico serían:

- Foco de duelo: facilitar la expresión emocional y la integración de las experiencias vividas en el desarrollo del grupo terapéutico. De manera que, se realizará una síntesis de los contenidos grupales y sobre la experiencia individual en el grupo.
- Foco de identidad: valoración de sí mismo en contraste con figuras significativas, dentro del grupo, y respecto a las figuras de cuidado.
- Perspectiva de futuro: valoración de fortalezas y capacidades, tanto a nivel interpersonal como funcional, y de diferentes posibilidades de desarrollo personal.

Que “tomen el mando” sobre sus tendencias de funcionamiento en la última etapa del grupo es lo deseable, así como de hacer balance sobre “las cuotas de libertad adquiridas” para afrontar el futuro a nivel individual y relacional.

Hay que señalar que, aunque la reflexión sobre aspectos de su propia crianza facilita la flexibilización de la perspectiva respecto al apego, (Mikulincer, M., & Shaver, 2016e) no se considera imprescindible que todos los/las miembros del grupo aborden la misma. Puede que, para algunos de los/las integrantes, sea un nivel de exposición difícil de tramitar. No obstante, el que lo hagan otros/as puede ayudar a que ellos/as lo hagan “silenciosamente”, o a valorar que esta tarea es algo posible y beneficiosa en el futuro.

Los focos de duelo y de identidad van a ocupar las sesiones 15 y 16, y la 17 y 18 las perspectivas sobre el proyecto de futuro. En este último foco, una parte importante es abordar cómo se imaginan en sus relaciones futuras, incluidas aquellas en las que sean cuidadores/as. Es una oportunidad para abordar los temores entorno a repetir patrones, y para trabajar las alternativas posibles para mantener la cercanía relacional de manera más satisfactoria. Ayudar a articular esta perspectiva de futuro genera esperanza en el cambio y en las posibilidades futuras.

Puede que en esta fase se produzcan “regresiones” o reaparición de crisis, como se señala también en la IPT-A (Mufson L, Dorta, Moreau, & Weissman, 2004), sobre todo en

adolescentes ambivalentes. Es por ello fundamental, hacer explícitos los logros durante el proceso, para que la separación del equipo terapéutico no se viva como un abandono, sino como la posibilidad de explorar con las nuevas capacidades adquiridas, tanto a nivel relacional como reflexivo. Es muy importante subrayar este último aspecto, ya que las situaciones conflictivas o confusas a nivel relacional van a ser múltiples en el futuro y es la posibilidad de pensar sobre ellas, la que va generar la suficiente seguridad para poder afrontar la tarea. Hacer énfasis en los cambios en la autonomía para la autorregulación emocional y la búsqueda de alternativas en paciente más ambivalentes, así como en la mayor iniciativa comunicativa e identificación emocional y búsqueda de cercanía, en pacientes más evitativos/as, va a ser una tarea fundamental para el equipo terapéutico.

5.4. Sesiones familiares

En el desarrollo del abordaje grupal se tendrán varias entrevistas familiares.

La *primera entrevista tras el inicio del grupo*, al finalizar la primera etapa de la intervención, tiene como objetivo principal, valorar de forma conjunta si han habido *dificultades para mantener la asistencia y/o la participación* en el grupo. Se clarificarán las dudas que han podido ir surgiendo en relación al proceso de intervención, tras haberlo puesto en marcha. Es muy importante que se subraye la necesidad de mantener la confidencialidad en relación a los contenidos del grupo, y recordar que, si se valora una situación de riesgo vital, sin duda se contactará con los padres para valorar las opciones de contención y asistencia necesaria, como en la etapa previa.

También es un objetivo fundamental, en continuidad con las primeras entrevistas familiares, *valorar cambios en la comunicación*: mayor frecuencia de acercamientos, así como mayor cercanía emocional y vivencia de apoyo y reconocimiento. Es probable que se aborden conflictos que hayan surgido en el transcurso de esta etapa.

En el caso de familias con apego más *ambivalente*, en la narrativa de las mismas va a predominar la incompreensión y desacompañamiento en los encuentros. Ir reconstruyendo la

secuencia en los episodios de confusión va a dar la oportunidad de incorporar el deseo/intención de cercanía y apoyo, y poder valorar las dificultades que surgen para que éstos se concreten, como son la dificultad para la regulación emocional de los/las cuidadores/as y/o de la/el adolescente, la tendencia rápida a la escalada de descalificación y reproches e incluso de heteroagresividad/autoagresividad. Se abordarán alternativas de modulación de las mismas, subrayando la necesidad de la “autorregulación de todos” para poder mejorar la comunicación de necesidades.

Respecto a familias con apego más *evitativo*, en la narrativa es posible que se ponga de manifiesto, nuevamente, la impotencia ante la reaparición de síntomas y la dificultad para acceder a un relato explicativo en relación a los mismos, con tendencia a la hiperexigencia y/o aislamiento afectivo, y distanciamiento en la relación con el/la adolescente. Habrá que rastrear en el relato posibles dificultades o necesidades “no dichas” y abordar la idoneidad de buscar espacios de comunicación para “entrenar” en abordar situaciones de malestar o preocupación cotidianas.

La segunda entrevista se mantendrá tras la fase de intervención central. En este momento, es posible que la terapia habrá promovido cambios significativos en la forma de relacionarse de la/el adolescente con la familia, y habrá afectado la forma de relacionarse de la familia con el/la adolescente. Se reforzarán todos los cambios que favorezcan la comunicación y la comprensión, y se continuarán explorando las secuencias de conflicto con alta intensidad emocional y las situaciones de distanciamiento, en la misma línea que en la entrevista previa.

En la tercera y última entrevista, tras la finalización del grupo, se valorará, a través del relato de la/el paciente, los cambios en la visión de sí mismo/a, sus posibilidades y sus relaciones. Se alentará al paciente a abordar en primera persona los mismos, así como la influencia en su estado de ánimo y nivel de angustia. Asimismo, también se animará a abordar estrategias de afrontamiento de conflictos, cambios en la forma de comunicar a los demás y de buscar su apoyo. Se valorará la necesidad de seguimiento individual si continúa presentando situaciones de crisis y/o síntomas clínicamente relevantes.

Es una posibilidad dar la opción de la finalización del tratamiento con opción a volver a solicitar asistencia con el mismo equipo si hay empeoramiento, lo cual puede representar para el /la paciente y su familia una alternativa de seguridad para iniciar un recorrido con mayor nivel de autonomía y capacidad para expresar necesidades.

6. MATERIALES PARA LA INTERVENCIÓN

6.1. Lista de preguntas sobre aficiones, estudios, familia

- Nombre y edad
- ¿Que estáis estudiando y dónde?
- ¿Qué os gusta hacer?
- ¿Qué aficiones tenéis? Deportes, música, juegos, ordenador, redes sociales
- ¿Qué cosas se os da bien hacer?
- ¿Qué cosas no os gusta nada hacer?
- Algo que sepáis o podáis hacer.
- Algo que no podáis hacer y que os gustaría aprender.
- ¿Tenéis un grupo de amigos? del barrio, del instituto, del equipo...
- ¿Que hacéis con vuestros amigos?
- ¿Como os gusta vestir?
- ¿Tenéis algún mejor amigo?
- ¿Tenéis pareja?
- ¿Donde nacisteis?
- ¿Quienes vivís en casa?
- ¿Cuantos hermanos tenéis? ¿qué lugar ocupáis?
- ¿Tenéis abuelos?
- ¿Tenéis primos?
- ¿Qué esperáis del grupo? ¿Por qué habéis venido al grupo?

