

# **SAD** ATRAPA



**Sistema de adaptación de la Dialectico Conductual**

*“SAD en centros de menores residenciales específicos”*

*Daniel Urbina*

*Javier Hernández*

## **INDICE**

- 1) Acerca de SAD**
- 2) Presentación entidad**
- 3) Antecedentes**
- 4) Por qué Dialectico conductual en centros de menores**
- 5) Justificación del proyecto**
  - 5.1) Objetivos**
- 6) Modelos**
  - 6.1) Modelo biosocial**
  - 6.2) Teoría del apego**
  - 6.3) Modelo de trauma, disociación y procesamiento adaptativo de la información**
- 7) Pilares**
  - 7.1) Profesionales**
  - 7.2) Atención grupal**
  - 7.3) Atención individual**
- 8) Focus**
  - 8.1) Perspectiva transdiagnostica**
  - 8.2) Trauma e identidad**
  - 8.3) Modelo integrado**
  - 8.4) Coterapeutas**
- 9) Método**

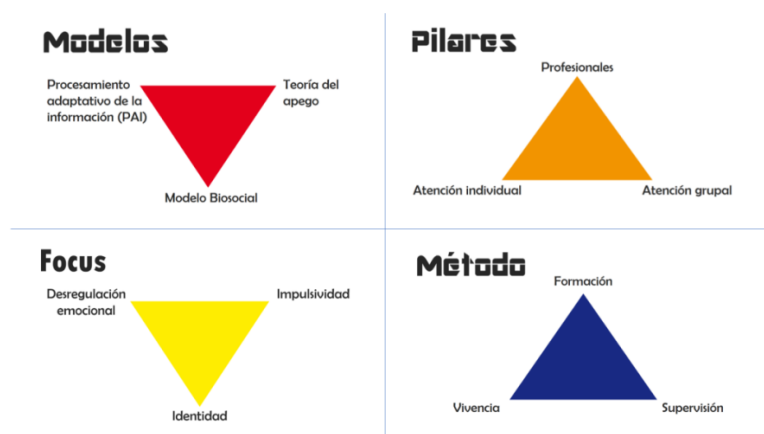
## 1. Acerca de SAD

SAD son las siglas de “Sistema de Adaptación del modelo Dialéctico-conductual”. Concretamente es un sistema que permite adaptar este modelo de intervención, inicialmente diseñado para la intervención con personas con Trastorno Límite de Personalidad (TLP) en entornos sanitarios ambulatorios, a otros entornos distintos para los que fue diseñado. Concretamente este sistema de adaptación es válido para:

- Entornos no sanitarios.
- Entornos no ambulatorios.
- Otros perfiles clínicos diferentes al TLP.

El SAD se estructura en torno a 4 ejes que van a vertebrar todo el sistema de adaptación, a saber:

- Modelos.- Donde se destacan algunos de principales modelos teóricos de base biológica, adaptándolos entre sí, y sobre los que justificar el empleo de la Dialéctico conductual.
- Pilares.- Sobre los que se sustenta y estructura toda la adaptación del modelo atendiendo a los 3 focos a los que presta atención el modelo original de Linehan: Los profesionales, la atención individual y la atención grupal.
- Focus.- Donde desde una perspectiva transdiagnóstica, se atiende los 3 puntos clave sobre los que gira el modelo Biosocial que está en la base de la DBT, concretamente la desregulación emocional y la impulsividad junto al ambiente invalidante que puede traducirse en dificultades de apego, trastornos de vinculación y/o trauma.
- Método.- Que se inicia desde una formación inicial para pasar a una vivencia personal y posterior puesta en práctica profesional y finalmente, a una supervisión que da pie a seguir formando a los participantes, cerrando así el círculo continuo de formación-vivencia-supervisión.



En el presente proyecto, vamos a utilizar el SAD para adaptar la Dialéctico conductual a la organización y la intervención en Centros específicos de menores con carácter residencial. Asimismo esta adaptación de la DBT incluye el concepto, los modelos y la intervención derivada del trauma dadas las características de la población atendida, creando un marco unificado de actuación y complementando las fortalezas del modelo Dialéctico conductual.

## **2. Presentación entidad**

Más concretamente se ha implantado el modelo que propone el SAD en el centro específico Residencia Santa Marta, perteneciente al Grupo Consulting Asistencial Sociosanitario S.L. Esta entidad nace como sociedad hace una década con el fin de ayudar a menores en situación de desamparo, con medida de guarda o tutela declarada por la Administración, que debido a las características personales que presentan, requieren de una labor asistencial más intensa que les permita mejorar y desarrollar sus potencialidades, superando sus carencias, para integrarse con éxito en sus familias y/o en otros recursos sociales. Desde el nacimiento de la entidad y la puesta en marcha de su primer hogar han atendido a más de 300 menores y han logrado la confianza de técnicos, profesionales, familias y menores de ocho comunidades autónomas.

La intervención que se realiza con estos menores, derivados en su totalidad por distintas Comunidades Autónomas, se basa en el acogimiento temporal en centros residenciales específicos, hasta que las condiciones son favorables para su reintegración. Durante este tiempo se ofrece una cobertura integral de las necesidades asistenciales y terapéuticas a los menores con medidas de protección, cuyas características personales y familiares hacen complicada su adaptación en centros normalizados.

Esta atención con profesionalidad y cariño a menores que presentan trastornos de conducta asociados a discapacidad y/o trastornos de salud mental, en colaboración con recursos sociales comunitarios y con un trabajo en red muy importante, hacen que se facilite la posterior integración de los chicos y chicas con los que se interviene.

## **3. Antecedentes**

Tradicionalmente en los Centros de Acogimiento Residencial para menores se trabaja mayoritariamente desde un modelo Cognitivo Conductual, entendido como una progresión natural y un complemento al enfoque Conductual que se maneja principalmente en la intervención educativa, a través de las diferentes estrategias de modificación de conducta. Además, este modelo tiene grandes ventajas en cuanto a su validez, demostrada en innumerables ocasiones en la investigación, que avala su utilidad clínica en múltiples cuadros psicopatológicos (Barraca-Mairal, 2011) y que ha dado como resultado un sinnúmero de programas de intervención basados en la evidencia que nos permiten hacer intervenciones eficientes y sistemáticas (Butler et al., 2006).

Teniendo en cuenta este panorama general, es importante responder a la pregunta ¿Para qué intervenimos con estos niños y niñas? El modelo Cognitivo-Conductual respondería a esta pregunta afirmando que para eliminar o reducir ciertos problemas y síntomas psicopatológicos, así como el malestar, la incapacidad y/o el sufrimiento asociados a los mismos. De este modo, podemos simplificar este modelo entendiéndolo como una intervención encaminada a la eliminación del malestar.

En contraposición a este modelo, surgen a partir de la década de 1990 (Hayes ,2004a) nuevas aproximaciones que ponen su foco de atención más allá de la mera eliminación de síntomas, y se centran más en la promoción de la salud, teniendo en cuenta tanto el papel del comportamiento como de las variables psicológicas y psicosociales sobre el bienestar y la calidad de vida, diseñando e implementando de intervenciones destinadas al incremento de estos factores. Aparece entonces un nuevo enfoque más positivo y humanista, centrado en la consecución del bienestar frente a la eliminación del malestar de modelos anteriores.

Estos nuevos modelos se agrupan bajo un movimiento que se denomina “Tercera generación” o “Tercera ola” que nace con el fin de superar las limitaciones de modelos anteriores. Entre las limitaciones más relevantes de las terapias Cognitivo-Conductuales destaca la evidencia experimental que apoya la idea de que precisamente esos intentos de control, reducción o eliminación del malestar, que es precisamente el objeto de intervención de estas terapias producen, en muchos de los casos y paradójicamente, efectos contrarios o de rebote. (Gross & Levenson, 1993, 1997; Gutiérrez, Luciano, Rodríguez, & Fink, 2004; Sullivan, Rouse, Bishop, & Johnston, 1997; Wegner & Erber, 1992).

No obstante, esta nueva generación no debe entenderse como una ruptura o una negación de los modelos anteriores, reconociendo su evidente validez, sino que pueden entenderse como una evolución lógica, o dicho de otro modo, como “un movimiento que reformula y sintetiza los postulados de las generaciones anteriores, cuestionando estas tradiciones para lograr mejores resultados”. (Hayes, 2004a) Por tanto, entendemos esta Tercera Generación como una nueva forma de hacer terapia Cognitivo Conductual, aportando una visión renovada a lo que ya existía previamente y poniendo énfasis en determinados aspectos marginales hasta la fecha como pueden ser el concepto del yo, la intervención centrada en el individuo, el vivir el presente, la atención plena, la importancia del contexto o la consecución de objetivos (García-Higuera, 2006)

Vemos por tanto como este nuevo modelo de intervención recoge todo lo aportado por generaciones anteriores pero aporta nuevas soluciones de una manera rápida y efectiva, superando así las limitaciones existentes. Así vemos como técnicas como el Mindfulness nos aportan un modelo de intervención centrado en la atención en el presente, aceptándolo y sin juzgarlo, entendiendo el pasado como una historia de aprendizaje y atendiendo al futuro desde el compromiso a una serie de valores y metas personales, que en último término determinaran la conducta. (Hayes, 2004; Siegel, 2010)

Así mismo, de la mano al mindfulness, en los últimos tiempos surge el concepto de la compasión que nos enseña a relacionarnos con las experiencias vitales difíciles de una manera amable, atenta y comprensiva, de forma que se deje atrás la autocrítica y el automaltrato, trabajando sobre conceptos como la bondad, la empatía, la generosidad y la aceptación (Neff, 2014)

Por otro, se han desarrollado desde esta generación importantes intervenciones sobre el trauma que son a día de hoy estrategias bien establecidas en el seno de las intervenciones

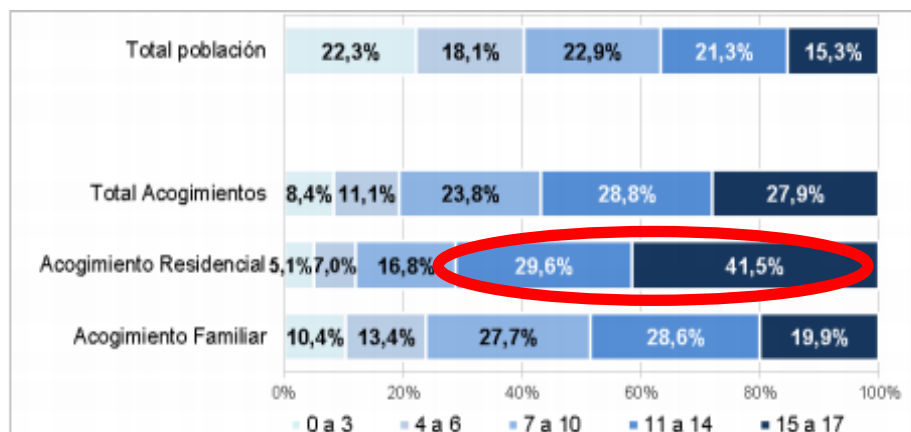
basadas en evidencia. Por ejemplo, el EMDR (o Desensibilización y Reprocesamiento de la Información por el Movimiento de los Ojos) es una alternativa terapéutica efectiva y de resultados perdurables en pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático (Chambless et al 1998; Kendall & Chambless, 1998) De igual modo, la terapia Dialectico-Conductual (Linehan, 1993), cuenta a día de hoy con una eficacia altamente demostrada para el trastorno Límite de la personalidad siendo a día de hoy una intervención de primera elección sobre este trastorno según la APA (Morian y Martínez, 2011)

#### 4. Por qué Dialectico conductual en centros de menores

La Dialéctico conductual (DBT) entiende el TLP desde el componente de desregulación emocional fruto de la influencia recíproca, en el pasado de los menores, entre un ambiente altamente invalidante y una vulnerabilidad biológica que se caracteriza por los déficits en el control de impulsos y la labilidad emocional (Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009)

Esta interacción continua entre el niño y el ambiente invalidante va a generar pequeños traumas relacionales que repercutirán en la génesis de un apego desadaptativo, que estará en la base de su manera de relacionarse con el mundo.

Además, es una realidad que más de la mitad de los menores que atiende nuestro sistema de protección tienen entre los 11 y los 18 años (Ver gráfico), y por tanto no resulta difícil de anticipar que si esta historia de aprendizaje y socialización disfuncional se ha mantenido durante mucho tiempo, a esas edades estos traumas relacionales estén fuertemente instaurados en estos chicos y chicas. Así mismo, en este tiempo hasta que llegan a los sistemas de protección, es posible que hayan podido experimentar otro tipo de eventos traumáticos como muertes, malos tratos o violaciones, algo que es una realidad desafortunadamente bastante frecuente en nuestros centros.

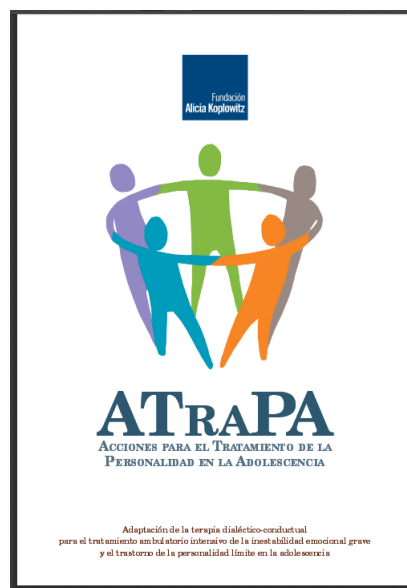


Por tanto, es importante capacitar a los equipos de intervención directa que va a trabajar con estos menores en los centros para hacer un trabajo adecuado y profesional, que minimice los riesgos y potencie las capacidades de estos menores para anteponerse a estos traumas.

Precisamente encontramos en el modelo de la Dialectico Conductual una referencia validada empíricamente y de fácil adaptación al entorno residencial puesto que además de la psicoterapia individual, plantea un trabajo grupal asentado sobre una serie de valores e ideas como la consciencia del momento presente, el no juzgar, la tolerancia al malestar y la regulación emocional, las habilidades interpersonales o la capacidad dialéctica para la síntesis de posturas enfrentadas, siempre partiendo del respeto a la individualidad.

La innovación pasa por adaptar este modelo diseñado específicamente para el trastorno límite al entorno residencial, donde no necesariamente vamos a encontrar este perfil psicopatológico, pero donde sí vamos a encontrar problemas de impulsividad y baja capacidad de regulación emocional, que se van a relacionar directamente, al menos, con traumas relacionales de la infancia.

Concretamente, para la elaboración del presente proyecto hemos utilizado como referencia el programa ATraPA (Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia). Este es un programa asistencial específico para el estudio y tratamiento de adolescentes con alta inestabilidad emocional y trastorno de la personalidad límite que nació en el año 2009 desde el equipo del servicio de psiquiatría del niño y el adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) de Madrid (España).



ATraPa es el resultado de la adaptación de la terapia dialéctico-conductual, original de la Dra. Marsha Linehan y revisada para población adolescente norteamericana por el Dr. Alec Miller. Es interesante además porque a lo largo del programa se presentan tanto los fundamentos teóricos como el material utilizado (fichas, presentaciones, acrónimos, etc.) para el tratamiento ambulatorio intensivo (TAI) de adolescentes con inestabilidad emocional grave, que nos van a servir como punto de partida para adaptar el modelo a la intervención residencial, contando además con la autorización explícita y el apoyo expreso de su coordinador, Carlos Delgado, para usar sus materiales.

## 5. Justificación del proyecto

El presente proyecto tiene en cuenta la capacitación de los profesionales en la intervención directa con menores en centros de acogimiento residencial con el fin de implantar un sistema de intervención interno de los centros basado en el modelo dialéctico-conductual, cuyo objetivo último sea el de fomentar el empoderamiento de los niños y jóvenes de nuestros centros para ayudarse tanto a sí mismos como a otros compañeros, buscando siempre la generalización de estas capacidades de cara a la salida definitiva de los recursos de protección.



Para llevar a cabo este programa de capacitación debemos atender a tres componentes fundamentales: Los conocimientos, las habilidades y las actitudes.