6.2. Tipología de imágenes

- Persona/imagen/personaje protagonista atrevido, que juega con los límites normativos. Ejemplo: Bart Simpson (de la serie tv “Los Simpson”), youtubers (Elrubius, Auronplay).
- Persona/imagen/personaje adherido a la norma social como característica principal. Ejemplo: Milhouse o Ned Flanders(de la serie tv “Los Simpson”).
- Persona/imagen/personaje que simbolice el mundo del cuidado/crianza con o sin aspectos controvertidos. Ejemplo: Mary Poppins; fotografía de mujer contemplando un bebé en un archivador de una oficina en lugar de en una cuna; imagen de un hombre sosteniendo un bebé; imagen de un adulto enfadado y gritando a un niño.
- Persona/imagen/personaje secundario ninguneado o escasamente reconocido por su entorno que posteriormente desarrolla su potencial y es reconocido por otros. Ejemplo: Arya Stark (de la serie de tv “Juego de Tronos”); Robinhood.
- Persona/imagen/personaje hipercrítico, que tiende a minusvalorar dentro de su contexto social. Ejemplo: jueces de programas televisivos de talentos, Sheldon Cooper (de la serie tv “The Big Band Theory”).
- Persona/imagen/personaje que es admirado a nivel social por sus logros, pero que a nivel personal ha presentado comportamientos inadecuados. Ejemplo: algunos cantantes (Justin Bieber, Britney Spears), algunos futbolistas (Cristiano Ronaldo, Neymar).
- Persona/imagen/personaje de ambos sexos o no definidos a nivel sexual que sean reconocidos y admirados por su apariencia física. Ejemplo: algunos cantantes (Lady Gaga, Beyoncé), actores/actrices.

6.3. Módulo de trabajo con emociones

Modelo circular del afecto y su correspondencia con episodios prototípicos de emoción (Rusell y Feldman-Barrett,1999)



7. REFERENCIAS

- Allen, J. P. (2008). The attachment system in adolescence. In P. Cassidy, J. & Shaver (Ed.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (pp. 418-435). NY: Guilford.
- Allen, J. P., Borman-Spurrell, E., & Hauser, S. T. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.254>
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 40(1), 57–87. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10102726>
- Åslund, C., Nilsson, K. W., Starrin, B., & Sjöberg, R. L. (2007). Shaming experiences and the association between adolescent depression and psychosocial risk factors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(5), 298–304. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0564-1>
- Barber, J. P., & DeRubeis, R. J. (1989). On second thought: Where the action is in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 13(5), 441–457. <https://doi.org/10.1007/BF01173905>
- Baruch, G. (1997). The process of engaging young people with severe developmental disturbance in psychoanalytic psychotherapy: patterns of practice. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(3), 335–353. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9260345>
- Baruch, G., Gerber, A., & Fearon, P. (1998). Adolescents who drop out of psychotherapy at a community-based psychotherapy centre: a preliminary investigation of the characteristics of early drop-outs, late drop-outs and those who continue treatment. *The British Journal of Medical Psychology*, 71 (Pt 3), 233–245. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9733419>

- Bedrosian, R. (1981). The application of cognitive therapy techniques with adolescents. In and R. B. G. Emery, S. Hollon (Ed.), *New directions in cognitive therapy*. NY: The Guilford Press.
- Benjet C, Borges G, Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., & Zambrano-Ruiz J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Publica Mex*, 46, 417–424. <http://www.insp.mx/salud/index.html>
- Bernier, A., Larose, S., & Whipple, N. (2005). Leaving home for college: A potentially stressful event for adolescents with preoccupied attachment patterns. *Attachment and Human Development*. <https://doi.org/10.1080/14616730500147565>
- Bhatia, S. K., & Bhatia, S. C. (2007). Childhood and Adolescent Depression. *Am Fam Physician.*, 75(1), 73–80. www.aafp.org/afp.
- Birmaher, B., Brent, D., AACAP Work Group on Quality Issues, Bernet, W., Bukstein, O., Walter, H., ... Medicus, J. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1503–1526. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318145ae1c>
- Block, J. (1978). Effects of a rational-emotive mental health program on poorly achieving, disruptive high school students. *Journal of Counseling Psychology*, 25(1), 61–65. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.25.1.61>
- Bowlby, J. (1978). Attachment theory and its therapeutic implications. *Adolescent Psychiatry*, 6, 5–33. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/742687>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bragado, C., Bersabé, R., & Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11, 939–956. <http://www.psicothema.com/pdf/337.pdf>

- Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Canals J., Martí-Heneberg C., Fernández J., D. E. (1995). A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population. *Europ Child Adolesc Psychiatry.*, 4(2), 102–111.
- Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.282>
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Erkanli, A., Jane Costello, E., & Angold, A. (2013). Indirect comorbidity in childhood and adolescence. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00144>
- Crittenden, P. M. (1988). Relationships at risk. In B. & T. Nezworski (Ed.), *Clinical implications of attachment theory* (pp. 136–174). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Crittenden, P. M. (1990). Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199023\)11:3<259::AID-IMHJ2280110308>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199023)11:3<259::AID-IMHJ2280110308>3.0.CO;2-J)
- Crittenden, P. M. (2002a). Acercamiento dinámico-madurativo a la continuidad y el cambio en el patrón de apego. In *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego* (pp. 197–217). Promolibro.
- Crittenden, P. M. (2002b). Apego y Psicopatología. In *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego* (pp. 17–62). Promolibro.
- David-Ferdon, C., & Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology : The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 37(1), 62–104*. <https://doi.org/10.1080/15374410701817865>

- Davies, J. M. (1998). Multiple Perspectives on Multiplicity. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(2), 195–206. <https://doi.org/10.1080/10481889809539241>
- DiGiuseppe, R. (1988). A cognitive-behavioral approach to the treatment of conduct disorder children and adolescents. In and D. Epstein , Schlesinger (Ed.), *Cognitive-behavioral therapy with families* (pp. 183–294). NY: Brunner/Mazel.
- Dopheide, J. A. (2006). Recognizing and treating depression in children and adolescents. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 63(3), 233–243. <https://doi.org/10.2146/ajhp050264>
- Eddy Yves, L. S. (2014). *La identidad del Adolescente. Como se construye*. [https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/02-01 Mesa debate - Eddy.pdf](https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/02-01%20Mesa%20debate%20-%20Eddy.pdf)
- Ehrenberg, D. (1992). *The intimate edge: Extending the reach of psychoanalytic interaction*. NY: Norton.
- Encuesta Nacional de Salud*. (2006). [http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/ encuestaNacional/ encuesta2006.htm](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm).
- Erikson, E. (1980). *Identidad, juventud y crisis*. Madrid: Taurus.
- Erikson, E. (2011). *El ciclo vital completado. Edición revisada y ampliada*. Barcelona: Paidós.
- Feldman-Barret, L., & Rusell, J. (1999). The Structure of Current Affect: Controversies and Emerging Consensus. *American Psychological Society*, 8(1), 10–14. <https://www.affective-science.org/pubs/1999/FBRussell99.pdf>
- Fombonne E. (2001). Interpersonal psychotherapy for adolescents. In H. Remschmidt (Ed.), *Psychotherapy with Children and Adolescents* (pp. 124–137). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511666438>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance

for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201–218.
[https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7)

Franko, D. L., Striegel-Moore, R. H., Bean, J., Tamer, R., Kraemer, H. C., Dohm, F.-A., ... Daniels, S. R. (2005). Psychosocial and health consequences of adolescent depression in Black and White young adult women. *Health Psychology*, 24(6), 586–593.
<https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.6.586>

Garber, J., Quiggle, N., Panak, W., & Dodge, K. (1991). Aggression and depression in children: Comorbidity, specificity, and social cognitive processing. In D. C. & S. L. Toth (Ed.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Vol. 2. Internalizing and externalizing expressions of dysfunction* (pp. 225–264). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Garber, J. (2006). Depression in Children and Adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6), 104–125. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.07.007>

Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Paradis, A. D., Hauf, A. M., & Stashwick, C. K. (2001). Major depression and drug disorders in adolescence: general and specific impairments in early adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1426–1433. <https://doi.org/10.1097/00004583-200112000-00013>

Gobinath, A. R., Mahmoud, R., & Galea, L. A. M. (2014). Influence of sex and stress exposure across the lifespan on endophenotypes of depression: focus on behavior, glucocorticoids, and hippocampus. *Frontiers in Neuroscience*, 8, 420.
<https://doi.org/10.3389/fnins.2014.00420>

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf

Haavisto, A., Sourander, A., Multimäki, P., Parkkola, K., Santalahti, P., Helenius, H., ...