- **Conocimientos:**

Es fundamental que el profesional tenga un conocimiento sólido en relación a los problemas concretos que se están atendiendo. De este modo, la formación continua y la supervisión de la intervención, son imprescindibles y serán una garantía del éxito en la intervención y la perdurabilidad de la misma, quedando así instaurado un modo de actuación concreto y adaptativo en los centros. Así mismo, en una sociedad cada vez más plural y multicultural, debemos fomentar que los equipos de intervención directasean sensibles y conozcan las normas y valores de los contextos socioculturales de cada menor siempre desde el respeto a los mismos.

Otro aspecto relevante para el proyecto es el del autoconocimiento, es decir, tener conocimiento de sus propios valores, límites y necesidades, fomentando la capacidad de pensar y reflexionar sobre sí mismos, sus vidas y sus circunstancias, dotándoles de conocimientos y habilidades para manejar estas circunstancias.

Por último, y a caballo entre conocimiento y actitudes, debe conocer y cumplir los principios éticos y profesionales establecidos en el código deontológico, los protocolos, los acuerdos y las normativas que regulan el buen funcionamiento de los entornos de acogimiento residencial de menores.

- **Habilidades:**

De comunicación, de modo que aprendan a ser capaces de adaptar los mensajes al oyente, manteniendo una especial sensibilidad a la comunicación no verbal, la escucha activa, el manejo de la asertividad. Así mismo, es importante destacar el énfasis en la idea de utilizar intervenciones no impositivas, respetando la autonomía sujeto y/o su familia.



De solución de problemas y toma de decisiones, ya que se trabaja en situaciones de ayuda donde se va a requerir una gran capacidad de análisis, organización, priorización de objetivos y conocimiento de las técnicas.

De autorregulación emocional, fomentando el reconocimiento y la autorregulación los propios estados emocionales como requisito previo a poder ayudar a los demás a regularlas, facilitando de este modo el mantenimiento de una buena estabilidad emocional y un buen ajuste psicológico general para poder realizar intervenciones profesionales y de calidad. Así mismo, y en estrecha relación, fomentar la capacidad para estar en contacto con las emociones los menores de modo que sean capaces de ayudar a cada persona, evitando las intervenciones paternalistas y favoreciendo la expresión emocional y la consecución de soluciones desde la aceptación y desde la consecución de los propios objetivos y valores

- **Actitudes:**

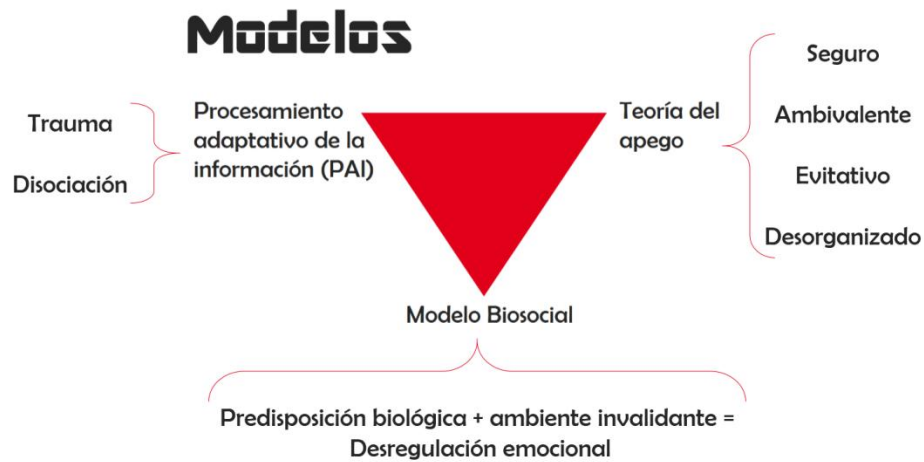
Para llevar a cabo estas habilidades, son fundamentales actitudes como la empatía, siendo sensible a los estados emocionales del otro y poniéndose en su lugar, permitiéndoles detectar las necesidades del otro, algo fundamental para generar el vínculo y la relación de ayuda.

Así mismo, será primordial una actitud de aceptación incondicional que implica una ausencia total de juicios, acogiendo incondicionalmente de los sentimientos y emociones de las personas con las que se está interviniendo, siempre desde la autenticidad, la sinceridad y la cercanía.

### **5.1 Objetivos**

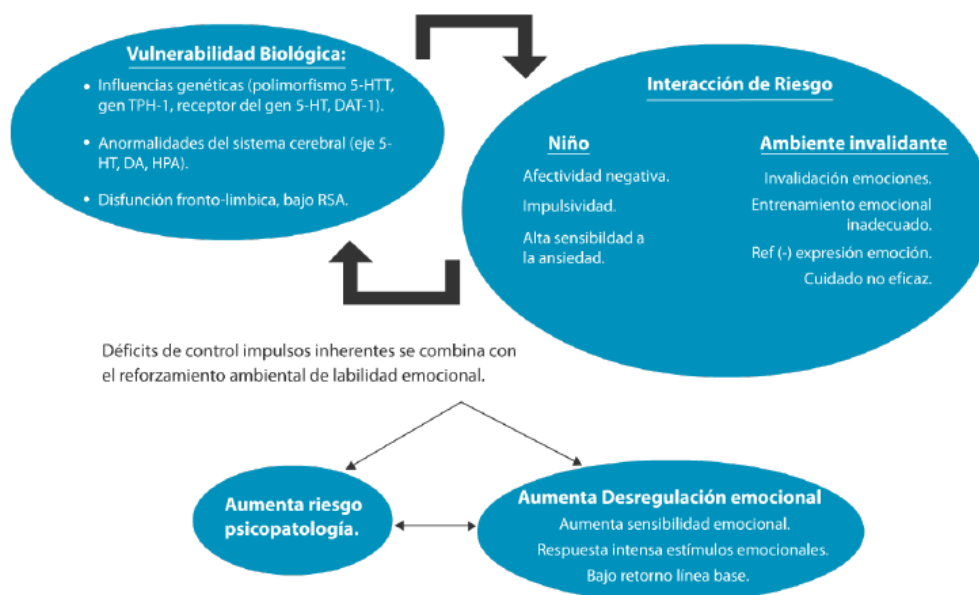
- ✓ Capacitar a los equipos de intervención directa para realizar intervenciones adecuadas con los menores acordes a los modelos planteados en la formación.
- ✓ Generar en los centros un entorno validante que permita el desarrollo integral de los menores.
- ✓ Reestablecer el apego seguro de los menores fomentando formas adaptativas de regulación emocional.
- ✓ Fomentar en conocimiento y las habilidades necesarias para llevar a cabo el autocuidado por parte del equipo de profesionales.
- ✓ Capacitar para generalizar esas capacidades de autocuidado a los menores.
- ✓ Fomentar habilidades de conciencia tanto en menores como en equipo de intervención directa.

## 6. Modelos



### 6.1 MODELO BIOSOCIAL

El modelo original de Linehan asume que el trastorno límite de la personalidad (TLP) constituye una disfunción del sistema de regulación emocional producto de la interacción entre una **predisposición biológica** y un **ambiente invalidante**.



*Modelo biosocial del TLP (Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009).*

#### 1. Predisposición biológica.

Esta dificultad en la regulación emocional atiende a una predisposición innata a la **vulnerabilidad emocional**, que podemos analizar atendiendo a tres elementos fundamentales:

- Una *tendencia a experimentar emociones intensas*. La experiencia emocional es intensa. Es decir, el miedo se convierte en pánico, la alegría en euforia, la vergüenza en humillación, la tristeza en depresión, etc.
- Una *alta sensibilidad ante los estímulos emocionales o bajo umbral para reaccionar emocionalmente*. Un ejemplo podría ser la sensación que nos transmiten los familiares de estos pacientes de que siempre les hacen estar en alerta, porque no saben cómo van a reaccionar, es decir, tener mucho cuidado con lo que hacen o dicen porque pueden provocar una reacción emocional intensa en el individuo.
- *Dificultades en la modulación afectiva*, es decir, una vez se encuentran en ese estado de intensa emoción, les resulta difícil volver a su línea de base emocional. Este hecho tendría que ver con las teorías cognitivas de la emoción (p.ej., Bower, 1981) que señalan que la emoción tiene un efecto sobre los procesos cognitivos. Por ejemplo, a mayor intensidad emocional, se estrecha el foco atencional, con lo que los estímulos que provocaron la emoción se vuelven más salientes, con lo que se hace más difícil no fijarse en ellos, lo que provoca una retroalimentación de la emoción.

El grupo de Linehan (Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009) ha reelaborado el modelo biosocial propuesto por ella en 1993 otorgando relevancia no solo a la vulnerabilidad emocional sino también a la **impulsividad**, considerada en la actualidad como un rasgo primario e independiente de la emoción. De este modo, la impulsividad temprana sería un aspecto característico y se equipararía a la vulnerabilidad emocional como otro factor de predisposición biológica, que afectaría tanto a las dificultades presentes como a las futuras en la regulación de una determinada emoción.

Esta revisión del modelo pretende ser congruente con la investigación actual que indica la marcada heredabilidad del rasgo de impulsividad (Livesley y Jang, 2008; Skodol et al., 2002), así como con el solapamiento sintomatológico existente entre el TLP y otras patologías, como por ejemplo los trastornos por abuso y dependencia de sustancias, los trastornos de conducta, el comportamiento antisocial o el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. La impulsividad y la desregulación emocional están invariablemente unidas, sin embargo, pueden emerger independientemente y/o secuencialmente durante el desarrollo, lo cual contribuye a diferentes aspectos de funcionamiento de estas personas.

## 2. El ambiente invalidante.

Este concepto se refiere, fundamentalmente, a un ambiente que tiene sus efectos en el desarrollo de la personalidad, sobre todo en lo que se refiere a un patrón de crianza que responde con respuestas inapropiadas o no contingentes a la comunicación de experiencias emocionales.

Cuando se produce una expresión emocional intensa, el ambiente hace ver al individuo que se equivoca en su descripción de la experiencia emocional y se atribuye su forma de expresar

emociones a características de personalidad socialmente inaceptables. El problema surge cuando el individuo es vulnerable emocionalmente, es decir, cuando tiene dificultades para regular sus emociones. No se reconocen los problemas emocionales del niño, se le dice que se controle, que no está bien la manera en que expresa sus afectos, que no sabe reaccionar ante los acontecimientos. Es decir, se le pide que cambie pero no se le enseña cómo. Linehan (1993a) lo describe como decirle a un niño sin piernas que camine, pero sin proporcionarle muletas o piernas artificiales.

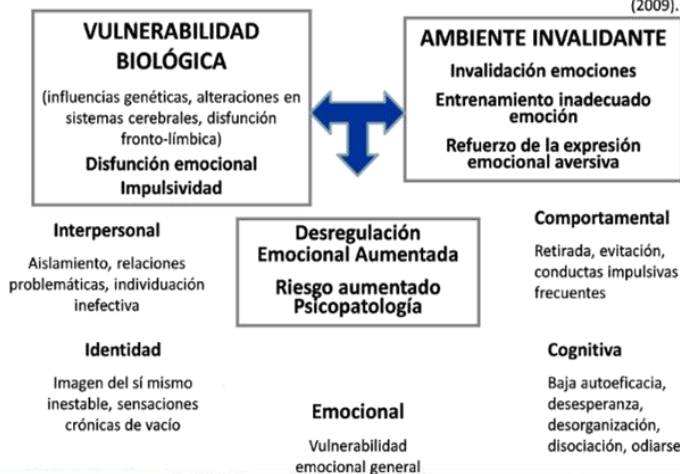
En resumen, el ambiente invalidante sería aquel que niega o desacredita la conducta persistentemente, de forma no contingente e independientemente de la validez de la misma. Algunas **características de un ambiente invalidante** son:

- a. Rechazar de forma indiscriminada (es decir no contingente) la comunicación de experiencias íntimas (emociones, ideas, etc.) o la realización de conductas propias de la persona.
- b. Reforzar de forma intermitente las expresiones emocionales intensas. En un ambiente de esas características, muchas veces son necesarias expresiones emocionales extremas para provocar una respuesta de apoyo. El ambiente castiga la expresión de emociones negativas, pero refuerza de forma intermitente las expresiones emocionales muy extremas.
- c. Por otra parte, el ambiente da mensajes erróneos sobre la facilidad de resolver los problemas vitales (p.ej., “si se quiere, uno puede controlarse”). Esto favorece que no se planteen metas realistas y que sea difícil tolerar el malestar.

Finalmente, el individuo no aprende a confiar en sus propias emociones ya que el ambiente le dice que se equivoca, y el individuo acaba invalidando sus propias emociones. En un niño con alta vulnerabilidad emocional este ambiente crea una competición continua entre lo que el ambiente dice y lo que él siente, lo que lleva a un estado de frustración y culpabilidad por no ser capaz de cumplir las expectativas del ambiente.

Para concluir, subrayar que el modelo biosocial de Linehan se fundamenta en la relación entre una alta vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante como mecanismo clave del desarrollo de una desregulación emocional que estará en la base del trastorno límite de la personalidad. No obstante, pensamos que aunque esta afirmación es cierta, puede hacerse extensible al desarrollo de otro tipo de trastornos, atendiendo esta desregulación emocional desde una perspectiva transdiagnóstica. Esta interacción produce inestabilidad emocional persistente, que constituye el área más problemática de este trastorno. A su vez, las disfunciones en el área comportamental, interpersonal, emocional y de identidad constituyen intentos por controlar la emoción o por conseguir el apoyo del ambiente. La inestabilidad emocional es el problema que el individuo quiere resolver y, los intentos de solución se convierten en la fuente de sus problemas. Las conductas límite, como por ejemplo las conductas autolesivas, son en muchas ocasiones intentos desadaptativos de regular una emoción intensa. Una sobredosis puede hacer que pare la emoción intensa y consiga dormir o un intento de suicidio puede hacer que consiga el apoyo de la familia o de los profesionales.

**Modelo biosocial del TLP** Crowell, Beauchaine y Linehan (2009).



**6.2 TEORÍA DE APEGO**

El apego es un factor fundamental dentro de la construcción de un ambiente validante para el crecimiento personal sano. La teoría de apego surge originalmente de la mano de John Bowlby, estudiando las dificultades de adaptación de los huérfanos de la Segunda Guerra Mundial. Describe el papel fundamental del adulto como figura referente en el desarrollo emocional del niño, los diferentes estilos de apego que se encuentran y las repercusiones que estos tiene en el desarrollo ulterior de las capacidades de autocuidado, regulación emocional, la construcción de una identidad sólida y la adaptación en las relaciones sociales.

Los bebés nacen con un sistema de apego para responder a la necesidad universal y primaria de los seres humanos de formar vínculos afectivos intensos, estables y duraderos. Siendo la necesidad de establecer este vínculo y de poder contar, por tanto, con la cercanía de otro ser humano (percibido como preferido, más capaz, competente y protector) en los momentos de peligro y/o en los que se experimenta miedo o angustia una necesidad mucho más básica y prioritaria que incluso la necesidad de alimentación (Mosquera y González 2011).

Diversos autores entienden los problemas de apego temprano como un factor causal de primer orden para el desarrollo del TLP (Kernberg, Weiner&Bardenstein 2000; Bateman&Fonagy 2004; Rubio Larrosa 2008, Mosquera 2009).

Nos encontramos con cuatro estilos de apego bien diferenciados que serían:

- Apego Seguro: Los progenitores con este estilo de apego dominan todo el espectro emocional, siendo capaces de reaccionar de manera proporcionada a las vivencias emocionales de sus hijos. El cuidador seguro ayuda al niño a identificar, poner nombre y entender la utilidad de las emociones y su vez, éstos serán más capaces de reconocerlas en otros. Las personas con apego seguro tienen mayor capacidad de respuesta ante imprevistos y son menos reactivos que aquellos con apego inseguro. Suelen hacer frente a los problemas, tienden a centrarse en posibles soluciones y a positivar lo que ocurre.