- Almqvist, F. (2004). Factors associated with depressive symptoms among 18-year-old boys: a prospective 10-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 83(2–3), 143–154. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.06.008>
- Holmes, J. (2009). Perspectiva integradora del cambio en psicoterapia. In *Teoría del Apego y Psicoterapia: en busca de la base segura*. (pp. 75–92). Desclée de Brouwer.
- Kazdin, A. E. (2010). Psychotherapy in child and adolescents. In L. M. J. B. and Garfield's (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th Ed, pp. 543–589). NY: Wiley.
- Kirchmann, H., Steyer, R., Mayer, A., Joraschky, P., Schreiber-Willnow, K., & Strauss, B. (2012). Effects of adult inpatient group psychotherapy on attachment characteristics: an observational study comparing routine care to an untreated comparison group. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 22(1), 95–114. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.626807>
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. (1984). *Interpersonal psychotherapy for depression*. NY: Basic Books.
- Kobak, R. R., Sudler, N., & Gamble, W. (1991). Attachment and depressive symptoms during adolescence: A developmental pathways analysis. *Development and Psychopathology*, 3(4), 461–474. <https://doi.org/10.1017/S095457940000763X>
- Kraft, I. A. (1980). Group therapy with children and adolescents. In R. M. B. and B. J. B. Pirooz Sholevar (Ed.), *Emotional disorders in children and adolescents* (p. 109). New York, NY US: Pergamon Press.
- Kraft, I. A. (1989). A selective overview. In L. H. R. F J C Azima (Ed.), *Adolescent Group Psychotherapy* (p. 55). Madison, Conn: International Universities Press.
- Kymissis, P. (1996). Terapia de grupo con adolescentes. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Terapia de Grupo* (p. 631). Medica Panamericana.
- Lacasa, F., Alvarez, M. M., Navarro, M. A., Cruz, E. M., & Richart, T. (2014). *Tratamiento*

grupal de regulación emocional e interpersonal para niños y adolescentes. Barcelona: Ediciones Sant Joan Déu-Campus Docent, Colección Manuales.

- Larose, S., & Bernier, A. (2001). Social support processes: Mediators of attachment state of mind and adjustment in late adolescence. *Attachment and Human Development*. <https://doi.org/10.1080/14616730010024762>
- Le, H., & Boyd, R. (2006). Prevention of major depression: Early detection and early intervention in the general population. *Clinical Neuropsychiatry*. <https://psycnet.apa.org/record/2006-07075-002>
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H., & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21(4), 385–401. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80353-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80353-3)
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews. Neuroscience*, 10(6), 434–445. <https://doi.org/10.1038/nrn2639>
- Lyons-Ruth, K., & Group, B. C. P. S. (2001). The emergence of new experiences: Relational improvisation, recognition process, and non-linear change in psychoanalytic psychotherapy. *Psychologist/Psychoanalyst*, 21(4), 13–17.
- Lyons-Ruth, Karlen, Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., ... Tronick, E. Z. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282–289. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<282::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<282::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-O)
- Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(4), 576–617. <https://doi.org/10.1080/07351699909534267>
- Macías Valadez Tamayo, G. (1985). Psicoterapia del niño y del adolescente deprimidos. *Salud Ment*, 3–7. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-31484>

- Mackenzie K R. (1994). The developing structure of the therapy group system. In K. R. Bernard, H. S. & MacKenzie (Ed.), *Basics of group psychotherapy* (pp. 35–59). NY: Guilford Press.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment: Findings and directions for future research. In & P. M. C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde (Ed.), *Attachment across the life cycle* (pp. 127–159). London: Tavistock/Routled.
- Maroda, K. (1999). *Seduction, surrender, and transformation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016a). An Attachment perspective on Interpersonal Regulation. In *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. (2nd ed., pp. 261–298). NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016b). Attachment bases of Psychopathology. In *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. (2nd ed., pp. 395–442). NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016c). Attachment Processes and Couple Functioning. In *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. (2nd ed., pp. 299–346). NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016d). Attachment Processes and Emotion Regulation. In *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. (pp. 187–225). NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016e). Implications of Attachment theory and research for counseling and Psychotherapy. In *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. (2nd ed., pp. 443–472). NY: Guilford Press.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Moreau, D., & Weissman, M. (2004). *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents* (2nd ed.). NY: Guilford Press.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., & Weissman, M. M.

- (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 61(6), 577–584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.6.577>
- Mufson, L., Gallagher, T., Dorta, K. P., & Young, J. F. (2004). A group adaptation of Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 58(2), 220–237. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15373283>
- Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D., & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56(6), 573–579. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10359475>
- Mufson L., & Sills, R. (2006). Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A): an overview. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(6), 431–437. <https://doi.org/10.1080/08039480601022397>
- Muñoz, R. F., Aguilar-Gaxiola, S., Guzmán, J., RAND Health., Rand Corporation., & United States. Agency for Healthcare Research and Quality. (2000). *Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual depresión*. RAND. https://books.google.es/books/about/Group_Therapy_Manual.html?id=iW3iwAEACA-AJ&redir_esc=y
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349(9064), 1498–1504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)07492-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)07492-2)
- Mutlu, A. K., Schneider, M., Debbané, M., Badoud, D., Eliez, S., & Schaer, M. (2013). Sex differences in thickness, and folding developments throughout the cortex. *NeuroImage*, 82, 200–207. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.05.076>
- NICE. (2019). Recommendations | Depression in children and young people: identification and management | Guidance | NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134/chapter/Recommendations#step-1-detection-risk-profiling-and-referral>

- O'Shea, G., Spence, S. H., & Donovan, C. L. (2015). Group versus Individual Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(01), 1–19. <https://doi.org/10.1017/S1352465814000216>
- Pine, D. S., Cohen, E., Cohen, P., & Brook, J. (1999). Adolescent Depressive Symptoms as Predictors of Adult Depression: Moodiness or Mood Disorder? *Am J Psychiatry* (Vol. 156). <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdfplus/10.1176/ajp.156.1.133>
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The Risk for Early-Adulthood Anxiety and Depressive Disorders in Adolescents With Anxiety and Depressive Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55(1), 56. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.1.56>
- Rauch, S., Whalen, P., Shin, L., McInerney, S., Macklin, M., Lasko, N., ... Pitman, R. (2000). Exaggerated amygdala response to masked facial stimuli in posttraumatic stress disorder: a functional MRI study. *Biological Psychiatry*, 47(9). [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00828-3](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00828-3)
- Richardson, L. P., & Katzenellenbogen, R. (2005). Childhood and adolescent depression: The role of primary care providers in diagnosis and treatment. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 35(1), 6–24. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2004.09.001>
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). *Adolescent Attachment and Psychopathology*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Vol. 64).
- Rosselló, J., Bernal, G., & Rivera-Medina, C. (2008). Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 14(3), 234–245. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.14.3.234>
- Schore, A. N. (2002). Advances in Neuropsychoanalysis, Attachment Theory, and Trauma Research: Implications for Self Psychology. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 433–484. <https://doi.org/10.1080/07351692209348996>
- Schrodt, G. R., & Fitzgerald, B. A. (1987). Cognitive Therapy with Adolescents. *American*

Journal of Psychotherapy, 41(3), 402–408.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1987.41.3.402>

Schrodt G. & Wright J. (1986). Inpatient treatment of adolescents. In Freeman and V Greenwood (Ed.), *Cognitive Therapy: Applications in psychiatric and medical settings*. NY: Human Science Press.