- Apego inseguro evitativo-distante: Se origina con la vivencia de experiencias repetidas de falta de sintonía y comunicación no contingente. Cuando un progenitor está repetidamente no disponible y rechaza al niño, éste se adapta a evitar la cercanía y la conexión emocional con el progenitor. La comunicación es estéril. Es habitual que estos padres hayan a su vez, crecido en un desierto emocional que les ha impedido conectar con las necesidades de otros (incluidas las del niño) e interactuar de manera adaptativa (Mosquera y González 2011).
- Apego ansioso-preocupado o ambivalente: Los progenitores son impredecibles e intrusivos en el cuidado de sus hijos. Suelen explorar poco y ser retraídos aun con su figura de apego presente. Desarrollan ansiedad e incertidumbre acerca de cuándo pueden o no depender de sus padres porque no están seguros de lo que pueden esperar. El niño siente que algunas de sus emociones pueden ser peligrosas por la reacción desproporcionada de su referente. El niño interioriza que la conexión con otros genera ansiedad.
- Apego desorganizado: En el apego (inseguro) desorganizado las necesidades del niño no son satisfechas y la conducta de sus padres es fuente de desorientación y/o miedo. Estos niños tienen repetidas experiencias de comunicación en las que el progenitor está emocionalmente desbordado, asustado o funciona de un modo caótico. En lugar de un refugio seguro, el progenitor es fuente de alarma y confusión para el niño, colocándole en una paradoja biológica. El sistema biológico de apego está programado para motivar al niño a buscar proximidad, recurrir al progenitor en momentos de malestar para ser consolado y protegido. Pero el niño está aquí atrapado en una paradoja porque escapar de lo que nos genera miedo o alarma también es un mecanismo biológico (Mosquera y González 2011).

### **6.3 MODELO DE TRAUMA, DISOCIACIÓN Y PROCESAMIENTO ADAPTATIVO DE LA INFORMACIÓN**

#### **1. Trauma**

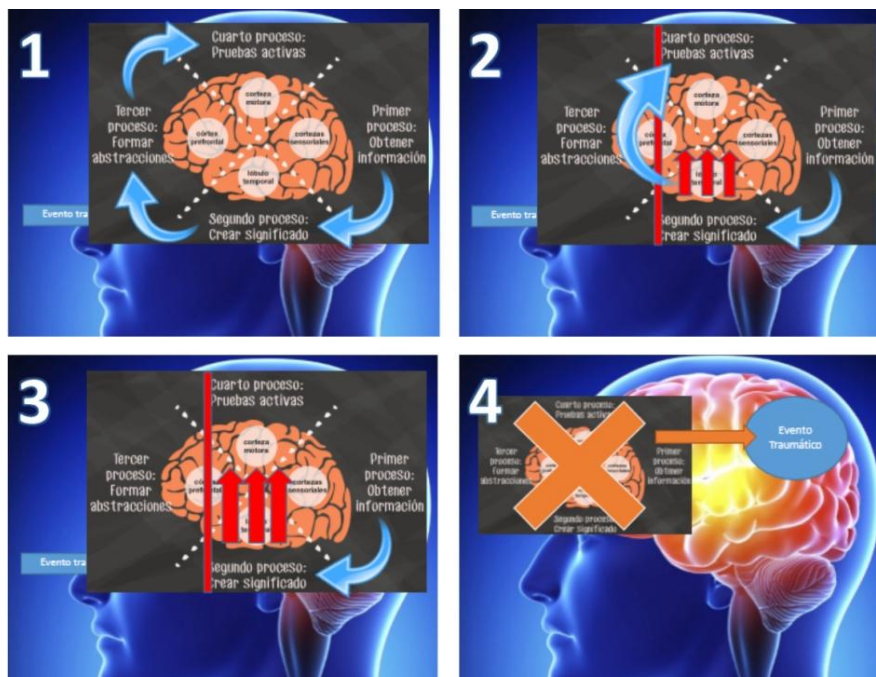
El trauma está presente en la mayoría de las categorías diagnósticas de salud mental, ya sea como origen del síntoma, o por su ocurrencia debido a la vulnerabilidad creada por la psicopatología previa.

Dentro de lo que es el trastorno límite de personalidad la comorbilidad es altísima, si no total, al igual que ocurre con un gran número de las patologías tratadas dentro de los centros específicos (trastorno del vínculo, TDAH, Negativista desafiante...) por lo que es un modelo fácilmente generalizable en esta población. La presencia de un entorno invalidante y figuras de apego patológicas son factores de vulnerabilidad muy importantes que facilitan este tipo de acontecimiento, en mayor medida si cabe si en lugar de perfiles internalizantes, estamos en presencia ante perfiles externalizantes que tienden a poner mucho más en riesgo.

Se da traumatización ante episodios vitales de experiencias peligrosas en las que hay percepción subjetiva de peligro de muerte o grave para la salud, o se presencian escenas dándose aprendizaje vicario (por observación).

En niños pequeños se consideran experiencias traumáticas también cualquier situación en la que el niño se siente desprotegido, o en peligro, a causa de figuras paternas negligentes. Generadores de un patrón de apego disfuncional.

El modelo de procesamiento adaptativo de la información surge del modelo de intervención de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares, de la mano de Francine Shapiro en los años 80. Propone que la información excesivamente traumática colapsa nuestro sistema psíquico, encapsulando la información. Cuando ocurre este colapso, queda atrapada la información en forma de recuerdos sensoriales (imágenes, olores, sonidos...), sensaciones somáticas, pensamientos y emociones. Esto imposibilita que se asimile la información de forma adaptativa y pase a formar parte del almacenamiento de recuerdos episódicos habitual. De otra manera la experiencia podría haberse interpretado desde otra perspectiva, podría haber accedido a redes más adaptativas, haber rescatado la información positiva o relativizado la negativa. Finalmente esta información queda desintegrada.



El trauma queda “congelado”, accediéndose hasta él de manera accidental, por disparadores: estímulos relacionados con la situación de peligro que desencadenan la revivencia traumática como si estuviera sucediendo de nuevo. Se reexperimenta el trauma como si fuera de nuevo real.

El propio miedo a esta revivencia permite que la información disfuncional se encapsule, entrando en un proceso de retroalimentación en el que la información sigue sin reprocesarse, pero se desencadena con cada nueva aparición del disparador.

## **2. Disociación (simplificación de la Teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad de Van der Hart).**

Con la ocurrencia de traumas repetidos en el tiempo, el mecanismo se intensifica y crea escisiones más importantes y profundas, especialmente si eso ocurre durante el desarrollo evolutivo en niños. La vivencia repetida de traumatización con la figura vincular produce una desintegración del sistema psíquico, que produce que me “parta en dos”. Ya de por sí, por desarrollo evolutivo a nivel biológico, las estructuras cerebrales infantiles están en proceso de integración, con lo que es relativamente sencillo que con repetidas experiencias traumáticas se produzca la disociación (desconexión de sentimientos, pensamientos, sensaciones somáticas y recuerdos).

Cuando percibo una relación positiva, sea con figura vincular o no, me relaciono desde una perspectiva adaptativa. Cuando salta alguno de mis disparadores, “mis esquemas traumáticos” se activan. Se produce una reacción impulsiva en la que reacciona un esquema psíquico anclado en la revivencia del trauma. “No reacciono yo, sino mi parte traumatizada”. Estos disparadores pueden ser conocidos o no. Pueden ser: olores, detalles visuales (persona con bigote), palabras, imágenes, sonidos, gestos... Pueden ser de origen externo, pero también interno: pensamientos, recuerdos, creencias, interpretaciones de sucesos en principio neutros...

Lo que perciben los que conviven con ellos es una especie de imprevisibilidad en su conducta y vinculación, cuando en realidad es un comportamiento extremadamente rígido, pero de gran variedad de desencadenantes, algunos desconocidos incluso para el propio chico.

Generalmente se generan dos facetas opuestas:

- Se disocia una faceta que necesita cubrir las carencias de afecto no cubiertas ante padres ausentes o negligentes. Se apega de forma insaciable, nos reclama hasta la saciedad. A su vez tiene miedo de la faceta agresiva/defensiva, que vive en el trauma y se defiende. (fobia a la pérdida de apego).
- Se disocia otra faceta defensiva (agresiva a veces, y otras veces acosadora) que tiene aversión al apego porque supone exponerse y hacerse vulnerable al daño. Está anclada en el maltrato y aborrece a la faceta que necesita la cercanía. Según nivel de gravedad hay comunicación interna más o menos elaborada entre estas facetas. Pueden ser imágenes, sensaciones de malestar físico (dolores de cabeza, angustia en la garganta, presión en el pecho), a veces hay comunicación interna en forma de pensamientos/ voces (de origen no psicótico) que desprecian, culpabilizan o amenazan. (Fobia al apego).