Shaw, P., Kabani, N. J., Lerch, J. P., Eckstrand, K., Lenroot, R., Gogtay, N., ... Wise, S. P. (2008). Neurodevelopmental Trajectories of the Human Cerebral Cortex. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.5309-07.2008>

Shin, L., Orr, S., Carson, M., Rauch, S., Macklin, M., Lasko, N., ... Pitman, R. (2004). Regional cerebral blood flow in the amygdala and medial prefrontal cortex during traumatic imagery in male and female Vietnam veterans with PTSD. *Archives of General Psychiatry*, 61(2). <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.61.2.168>

Snyder, J. J., & White, M. J. (1979). The use of cognitive self-instruction in the treatment of behaviorally disturbed adolescents. *Behavior Therapy*, 10(2), 227–235. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(79\)80040-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(79)80040-4)

Stern, D. N. (2002). The change process in psychoanalysis. In *Presented at the San Francisco Psychoanalytic Institute*. San Francisco.

Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., ... Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The “something more” than interpretation. The Process of Change Study Group. *The International Journal of Psychoanalysis*, 79 (Pt 5), 903–921. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9871830>

The National Advisory Mental Health Council Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention Development and Deployment. (2001). *Blueprint for Change: Research on Child and Adolescent Mental Health*. Washington, DC.

Von Klitzing, K., White, L. O., Otto, Y., Fuchs, S., Egger, H. L., & Klein, A. M. (2014). Depressive comorbidity in preschool anxiety disorder. *Journal of Child Psychology and*

Psychiatry and Allied Disciplines. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12222>

- Wallin, D. J. (2007a). Deepening the Clinical Dimension of Attachment Theory. Intersubjectivity and the Relational Perspective. In *Attachment in Psychotherapy* (pp. 167–189). NY: Guilford Press.
- Wallin, D. J. (2007b). How Attachment Relationships Shape the Self. In *Attachment in Psychotherapy* (pp. 99–112). NY: Guilford Press.
- Wallin, D. J. (2007c). Mentalizing and Mindfulness: The Double Helix of Psychological Liberation. In *Attachment in Psychotherapy* (pp. 307–338). NY: Guilford Press.
- Wallin, D. J. (2007d). Nonverbal Experience and the “Unthought Known”: Accessing the Emotional Core of the Self. In *Attachment in Psychotherapy* (pp. 115–132). NY: Guilford Press.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. (Routledge/Taylor & Francis Group., Ed.) (2nd ed.). <https://psycnet.apa.org/record/2008-07548-000>
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., ... Wickramaratne, P. (1999). Depressed Adolescents Grown Up. *JAMA*, *281*(18), 1707. <https://doi.org/10.1001/jama.281.18.1707>
- Wilfley, D. E, Mackenzie, K R, Welch, R R Ayres, V E, et al. (2000). *Interpersonal psychotherapy for group*. NY: Basic Books.
- Yalom, I. D., Yalom, B., & Bayo Margalef, J. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Paidós.
- Zarb, J. (1992). *Cognitive-behavioral assessment and therapy with adolescents*. Brunner/Mazel. <https://psycnet.apa.org/record/1992-98759-000>
- Zuckerbrot, R. A., Cheung, A. H., Jensen, P. S., Stein, R. E. K., Laraque, D., & GLAD-PC Steering Group. (2007). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-

PC): I. Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics*, 120(5), e1299–e1312. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1144>

8. AGRADECIMIENTOS

Es difícil de abarcar la lista de personas que han contribuido, con sus distintas aportaciones, a la realización de ésta integración de perspectivas y abordajes para la intervención con población adolescente, que es producto de más de 10 años de reflexiones individuales y compartidas, y que ahora, me he atrevido a estructurar de forma operativa. Han habido muchas personas en su etapa como residentes (Ana Rosa, Sara, Beatriz, Lara), que han contribuido a dar una óptica externa, como observadoras del grupo, en relación a las vicisitudes y dificultades que surgen en el desarrollo de los mismos, y a dar una óptica fresca sobre los dilemas a los que se enfrentan los/las terapeutas noveles en su rol. También a las que han contribuido en el proceso de evaluación de los grupos (Mar, Miriam, Araceli) para tener feed-back de los cambios que han podido generar las intervenciones, tanto desde el punto de visto cuantitativo como cualitativo. A las personas que me han acompañado a reflexionar sobre mi propio rol como terapeuta de forma más cercana, como grupo de supervisión (Mariano, Laura, Eva, Teresa, Luis Felipe), mil gracias por vuestros reconfortantes puntos de vista. A Isabel, que como co-terapeuta en la última etapa, ha impulsado reflexiones cruciales en relación al curso del grupo y el clima emocional que permite cambios cualitativamente diferentes en la vinculación de los participantes con el espacio grupal. Al equipo de infanto-juvenil de Alcalá de Henares (Rafa, Abigail, Angeles y Charo, también como compañera en las intervenciones), gracias por vuestro apoyo en la puesta en marcha de los diferentes abordajes. A Alberto por su inmensa paciencia, tanto para apoyar en la supervisión del desarrollo del proyecto, como para facilitar alternativas para afrontar las dificultades que han ido surgiendo en el proceso. A Ana por coger el relevo en algunas de estas funciones. A todos los pacientes que han aceptado la posibilidad de confiar en un espacio grupal como lugar seguro para el cambio. A mi familia, fuente de aliento y apoyo, y también de relaciones sobre las que reflexionar. Sobre todo, a mi madre, fallecida en este pasado año tan duro, que como cuidadora personal y profesional, ha sido un modelo y una fuente inagotable de apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2001). *Child Behavior Checklist for ages 6-18. Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ajuriaguerra, J., & López-Zea, A. (2007). El niño, el adolescente y la sociedad. In *Manual de Psiquiatría Infantil* (4ª, pp. 870–876).
- Allen, J. P. (2008). The attachment system in adolescence. In P. Cassidy, J. & Shaver (Ed.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (pp. 418-435.). NY: Guilford.
- Allen, J. P., Borman-Spurrell, E., & Hauser, S. T. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.254>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA US: American Psychiatric Press.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 40(1), 57–87.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10102726>
- Armsden, G. C., McCauley, E., Greenberg, M. T., Burke, P. M., & Mitchell, J. R. (1990). Parent and peer attachment in early adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(6), 683–697. <https://doi.org/10.1007/BF01342754>
- Asarnow, J. R., Jaycox, L. H., & Tompson, M. C. (2001). Depression in youth: psychosocial interventions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(1), 33–47.
https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3001_5
- Asarnow, J. R., Hughes, J. L., Babeva, K. N., & Sugar, C. A. (2017). Cognitive-Behavioral Family Treatment for Suicide Attempt Prevention: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.015>

- Åslund, C., Nilsson, K. W., Starrin, B., & Sjöberg, R. L. (2007). Shaming experiences and the association between adolescent depression and psychosocial risk factors. *European Child & Adolescent Psychiatry, 16*(5), 298–304.
<https://doi.org/10.1007/s00787-006-0564-1>
- Auerbach, R. P., Admon, R., & Pizzagalli, D. A. (2014). Adolescent Depression: Stress and Reward Dysfunction. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000034>
- Barber, J. P., & DeRubeis, R. J. (1989). On second thought: Where the action is in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 13*(5), 441–457. <https://doi.org/10.1007/BF01173905>
- Baruch, G. (1997). The process of engaging young people with severe developmental disturbance in psychoanalytic psychotherapy: patterns of practice. *Bulletin of the Menninger Clinic, 61*(3), 335–353.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9260345>
- Baruch, G., Gerber, A., & Fearon, P. (1998). Adolescents who drop out of psychotherapy at a community-based psychotherapy centre: a preliminary investigation of the characteristics of early drop-outs, late drop-outs and those who continue treatment. *The British Journal of Medical Psychology, 71* (Pt 3), 233–245. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9733419>
- Bedrosian, R. (1981). The application of cognitive therapy techniques with adolescents. In and R. B. G. Emery, S. Hollon (Ed.), *New directions in cognitive therapy*. NY: The Guilford Press.
- Benjet C., Borges G., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., & Zambrano-Ruiz J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Publica Mex, 46*, 417–424.
<http://www.insp.mx/salud/index.html>
- Bernier, A., Larose, S., & Whipple, N. (2005). Leaving home for college: A potentially stressful event for adolescents with preoccupied attachment patterns. *Attachment and Human Development*.
<https://doi.org/10.1080/14616730500147565>
- Bhatia, S. K., & Bhatia, S. C. (2007). Childhood and Adolescent Depression. *Am Fam Physician., 75*(1), 73–80. www.aafp.org/afp.

- Bird, H., Canino, G., Rubio-Stiper, M., & Ribera, J. (1987). Further measures of the psychometric properties of the Children's Global Assessment Scale. *Archives of General Psychiatry*, *44*, 821–824.
- Birmaher, B., Brent, D., AACAP Work Group on Quality Issues, Bernet, W., Bukstein, O., Walter, H., ... Medicus, J. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(11), 1503–1526.
<https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318145ae1c>
- Blatt, S. J., & Luyten, P. (2009). A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology*, *21*(3), 793–814.
<https://doi.org/10.1017/S0954579409000431>
- Block, J. (1978). Effects of a rational-emotive mental health program on poorly achieving, disruptive high school students. *Journal of Counseling Psychology*, *25*(1), 61–65. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.25.1.61>
- Blos, P. (2011). ¿Cuándo y cómo termina la adolescencia? Criterios estructurales para establecer la conclusión de la adolescencia. In *La transición adolescente* (3ª, pp. 327–340). Buenos Aires: Amorrortu.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, *59*(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bowlby, J. (1978). Attachment theory and its therapeutic implications. *Adolescent Psychiatry*, *6*, 5–33. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/742687>
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bragado, C., Bersabé, R., & Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, *11*, 939–956. <http://www.psicothema.com/pdf/337.pdf>
- Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

- Canals J., Martí-Heneberg C., Fernández J., D. E. (1995). A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population. *Europ Child Adolesc Psychiatry*, 4(2), 102–111.
- Chorpita, B., & Barlow, D. (1998). The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1).
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.124.1.3>
- Cicchetti, D., & Tucker, D. (1994). Development and self-regulatory structures of the mind. *Development and Psychopathology*, 6, 533–549.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development. *Psychiatry*, 56(1), 96–118.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8488217>
- Cicchetti, D., & Toth, S. (1998). The Development of Depression in Children and Adolescents. *American Psychologist*, 53(2), 221–241.
<https://pdfs.semanticscholar.org/b186/5bdddcdc0d56863e12731946b3668ea575c5.pdf>
- Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.282>
- Colodrón, M., Olmedo, M., Del Barrio, V., & Roa, M. (2002). Primera adaptación del CDI-S a población española. *Acción Psicológica*, 1, 263–272.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Erkanli, A., Jane Costello, E., & Angold, A. (2013). Indirect comorbidity in childhood and adolescence. *Frontiers in Psychiatry*.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00144>
- Crittenden, P. M. (1988). Relationships at risk. In B. & T. Nezworski (Ed.), *Clinical implications of attachment theory* (pp. 136–174). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Crittenden, P. M. (1990). Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199023\)11:3<259::AID-IMHJ2280110308>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199023)11:3<259::AID-IMHJ2280110308>3.0.CO;2-J)
- Crittenden, P. M. (2002a). Acercamiento dinámico-madurativo a la continuidad y el cambio en el patrón de apego. In *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del*

- apego* (pp. 197–217). Promolibro.
- Crittenden, P. M. (2002b). Apego y Psicopatología. In *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego* (pp. 17–62). Promolibro.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H., Stikkelbroek, Y., ... Furukawa, T. A. (2021). The effects of psychological treatments of depression in children and adolescents on response, reliable change, and deterioration: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01884-6>
- Davey, C. G., Yu˘cel, Y., & Allen, N. B. (2008). The emergence of depression in adolescence: Development of the prefrontal cortex and the representation of reward. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *32*, 1–19. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.04.016>
- David-Ferdon, C., & Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology : The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, *37*(1), 62–104. <https://doi.org/10.1080/15374410701817865>
- Davies, J. M. (1998). Multiple Perspectives on Multiplicity. *Psychoanalytic Dialogues*, *8*(2), 195–206. <https://doi.org/10.1080/10481889809539241>
- Del Barrio, V., & Carrasco, M. (2004). *CDI: Inventario de Depresió Infantil*. Madrid: TEA.
- Dietz, L. J., Mufson, L., Irvine, H., & Brent, D. A. (2008). Family-based interpersonal psychotherapy for depressed preadolescents: an open-treatment trial. *Early Intervention in Psychiatry*, *2*(3), 154–161. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2008.00077.x>
- DiGiuseppe, R. (1988). A cognitive-behavioral approach to the treatment of conduct disorder children and adolescents. In and D. Epstein , Schlesinger (Ed.), *Cognitive-behavioral therapy with families* (pp. 183–294). NY: Brunner/Mazel.
- Dillon, D. G., Rosso, I. M., Pechtel, P., Killgore, W. D. S., Rauch, S. L., & Pizzagalli, D. A. (2014). Peril and pleasure: an Rdoc-inspired examination of threat responses and reward processing in anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, *31*, 233–249. <https://doi.org/10.1002/da.22202>

- Domènech Llaberia, E., & Polaino-Lorente, A. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. ESPAXS.
- Dopheide, J. A. (2006). Recognizing and treating depression in children and adolescents. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 63(3), 233–243.
<https://doi.org/10.2146/ajhp050264>
- Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in Adolescents: Protective Role of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem, and Social Activities on Experience of Stress and Depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 343–363.
<https://doi.org/10.1023/A:1021637011732>
- Eddy Yves, L. S. (2014). *La identidad del Adolescente. Como se construye*.
[https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/02-01 Mesa debate - Eddy.pdf](https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/02-01%20Mesa%20debate%20-%20Eddy.pdf)
- Ehrenberg, D. (1992). *The intimate edge: Extending the reach of psychoanalytic interaction*. NY: Norton.
- Ekbäck, E., Granåsen, G., Svärling, R., Blomqvist, I., & Henje, E. (2021). Clinical Effectiveness of Training for Awareness Resilience and Action Online Compared to Standard Treatment for Adolescents and Young Adults With Depression: Study Protocol and Analysis Plan for a Pragmatic, Multi-Center Randomized Controlled Superiority Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 674583.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.674583>
- Elder, G. H., & Conger, R. (2000). *Children of the land : adversity and success in rural America*. University of Chicago Press.
- Encuesta Nacional de Salud*. (2006). [http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/ encuestaNacional/ encuesta2006.htm](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/ encuesta2006.htm).
- Erikson, E. (1980). *Identidad, juventud y crisis*. Madrid: Taurus.
- Erikson, E. (2011). *El ciclo vital completado. Edición revisada y ampliada*. Barcelona: Paidós.
- Essex, M. J., Boyce, W. T., Hertzman, C., Lam, L. L., Armstrong, J. M., Neumann, S. M. A., & Kobor, M. S. (2013). Epigenetic vestiges of early developmental adversity: childhood stress exposure and DNA methylation in adolescence. *Child Development*, 84(1), 58–75. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01641.x>