- Por otro lado queda el yo, o parte aparentemente normal (PAN), como la denomina Van der Hart, al mando del sistema ejecutivo, enfrentándose y adaptándose al entorno de la mejor manera posible, hasta que alguna de las facetas discociadas, o partes emocionales (PE) para Van der Hart, se disparan y ejercen una “influencia pasiva” sobre la PAN, inoculando emociones, sensaciones físicas, recuerdos en forma de flashbacks o pesadillas y poniendo en funcionamiento mecanismos de defensa como el de lucha o huida en momentos inadecuados, motivando reacciones desproporcionadas o desajustadas al contexto.



La disociación se mantiene por el rechazo entre las partes entre sí (entre PE's y PAN y PE's), o fobias disociativas (Van der Hart), que recrean la situación de relación de acoso/maltrato por la figura de apego. La PE carencial, una vez disparada, crea una gran sensación de necesidad de afecto y atención. Se trata de una sensación insaciable de necesidad de los demás. Representa metafóricamente a aquel niño/bebe no atendido que vive en el trauma creado por las negligencias sufridas en la infancia.

La PE vinculada a la lucha o huida entra en funcionamiento cuando se siente vulnerable en la cercanía con los demás, anticipando los malos tratos o abusos en los que se gestó. La faceta a carencial representa un grave peligro para la faceta de lucha o huida, por la creación de situaciones semejantes a las que en el pasado provocaron situaciones de abusos o los malos tratos. Por otro lado, la PE de lucha o huida culpa o aborrece tanto a parte carencial como a PAN, lo que a estas les hace revivir la experiencia de exposición a figuras maltratadoras. La PAN, en su intención de sobrellevar la influencia de ambas PE's, intenta obviar a ambas, lo que reproduce situaciones de “no ver” ya vividas en los cuidados negligentes del apego original.

Dando un paso más allá, esta desorganización/imprevisibilidad en su conducta, con demandas excesivas de atención, celos, y reacciones soberbias o incluso agresivas, generan la recreación en la actualidad en sus nuevas vinculaciones de la vinculación traumática original. Tenemos que romper esa dinámica. Al menos externamente a nivel de equipo educativo.

Lo que en determinado momento puede parecer un apego desorganizado, caótico, no es tal. Más bien es una super-estructuración de la vivencia de una figura de apego a veces positiva y adecuada, y otras negligente, intrusiva o maltratadora. El niño que crece en una relación de apego inseguro ambivalente o desorganizado, está haciendo en realidad una aproximación organizada a la relación (desorganizada) que mantiene con sus padres.

## 7. Pilares



### 7.1 PROFESIONALES

Los menores con fuerte inestabilidad emocional y con elevada impulsividad, especialmente si tienen conductas parasuicidas o bien conductas disociales graves, suelen ser casos que entrañan una gran dificultad. Estas circunstancias generan en los miembros del equipo de intervención directa emociones tan intensas como miedo, angustia, rabia o frustración.

Conscientes de esta realidad, los principales líderes de enfoques psicoterapéuticos dirigidos a tratar la inestabilidad emocional y la impulsividad subrayan de manera explícita la importancia de habilitar un espacio común para trabajar las dificultades que puedan encontrar a lo largo del proceso de tratamiento, donde se pueda potenciar el pensamiento reflexivo en ellos mismos, así como la ventilación emocional por parte del equipo de trabajo a cada uno de sus miembros.

Específicamente, dentro de la TDC, un requisito imprescindible que cada persona que intervenga con estos menores esté incluido en un grupo de trabajo y, aunque las funciones de este grupo pueden ser variadas, una de las principales es el manejo del *burnout* o *fatiga de compasión*. Se entiende que trabajar bajo ese estado emocional impide a los profesionales realizar buenas intervenciones psicoeducativas, mermando al tiempo sus capacidades para atender y llevar a cabo la protección y el cuidado efectivo de los menores. Asimismo dificulta la puesta en marcha de pautas de autocuidado sobre sí mismos.

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

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

Otras de las posibles funciones del grupo son las siguientes:

1. Ayudar a evaluar problemas de los terapeutas/educadores que dificulten o impidan el desarrollo del tratamiento.
2. Ayudar a los terapeutas/educadores a implementar soluciones a los problemas, idealmente, utilizando habilidades dialéctico-conductuales.
3. Asegurar la adherencia a los principios de la TDC y la competencia de los equipos de intervención directa.
4. Ofrecer apoyo en situaciones de tensión y agotamiento emocional.

En la presente adaptación, este grupo de trabajo ha quedado incluido de manera explícita dentro de las reuniones de equipo que se realizan semanalmente. Se ha considerado el espacio ideal porque enmarca todas las funciones propuestas. Además, facilita el acceso a los educadores, de modo que la asistencia al grupo no suponga una carga adicional sumando horas extra a sus jornadas.

### **Participantes en el grupo de profesionales**

Del grupo de profesionales deberían formar parte todas las personas que participan en el tratamiento y la intervención con el menor. Uno de los integrantes realizará las funciones de líder, generalmente el psicólogo del centro, y otros dos el papel de observador. Este papel de observador se realizará de forma rotatoria por todos los participantes con el fin de ayudar a los demás integrantes a mantenerse dentro de los principios dialécticos y avisar al resto de los miembros cuando se produzca alguna de estas situaciones (Blaise Aguirre, MD, Comunicación oral en seminario, Bilbao, febrero 2014):

- Cuando no se alcanza una posición dialéctica.
- Cuando la mente emocional o la mente racional están dominando, lo que impide que se trabaje de forma adecuada.
- Cuando está quedando fuera de la reflexión algún aspecto importante y que dificulta llegar a conclusiones adecuadas.
- Cuando un componente del equipo actúa juzgando a otros o así mismo.
- Cuando se usa comunicación indirecta.
- Cuando se hacen o intentan hacer dos cosas a la vez.
- Cuando un terapeuta trata a los demás —menores o profesionales— como frágiles.
- Cuando se actúa con temor frente al líder y se evita desafiarle.
- Cuando la ira se manifiesta.

Por su parte, el líder es el que tiene mayor responsabilidad de saber, recordar y desarrollar los principios de TDC, conduciendo a todo el grupo y liderando la solución de dilemas. El líder, además, valida las emociones del profesional que exponga su dilema, le ayuda a definirlo, realiza una valoración más profunda de los problemas y soluciones que ya se han intentado y genera, junto con el resto del grupo, soluciones posibles a estos.

En resumen y como conclusión podemos afirmar que dentro de la TDC, es un requisito fundamental formar parte de un equipo de profesionales que realice de manera *estructurada y continuada* reuniones para promover el pensamiento reflexivo, reducir el *burnout* y asegurar la adherencia a los principios dialécticos. La participación en dichos grupos no solo repercute en el bienestar de los equipos de intervención directa, sino también en la calidad de las intervenciones que se proporcionan.

## 7.2 ATENCIÓN GRUPAL

El grupo de habilidades es una de las principales aportaciones de la terapia dialéctico-conductual. La consideración de la personalidad como una entidad modificable mediante el aprendizaje de conductas aumenta las posibilidades terapéuticas y posibilita una visión más optimista de su evolución.

Tanto Marsha Linehan, en su propuesta para adultos, como Alec Miller, en su propuesta para adolescentes, consideran que el formato más adecuado para el aprendizaje de habilidades es el formato grupal.

Los grupos están integrados por un número de entre 10 y 12 (adolescentes) más 2 terapeutas/educadores y a ser posible de varios observadores. Constan en su desarrollo de dos partes bien diferenciadas: la transmisión teórica de las habilidades por parte de los terapeutas y la revisión de una ficha (*ficha de habilidades*) que pretende acompañar a los participantes durante toda la semana para recordar el uso de habilidades y fomentar el pensamiento reflexivo y la autoconciencia. Así, el grupo se considera el lugar donde las habilidades se aprenden y la terapia individual el espacio donde se promueve su generalización a la vida diaria.

Sería deseable el entrenamiento en habilidades en un grupo de padres para que los progenitores y/o cuidadores también tengan la oportunidad de aprender y favorecer el mantenimiento y generalización de las distintas habilidades, mejorando el ambiente en casa y el tipo de relación.

La duración del programa es 30 sesiones desarrolladas a lo largo de un año escolar (haciendo el paralelismo con una *actividad extraescolar de estabilidad emocional*, por lo que se sigue el calendario escolar), con una frecuencia semanal.