- Estevez, E., Murgui, S., Musitu, G., & Moreno, D. (2008). Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 119–128. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243016300009>
- Ezpeleta, L., Granero, R., & de la Osa, N. (1999). Evaluación del deterioro en niños y adolescentes a través de la Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1, 18–26.
- Feldman-Barret, L., & Rusell, J. (1999). The Structure of Current Affect: Controversies and Emerging Consensus. *American Psychological Society*, 8(1), 10–14. <https://www.affective-science.org/pubs/1999/FBRussell99.pdf>
- Fombonne E. (2001). Interpersonal psychotherapy for adolescents. In H. Remschmidt (Ed.), *Psychotherapy with Children and Adolescents* (pp. 124–137). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511666438>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201–218. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7)
- Franko, D. L., Striegel-Moore, R. H., Bean, J., Tamer, R., Kraemer, H. C., Dohm, F.-A., ... Daniels, S. R. (2005). Psychosocial and health consequences of adolescent depression in Black and White young adult women. *Health Psychology*, 24(6), 586–593. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.6.586>
- Freud, A. (1958). Adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 13, 255–278. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13614588>
- Frías, D. (1990). *Autoconcepto y Depresión Infantil. Tesis doctoral*. Universidad de Valencia.
- Fristad, M. A., Emery, B. L., & Beck, S. J. (1997). Use and abuse of the Children's Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 699–702. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.65.4.699>
- Garber, J., Quiggle, N., Panak, W., & Dodge, K. (1991). Aggression and depression in children: Comorbidity, specificity, and social cognitive processing. In D. C. & S. L. Toth (Ed.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Vol. 2*.

- Internalizing and externalizing expressions of dysfunction* (pp. 225–264). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Garber, J. (2006). Depression in Children and Adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6), 104–125.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.07.007>
- Garvey, M., Avenevoli, S., Anderson, K., Dr, Anderson, K., & Dr. (2016). The National Institute of Mental Health Research Domain Criteria and Clinical Research in Child and Adolescent Psychiatry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(2), 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.11.002>
- Geirhos, A., Domhardt, M., Lunkenheimer, F., Temming, S., Holl, R. W., Minden, K., ... Baumeister, H. (2022). Feasibility and potential efficacy of a guided internet- and mobile-based CBT for adolescents and young adults with chronic medical conditions and comorbid depression or anxiety symptoms (youthCOACHCD): a randomized controlled pilot trial. *BMC Pediatrics*, 22(1), 69.
<https://doi.org/10.1186/s12887-022-03134-3>
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). Adult Attachment Interview Protocol. Universidad de California.
- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Paradis, A. D., Hauf, A. M., & Stashwick, C. K. (2001). Major depression and drug disorders in adolescence: general and specific impairments in early adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1426–1433. <https://doi.org/10.1097/00004583-200112000-00013>
- Gobinath, A. R., Mahmoud, R., & Galea, L. A. M. (2014). Influence of sex and stress exposure across the lifespan on endophenotypes of depression: focus on behavior, glucocorticoids, and hippocampus. *Frontiers in Neuroscience*, 8, 420.
<https://doi.org/10.3389/fnins.2014.00420>
- Gruhn, M. A., & Compas, B. E. (2020). Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 103, 104446. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104446>
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la

- Infancia y en la Adolescencia. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf
- Gunnar, M., & Quevedo, K. (2007). The Neurobiology of Stress and Development. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 145–173.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085605>
- Haavisto, A., Sourander, A., Multimäki, P., Parkkola, K., Santalahti, P., Helenius, H., ... Almqvist, F. (2004). Factors associated with depressive symptoms among 18-year-old boys: a prospective 10-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 83(2–3), 143–154. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.06.008>
- Haidl, T. K., Hedderich, D. M., Rosen, M., Kaiser, N., Seves, M., Lichtenstein, T., ... Koutsouleris, N. (2021). The non-specific nature of mental health and structural brain outcomes following childhood trauma. *Psychological Medicine*, 1–10.
<https://doi.org/10.1017/S0033291721002439>
- Henje Blom, E., Ho, T. C., Connolly, C. G., LeWinn, K. Z., Sacchet, M. D., Tymofiyeva, O., ... Yang, T. T. (2016). The neuroscience and context of adolescent depression. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 105(4), 358–365.
<https://doi.org/10.1111/apa.13299>
- Hesse, E. (1999). The adult attachment interview: Historical and current perspectives. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Ed.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 395–433). The Guilford Press.
- Holmes, J. (2009). Perspectiva integradora del cambio en psicoterapia. In *Teoría del Apego y Psicoterapia: en busca de la base segura*. (pp. 75–92). Desclée de Brouwer.
- Ivanova, M., Dobrean, A., Dopfner, M., Erol, N., Fombonne, E., Fonseca, A., ... Chen, W. J. (2007). Testing the 8-syndrome structure of the child behavior checklist in 30 societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology : The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 36(3), 405–417.
<https://doi.org/10.1080/15374410701444363>
- Kandel, D. B., & Davies, M. (1986). Adult Sequelae of Adolescent Depressive Symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 43(3), 255.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800030073007>

- Kaslow, M., Deering, C., & Racusia, G. (1994). Depressed children and their families. *Clinical Psychological Review*, 14, 39–59.
- Kazdin, A. E. (2010). Psychotherapy in children and adolescents. In L. M. J. B. and Garfield's (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th Ed, pp. 543–589). NY: Wiley.
- Kirchmann, H., Steyer, R., Mayer, A., Joraschky, P., Schreiber-Willnow, K., & Strauss, B. (2012). Effects of adult inpatient group psychotherapy on attachment characteristics: an observational study comparing routine care to an untreated comparison group. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 22(1), 95–114.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2011.626807>
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. (1984). *Interpersonal psychotherapy for depression*. NY: Basic Books.
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in Late Adolescence: Working Models, Affect Regulation, and Representations of Self and Others. *Child Development*, 59(1), 135. <https://doi.org/10.2307/1130395>
- Kobak, R. R., Sudler, N., & Gamble, W. (1991). Attachment and depressive symptoms during adolescence: A developmental pathways analysis. *Development and Psychopathology*, 3(4), 461–474. <https://doi.org/10.1017/S095457940000763X>
- Kovacs, M. (1992). *The Children's Depression Inventory (CDI) manual North Tanawanda*. New York: Multi-Health Systems.
- Kovacs, M., Del Barrio, V., & Carrasco, M. (2004). *CDI: inventario de depresión infantil: manual*. Madrid: TEA.
- Kraft, I. A. (1980). Group therapy with children and adolescents. In R. M. B. and B. J. B. Pirooz Sholevar (Ed.), *Emotional disorders in children and adolescents* (p. 109). NY US: Pergamon Press.
- Kraft, I. A. (1989). A selective overview. In L. H. R. F J C Azima (Ed.), *Adolescent Group Psychotherapy* (p. 55). Madison, Conn: International Universities Press.
- Kymissis, P. (1996). Terapia de grupo con adolescentes. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Terapia de Grupo* (p. 631). Medica Panamericana.

- Lacasa, F., Alvarez, M. M., Navarro, M. A., Cruz, E. M., & Richart, T. (2014). *Tratamiento grupal de regulación emocional e interpersonal para niños y adolescentes*. Barcelona: Ediciones Sant Joan Déu-Campus Docent, Colección Manuales.
- Larose, S., & Bernier, A. (2001). Social support processes: Mediators of attachment state of mind and adjustment in late adolescence. *Attachment and Human Development*. <https://doi.org/10.1080/14616730010024762>
- Le, H., & Boyd, R. (2006). Prevention of major depression: Early detection and early intervention in the general population. *Clinical Neuropsychiatry*. <https://psycnet.apa.org/record/2006-07075-002>
- Lee, E. J., & Stone, S. I. (2012). Co-Occurring Internalizing and Externalizing Behavioral Problems: The Mediating Effect of Negative Self-Concept. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(6), 717–731. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9700-4>
- Leung, P. W. L., Kwong, S. L., Tang, C. P., Ho, T. P., Hung, S. F., Lee, C. C., ... Liu, W. S. (2006). Test-retest reliability and criterion validity of the Chinese version of CBCL, TRF, and YSR. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47(9), 970–973. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01570.x>
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H., & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21(4), 385–401. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80353-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80353-3)
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 434–445. <https://doi.org/10.1038/nrn2639>
- Luthar, S. S. (1991). *Vulnerability and Resilience: A Study of High-Risk Adolescents*.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10953923>
- Luthar, S. S., & Zelazo, L. B. (2003). Research on resilience: An integrative review. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 510–549). Cambridge: Cambridge University Press.
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2017). The stress-reward-mentalizing model of depression: An integrative developmental cascade approach to child and adolescent

- depressive disorder based on the Research Domain Criteria (RDoC) approach. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.008>
- Lyons-Ruth, K., & Group, B. C. P. S. (2001). The emergence of new experiences: Relational improvisation, recognition process, and non-linear change in psychoanalytic psychotherapy. *Psychologist/Psychoanalyst*, 21(4), 13–17.
- Lyons-Ruth, K., Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., ... Tronick, E. Z. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282–289. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<282::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<282::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-O)
- Lyons - Ruth, K. (1999). The two - person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(4), 576–617. <https://doi.org/10.1080/07351699909534267>
- Macías Valadez Tamayo, G. (1985). Psicoterapia del niño y del adolescente deprimidos. *Salud Ment*, 3–7. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-31484>
- Mackenzie K R. (1994). The developing structure of the therapy group system. In K. R. Bernard, H. S. & MacKenzie (Ed.), *Basics of group psychotherapy* (pp. 35–59). NY: Guilford Press.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment: Findings and directions for future research. In & P. M. C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde (Ed.), *Attachment across the life cycle* (pp. 127–159). London: Tavistock/Routled.
- Main, M., Goldwyn, R., Hesse, E., & Gojman, S. (2010). *Sistema de Calificación y Clasificación de la Entrevista del Apego Adulto*. Universidad de California.
- Main, M., & Solomon. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In & E. M. C. M. Greenberg, D. Cicchetti (Ed.), *Attachment during the preschool years* (pp. 121–160). Chicago: University of Chicago Press.

- Mandelli, L., Petrelli, C., & Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. *Childhood trauma and adult depression. European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists, 30*(6). <https://doi.org/10.1016/J.EURPSY.2015.04.007>
- Maroda, K. (1999). *Seduction, surrender, and transformation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- McNeil, S. L., Andrews, A. R., & Cohen, J. R. (2020). Emotional Maltreatment and Adolescent Depression: Mediating Mechanisms and Demographic Considerations in a Child Welfare Sample. *Child Development, 91*(5), 1681–1697. <https://doi.org/10.1111/cdev.13366>
- Mesman, J., IJzendoorn, M. H. van, & Sagi-Schwartz, A. (2016). Cross-cultural Patterns of attachment: universal and contextual dimensions. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Application* (Third, pp. 852–877). NY/London: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016a). An Attachment perspective on Interpersonal Regulation. In *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. (2nd ed., pp. 261–298). NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016b). Attachment bases of Psychopathology. In *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. (2nd ed., pp. 395–442). NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016c). Attachment Processes and Couple Functioning. In *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. (2nd ed., pp. 299–346). NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016d). Attachment Processes and Emotion Regulation. In *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. (pp. 187–225). NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016e). Implications of Attachment theory and research for counseling and Psychotherapy. In *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. (2nd ed., pp. 443–472). NY: Guilford Press.
- Morse, J. M. (2000). Determining Sample Size. *Qualitative Health Research, 10*(1), 3–5. <https://doi.org/10.1177/104973200129118183>

- Mufson, L., Dorta, K. P., Moreau, D., & Weissman, M. (2004). *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents* (2nd ed.). NY: Guilford Press.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., & Weissman, M. M. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, *61*(6), 577–584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.6.577>
- Mufson, L., Gallagher, T., Dorta, K., & Young, J. (2004). A group adaptation of Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, *58*(2), 220–237. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15373283>
- Mufson, L., Moreau, D., Weissman, M., Wickramaratne, P., Martin, J., & Samoilov, A. (1994). Modification of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents (IPT-A): phase I and II studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *33*(5), 695–705. <https://doi.org/10.1097/00004583-199406000-00011>
- Mufson, L., Weissman, M., Moreau, D., & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, *56*(6), 573–579. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10359475>
- Mufson, L., & Sills, R. (2006). Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A): an overview. *Nordic Journal of Psychiatry*, *60*(6), 431–437. <https://doi.org/10.1080/08039480601022397>
- Muñoz, R. F., Aguilar-Gaxiola, S., Guzmán, J., RAND Health., Rand Corporation., & United States. Agency for Healthcare Research and Quality. (2000). *Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual depresion*. RAND. https://books.google.es/books/about/Group_Therapy_Manual.html?id=iW3iwaEACAAJ&redir_esc=y
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, *349*(9064), 1498–1504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)07492-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)07492-2)
- Musitu, G., Buelga, S., M, L., & Cava, M. J. (2001). *Familia y adolescencia: un modelo de análisis e intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.

- Musitu, G., & Cava, M. J. (2003). *El rol del apoyo social en el ajuste de los Adolescentes. Intervención Psicosocial* (Vol. 12). <https://www.uv.es/lisis/mjesus/8cava.pdf>
- Mutlu, A. K., Schneider, M., Debbané, M., Badoud, D., Eliez, S., & Schaer, M. (2013). Sex differences in thickness, and folding developments throughout the cortex. *NeuroImage*, 82, 200–207. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.05.076>
- NICE. (2019). Recommendations | Depression in children and young people: identification and management | Guidance | NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134/chapter/Recommendations#step-1-detection-risk-profiling-and-referral>
- National Institute of Mental Health. NIMH » About RDoC. Retrieved March 21, 2022, from <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/about-rdoc>
- O’Shea, G., Spence, S. H., & Donovan, C. L. (2015). Group versus Individual Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(01), 1–19. <https://doi.org/10.1017/S1352465814000216>
- Parry-Jones, W. L. (2001). Historical aspects of mood and its disorders in young people. In I. M. Goodyer (Ed.), *The depressed child and adolescent* (pp. 1–23). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543821.002>
- Pérez Álvarez, M. (2015). Más allá del DSM-5: dimensiones transdiagnósticas y psicopatología fenomenológica. *Boletín Psicoevidencias*, 42. Retrieved from <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/articulos-de-opinion/74-mas-alla-del-dsm-5/file>
- Pine, D. S., Cohen, E., Cohen, P., & Brook, J. (1999). Adolescent Depressive Symptoms as Predictors of Adult Depression: Moodiness or Mood Disorder? *Am J Psychiatry*, 156(1), 133-5. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdfplus/10.1176/ajp.156.1.133>
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The Risk for Early-Adulthood Anxiety and Depressive Disorders in Adolescents With Anxiety and Depressive Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55(1), 56.