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

Aunque existe cierta flexibilidad a la hora de establecer la periodicidad y el contenido de los módulos en función de las actividades programadas en cada recurso, de manera general podemos decir que los módulos se reparten de la siguiente forma:

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

En la sesión preliminar, se marca el encuadre terapéutico del taller y se explica cuáles serán las reglas internas del grupo de trabajo, promoviendo un compromiso explícito por parte de cada uno de los miembros a modo de contrato conductual.

REGLAS DEL GRUPO
<p><b>1. Venir.</b> Si se abandona el grupo, se está fuera del mismo. Se considera abandono la acumulación de 4 expulsiones del taller o la falta de asistencia no justificada.</p> <p><b>2. Un tratamiento, varias terapias.</b> La terapia de grupo es un complemento del tratamiento, y no es suficiente para ayudar al paciente. Todos deben contar con una terapia individual donde se manejan las crisis.</p> <p><b>3. Limpio.</b> No drogas. No alcohol.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un miembro del equipo de intervención puede exigir un análisis de drogas. Negarse se considera un 'resultado +' y tendrá consecuencias similares.</li> <li>• Intoxicado no se puede entrar a ninguna actividad y será considerado como una falta.</li> </ul> <p><b>4. Respetando lo íntimo.</b> La terapia individual es el lugar adecuado cuando se tiene la necesidad de hablar de problemas personales concretos. En el taller trabajamos las habilidades, no las individualidades.</p> <p><b>5. Atreverse a pedir ayuda (S.O.S.).</b> Hay que aprender a pedir ayuda: busca ayuda dentro de ti tus propios recursos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pide ayuda a tu educador o trabajador social.</li> <li>✓ Pide ayuda a tu psicólogo o psiquiatra.</li> <li>✓ Pide ayuda a tu figura de apoyo o tu familia.</li> <li>✓ Pide ayuda a otra persona cercana o compañero.</li> </ul> <p><b>6. Saber guardar secretos.</b> Lo que se habla en el grupo, se queda en el grupo, excepto cuando está en riesgo la salud o la vida.</p> <p><b>7. Ser puntual y respetuoso con los otros en el grupo.</b> El grupo es un espacio de convivencia donde hay que respetar a los demás y hacerse respetar.</p>

### La estructura del grupo

En cuanto a la estructura del grupo, cada día la actividad arranca tras compartir un breve ejercicio grupal de conciencia plena (*mindfulness*) de 5-10 minutos de duración.

A continuación, de acuerdo al trabajo realizado con la ficha de habilidades, se repasan con cada uno de los miembros del grupo los momentos y las habilidades más significativas que se hayan utilizado durante la semana (10 minutos aproximadamente).

MARCA LAS HABILIDADES QUE HAS UTILIZADO CADA DÍA								
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<b>HABILIDADES BÁSICAS PARA TOMAR CONCIENCIA DE UNO MISMO</b>								
QUÉ	Mente SABIA							
	OBSERVAR (darte cuenta de lo que pasa)							
	DESCRIBIR (poner palabras...)							
	PARTICIPAR de la experiencia							
CÓMO	NO JUZGAR (ni juzgarte si juzgas)							
	Hacer UNA COSA en cada momento							
	Hacer lo que FUNCIONA							
<b>HABILIDADES DE RELACIONES SOCIALES</b>								
CO-R-RE	EQUILIBRA obligaciones con deseos							
	Di "NO" a peticiones indeseadas							
	EFICIENCIA EN RELACIONES: Describe, Expresa, Comunica, Refuerza, Mantén la Posición, Aparenta seguridad, Negocia (DECIR PAN)							
	MANTENER LAS RELACIONES: Valida, interesaté, se simpático y agradable (VISA)							
	AUTORRESPECTO: Sinceridad, PRINCIPIOS, no disculparse, ser JUSTO (SIN PRINCIPIOS NO HAY JUSTICIA)							
REPARA relaciones								
<b>HABILIDADES DE PENSAMIENTO, EMOCIÓN Y CONDUCTA</b>								
CÉNTRATE EN LA EMOCIÓN	Reducir vulnerabilidad: CUIDATE si estás enfermo; Drogas no; Ejercicio habitual; Nutrición sana; SuEño; ser POSITIVO; ¡CUIDENSE Y SEAN POSITIVOS!							
	Identifica lo que te pasa: Mírate, Observa la emoción, Describe, Experimenta (no huyas), Recuerda (no eres lo que sientes), Acepta tus emociones (MODERA)							
	Tener experiencias POSITIVAS al día							
	Objetivos POSITIVOS a LARGO PLAZO							
	Actuar OPUESTAMENTE a la emoción							
<b>HABILIDADES DE TOLERANCIA AL MALESTAR</b>								
MEJORAR	ACTIVIDADES PARA SOBREVIVIR: DISTRAERSE Comparar, Ayudar, Pensar en otra cosa, Actividades distractoras, Cortar la situación negativa, Emoción opuesta, Sensaciones intensas (CAPACES)							
	RELAJAR LOS 5 SENTIDOS							
	MEJORAR EL MOMENTO: Imaginación, Significado buscar, Oración, Relajación, PRESente, Ánimos, VACACIONES (¡-SORPRESA-VACACIONES)							
PROS Y CONTRAS								
ACEPTA	ACEPTACIÓN de la situación tal y como es ahora							

Posteriormente se aprenden nuevas habilidades durante los 40 minutos restantes mediante las fichas específicas de cada módulo, y se plantean “deberes” para la semana siguiente.

Con el consentimiento explícito de su coordinador Carlos Moreno, durante todo el taller se utilizan las presentaciones y materiales de ATraPA, para el desarrollo de debates, *role-playing*, testimonios... Empleamos estos materiales, ya que ATraPA recoge una adaptación a población adolescentes de todos los materiales utilizados en el programa original (revisada en Junio de 2017), simplificando el lenguaje y adaptando el contenido y la iconografía a la edad y cultura del grupo y del país. Además, todos estos materiales están disponibles en la web:

[http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=Page&cid=1142701216149&pagename=HospitalGregorioMaranon%2FPage%2FHGMA\\_contenidoFinal](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=Page&cid=1142701216149&pagename=HospitalGregorioMaranon%2FPage%2FHGMA_contenidoFinal).

De este modo, los progenitores, cuidadores y/u otros profesionales que estén al margen del grupo de habilidades puedan tener disponible todo el material para conocerlo y consultarlo.

Los materiales adaptados incluyen la ficha de habilidades y los acrónimos de las habilidades. Estos se han utilizado en la TDC como una forma de recordar las posibles estrategias de actuación en momentos de crisis para facilitar su uso y generalización. Además, el uso de acrónimos, además de potenciar al recuerdo y uso de habilidades, ayuda a crear una cultura grupal propia y facilita la relación con los adolescentes.

Los distintos acrónimos elaborados tienen sentido en sí mismos para ser recordados e incorporados al léxico común, tanto para la terapia individual como en los grupos o en familia. Por ejemplo, en un momento de crisis, es más sencillo recordar la palabra CAPACES que todas las habilidades para sobrevivir a la crisis que el acrónimo contiene: Comparaciones, Ayudar a los demás, Pensar en otra cosa, Actividades distractoras, Cortar con la situación negativa, Emoción opuesta, Sensaciones intensas.

A continuación se adjunta una tabla resumen con las dificultades que se van a abordar a lo largo del taller, las habilidades específicas que van a ser objeto de atención y las actividades concretas que propone el programa ATraPA. Así mismo se adjuntan los talleres actuales enmarcados dentro de cada una de las habilidades Dialectico-conductuales y una casilla de actividades propuestas que pueden completar los educadores diseñando talleres que se ajusten a los contenidos en habilidades que se propone trabajar este grupo. Asimismo, dadas las características del recurso, se contempla la posibilidad de diseñar talleres que trasciendan y complementen los contenidos específicos planteados en ATraPA.