- <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.1.56>
- Pinquart, M., Feussner, C., & Ahnert, L. (2013). Meta-analytic evidence for stability in attachments from infancy to early adulthood. *Attachment & Human Development, 15*(2), 189–218. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.746257>
- Pizzagalli, D. A. (2014). Depression, Stress, and Anhedonia: Toward a Synthesis and Integrated Model. *Annu. Rev. Clin. Psychol, 10*, 393–423. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185606>
- Rauch, S., Whalen, P., Shin, L., McInerney, S., Macklin, M., Lasko, N., ... Pitman, R. (2000). Exaggerated amygdala response to masked facial stimuli in posttraumatic stress disorder: a functional MRI study. *Biological Psychiatry, 47*(9). [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00828-3](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00828-3)
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.2.330>
- Richardson, L. P., & Katzenellenbogen, R. (2005). Childhood and adolescent depression: The role of primary care providers in diagnosis and treatment. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 35*(1), 6–24. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2004.09.001>
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). *Adolescent Attachment and Psychopathology. Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Vol. 64).
- Rosselló, J., Bernal, G., & Rivera-Medina, C. (2008). Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 14*(3), 234–245. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.14.3.234>
- Sameroff, A. J., Seifer, R., & Zax, M. (1982). Early development of children at risk for emotional disorder. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 47*(Serial No. 199).
- Santomauro, D., Sheffield, J., & Sofronoff, K. (2016). Depression in Adolescents with ASD: A Pilot RCT of a Group Intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 46*(2), 572–588. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2605-4>
- Scales, P. C. (1991). A Portrait of Young Adolescents in the 1990s: Implications for

- Promoting Healthy Growth and Development.
<https://eric.ed.gov/?id=ED346990>
- Schore, A. N. (2002). Advances in Neuropsychoanalysis, Attachment Theory, and Trauma Research: Implications for Self Psychology. *Psychoanalytic Inquiry, 22*(3), 433–484. <https://doi.org/10.1080/07351692209348996>
- Schrodt, G. R., & Fitzgerald, B. A. (1987). Cognitive Therapy with Adolescents. *American Journal of Psychotherapy, 41*(3), 402–408.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1987.41.3.402>
- Schrodt G. & Wright J. (1986). Inpatient treatment of adolescents. In Freeman and V Greenwood (Ed.), *Cognitive Therapy: Applications in psychiatric and medical settings*. NY: Human Science Press.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry, 40*(11), 1228–1231.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790100074010>
- Shaw, P., Kabani, N. J., Lerch, J. P., Eckstrand, K., Lenroot, R., Gogtay, N., ... Wise, S. P. (2008). Neurodevelopmental Trajectories of the Human Cerebral Cortex.
<https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.5309-07.2008>
- Shin, L., Orr, S., Carson, M., Rauch, S., Macklin, M., Lasko, N., ... Pitman, R. (2004). Regional cerebral blood flow in the amygdala and medial prefrontal cortex during traumatic imagery in male and female Vietnam veterans with PTSD. *Archives of General Psychiatry, 61*(2). <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.61.2.168>
- Snyder, J. J., & White, M. J. (1979). The use of cognitive self-instruction in the treatment of behaviorally disturbed adolescents. *Behavior Therapy, 10*(2), 227–235.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(79\)80040-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(79)80040-4)
- Solmi, M., Estradé, A., Thompson, T., Agorastos, A., Radua, J., Cortese, S., ... Correll, C. U. (2022). Physical and mental health impact of COVID-19 on children, adolescents, and their families: The Collaborative Outcomes study on Health and Functioning during Infection Times - Children and Adolescents (COH-FIT-C&A). *Journal of Affective Disorders, 299*, 367–376. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.090>
- Sroufe, L. A., Egeland, B., & Kreutzer, T. (1990). The Fate of Early Experience Following

- Developmental Change: Longitudinal Approaches to Individual Adaptation in Childhood. *Child Development*, 61(5), 1363-73. <https://doi.org/10.2307/1130748>
- Stafford, A. M., & Draucker, C. B. (2020). Barriers to and Facilitators of Mental Health Treatment Engagement Among Latina Adolescents. *Community Mental Health Journal*, 56(4), 662–669. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00527-0>
- Stern, D. N. (2002). The change process in psychoanalysis. In *Presented at the San Francisco Psychoanalytic Institute*. San Francisco.
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., ... Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The “something more” than interpretation. The Process of Change Study Group. *The International Journal of Psychoanalysis*, 79 (Pt 5), 903–921. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9871830>
- The National Advisory Mental Health Council Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention Development and Deployment. (2001). *Blueprint for Change: Research on Child and Adolescent Mental Health*. Washington, DC.
- Tompson, M. C., Boger, K. D., & Asarnow, J. R. (2012). Enhancing the developmental appropriateness of treatment for depression in youth: integrating the family in treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(2), 345–384. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.01.003>
- Tompson, M. C., Pierre, C. B., Haber, F. M., Fogler, J. M., Groff, A. R., & Asarnow, J. R. (2007). Family-focused treatment for childhood-onset depressive disorders: results of an open trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(3), 403–420. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17953128>
- Tompson, M. C., Sugar, C. A., Langer, D. A., & Asarnow, J. R. (2017). A Randomized Clinical Trial Comparing Family-Focused Treatment and Individual Supportive Therapy for Depression in Childhood and Early Adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.018>
- Truneckova, D., & Viney, L. L. (2007). Evaluating personal construct group work with troubled adolescents. *Journal of Counseling and Development*. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2007.tb00613.x>

- Tsvieli, N., Nir-Gottlieb, O., Lifshitz, C., Diamond, G. S., Kobak, R., & Diamond, G. M. (2020). Therapist Interventions Associated with Productive Emotional Processing in the Context of Attachment-Based Family Therapy for Depressed and Suicidal Adolescents. *Family Process*, *59*(2), 428–444. <https://doi.org/10.1111/famp.12445>
- Turner, M. G., Exum, M. L., Brame, R., & Holt, T. J. (2013). Bullying victimization and adolescent mental health: General and typological effects across sex. *Journal of Criminal Justice*. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2012.12.005>
- Von Klitzing, K., White, L. O., Otto, Y., Fuchs, S., Egger, H. L., & Klein, A. M. (2014). Depressive comorbidity in preschool anxiety disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12222>
- Wallin, D. J. (2007a). Deepening the Clinical Dimension of Attachment Theory. Intersubjectivity and the Relational Perspective. In *Attachment in Psychotherapy* (pp. 167–189). NY: Guilford Press.
- Wallin, D. J. (2007b). How Attachment Relationships Shape the Self. In *Attachment in Psychotherapy* (pp. 99–112). NY: Guilford Press.
- Wallin, D. J. (2007c). Mentalizing and Mindfulness: The Double Helix of Psychological Liberation. In *Attachment in Psychotherapy* (pp. 307–338). NY: Guilford Press.
- Wallin, D. J. (2007d). Nonverbal Experience and the “Unthought Known”: Accessing the Emotional Core of the Self. In *Attachment in Psychotherapy* (pp. 115–132). NY: Guilford Press.
- Walter, D., Buschsieweke, J., Dachs, L., Goletz, H., Goertz-Dorten, A., Kinnen, C., ... Doepfner, M. (2021). Effectiveness of usual-care cognitive-behavioral therapy for adolescents with depressive disorders rated by parents and patients - an observational study. *BMC Psychiatry*, *21*(1), 423. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03404-x>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. (Routledge/Taylor & Francis Group., Ed.) (2nd ed.). <https://psycnet.apa.org/record/2008-07548-000>
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., ... Wickramaratne, P. (1999). Depressed Adolescents Grown Up. *JAMA*, *281*(18),

1707. <https://doi.org/10.1001/jama.281.18.1707>

Weisz, J. R., Southam-Gerow, M. A., Gordis, E. B., Connor-Smith, J. K., Chu, B. C., Langer, D. A., ... Weiss, B. (2009). Cognitive-behavioral therapy versus usual clinical care for youth depression: an initial test of transportability to community clinics and clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(3), 383–396.

<https://doi.org/10.1037/a0013877>

Wilfley, D. E., Mackenzie, K. R., Welch, R. R., Ayres, V E, et al. (2000). *Interpersonal psychotherapy for group*. NY: Basic Books.

Yalom, I. D., Yalom, B., & Bayo Margalef, J. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Paidós.

Zarb, J. (1992). *Cognitive-behavioral assessment and therapy with adolescents*.

Brunner/ Mazel. <https://psycnet.apa.org/record/1992-98759-000>

Zuckerbrot, R. A., Cheung, A. H., Jensen, P. S., Stein, R. E. K., Laraque, D., & GLAD-PC Steering Group. (2007). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics, 120*(5), e1299–e1312. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1144>