DIFICULTADES	HABILIDADES (ATraPA)	TALLERES (ATraPA)	TALLERES ACTUALES	PROPUESTAS
Confusión sobre uno mismo: confusión acerca de las emociones, del <i>sí mismo</i> , disociación.	<b>Habilidades para tener conciencia de uno mismo</b>	<b>Habilidades qué</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mente SABIA</li> <li>• OBSERVAR (darte cuenta de lo que pasa)</li> <li>• DESCRIBIR (poner palabras...)</li> <li>• PARTICIPAR de la experiencia</li> </ul> <b>Habilidades cómo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NO JUZGAR (ni juzgarte si juzgas)</li> <li>• Hacer UNA COSA en cada momento</li> <li>• Hacer lo que FUNCIONA</li> </ul>	Mindfulness	
Impulsividad: <i>actingouts</i> , autolesiones, agresiones, etc.	<b>Tolerancia al malestar</b>	<b>Mejorar</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACTIVIDADES PARA SOBREVIVIR: DISTRAERSE               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Comparar, Ayudar, Pensar en otra cosa, Actividades distractoras, Cortar la situación negativa, Emoción opuesta, Sensaciones intensas (CAPACES)</li> </ul> </li> <li>• RELAJAR LOS 5 SENTIDOS</li> <li>• MEJORAR EL MOMENTO               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Imaginación, Significadobuscar, Oración, Relajación, PREsente, Ánimos, Vacaciones (I-SORPRESA-VACACIONES)</li> </ul> </li> <li>• PROS Y CONTRAS</li> </ul> <b>Aceptación</b>	Ocio alternativo  * Desarrollo creativo (manualidades)  * Dibujo	



<p>Inestabilidad emocional: rápidos e intensos cambios de humor con poco control o estado emocional continuo negativo.</p>	<p><b>Pensamiento, emociones, conducta</b></p>	<p><b>Céntrate en la emoción</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• REDUCIR VULNERABILIDAD <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CÚdate si estás enfermo; Drogas no; Ejercicio habitual; Nutrición sana; Sueño; ser positivo: ¡CÚIDENSE Y SEAN POSITIVOS!</li> </ul> </li> <li>• IDENTIFICA LO QUE TE PASA <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mírate, Observa la emoción, Describe, Experimenta (no huyas), Recuerda (no eres lo que sientes), Acepta tus emociones (MODERA)</li> </ul> </li> <li>• Tener experiencias POSITIVAS al día</li> <li>• Objetivos POSITIVOS a LARGO PLAZO</li> <li>• Actuar OPUESTAMENTE a la emoción</li> </ul>	<p>Deporte</p> <p>Emocionario</p> <p>Arte-terapia</p> <p>Mi emoción creativa</p> <p>Taller de drogas</p>	<p><b>ROCA (Act)</b> Respira, Observa, Conoce tus valores y Actúa</p>
<p>Problemas interpersonales: patrón de dificultad para mantener relaciones estables, conseguir lo que uno quiere o para mantener autorrespeto; esfuerzos frenéticos para evitar el abandono.</p>	<p><b>Relaciones sociales</b></p>	<p><b>CO-R-RE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EQUILIBRA obligaciones con deseos</li> <li>• Di "NO" a peticiones indeseadas</li> <li>• EFICIENCIA EN RELACIONES: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Describe, Expresa, Comunica, Refuerza, Mantén la Posición, Aparenta seguridad, Negocia (DECIR PAN)</li> </ul> </li> <li>• MANTENER LAS RELACIONES <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Valida, interésate, se simpático y agradable (VISA)</li> </ul> </li> <li>• AUTORRESPECTO: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sinceridad, principios, no disculparse, ser justo (Sin principios no hay justicia)</li> </ul> </li> <li>• REPARA relaciones</li> </ul>	<p>RRCC</p>	
<p>Pensamiento dicotómico, rigidez mental, valores</p>	<p><b>Buscando la línea media</b></p>		<p>Asamblea</p> <p>*Objetivos</p> <p>* Aula interactiva</p>	
<p>Reforzar los contenidos académicos, ausencia/imposibilidad de escolarización</p>	<p><b>Otros</b></p>		<p>Aula</p>	
<p>Fomento de las funciones ejecutivas (planificación, reflexión...)</p>			<p>Estimulación cognitiva</p> <p>Ajedrez</p>	
<p>Refuerzo de la estructura interna, desorganización interna, hábitos, predictibilidad del ambiente</p>			<p>Orden de habitaciones</p> <p>Asamblea organizativa</p>	
<p>Fomento autonomía, preparación para la salida a casa</p>			<p>TVA</p> <p>Mi proyecto de vida</p>	

## 7.3 ATENCIÓN INDIVIDUAL

### Validación

La validación es una de las principales estrategias de tratamiento tanto a nivel psicoterapéutico como educativo en la intervención directa con menores. En este sentido, podemos destacar distintas intensidades en la validación, siguiendo lo propuesto por la propia Linehan. Así, de menor a mayor intensidad, las estrategias de validación serían:

- 1.- Escuchar y observar (escucha activa)
- 2.-Reflejar con precisión y de manera descriptiva los sentimientos y emociones del otro (sin juzgar)
- 3.-La devolución de lo que hemos entendido acerca de lo que dice. En esta devolución trataremos de articular también lo no verbalizado.
- 4.-Validación de sus comportamientos teniendo en cuenta sus posibles causas, sin ignorar lo disfuncional de los mismos, tratando de ayudar a buscar causas que lo generan y/o los mantienen. De este modo, validaremos los comportamientos desde la historia de aprendizaje del propio sujeto.
- 5.- En la línea del punto anterior, buscaremos validar los comportamientos teniendo en cuenta las posibles causas pero esta vez, en lugar de entenderlos desde la historia de aprendizaje, buscaremos y validaremos las causas atendiendo al contexto presente.
- 6.-Ver a la persona tal como es, transmitir confianza en su capacidad de cambio y fomentar sus fortalezas. Tratar a la persona como válida y radicalmente genuina, es decir, validar a la persona, no a la respuesta.

Los principales aspectos que deben validarse son los sentimientos y emociones. Asimismo validaremos la función del comportamiento (el por qué ha hecho lo que ha hecho, cuál es la finalidad...). Del mismo modo podemos validar la legitimidad de querer algo, creencias, opiniones o pensamiento sobre cualquier aspecto, valores verdaderos sobre algo, lo difícil que resulta una tarea, el empeño que pone una persona para intentar lograr un objetivo, cosas que realiza una persona que le resultan efectivas y cosas que una persona hace por otra.

### Terapia ocupacional

La terapia ocupacional que se plantea en este modelo, siempre desde la óptica de la rehabilitación psicosocial, dista de la visión tradicional de la terapia ocupacional. De hecho, podríamos hablar de terapia a través de la ocupación u ocupación terapéutica más que de terapia tradicional para que el nombre no nos lleve a engaños.

La alteración de la identidad, como todos los criterios diagnósticos, conlleva muchas variables a tener presentes para entender su casuística y las consecuencias que derivan de ella. La historia traumática previa, la ausencia de límites adaptativos en la infancia o el exceso de los mismos, obstaculizan la génesis del principio de identidad en la persona.

La terapia a través de la ocupación que se propone consiste en buscar la ocupación de estos chicos/as a través de actividades significativas para ellos/as mismos/as, es decir, no queremos que estén ocupados sino que queremos que estén ocupados haciendo algo relevantes para ellos y que les va a aportar claves para la estabilidad del sentimiento de identidad. Por ejemplo, si me gusta la montaña y me apunto a un club de escalada, el trabajo de cara a la identidad sería “soy escalador” y desde esa identidad “construida” a través de las actividades significativas va a ser más fácil relacionarse con el mundo que les rodea.

Podemos abordar por un lado la búsqueda de ocupaciones de carácter volitivo (laborales, de ocio y tiempo libre) y posteriormente intervenir en las barreras emocionales que deriven de la exposición a dichas ocupaciones. Si conseguimos que estas ocupaciones sean integradas en la vida del paciente, éstos nuevos roles darán firmeza a la estructura de identidad del paciente.

- Área productiva/Laboral

Podemos hacer un abordaje prelaboral, volitivo, transformando ideas fantasiosas, si existieran por parte del menor para adaptarlas a objetivos y realidades alcanzables, teniendo en cuenta sus características propias. Posteriormente, haremos lo mismo en la búsqueda de un empleo que se adapte a sus características y si se diera el caso, su incorporación al mercado laboral, ayudando a los menores a sentirse válidos, autónomos en múltiples áreas y dando como resultado nuevos roles que ayuden a definir su identidad.

- Área de ocio y tiempo libre

Es precisamente en los momentos poco estructurados o sin actividades claras donde se manifiestan en mayor grado los sentimientos de vacío y los problemas de identidad, que pueden manifestarse a través de conductas de aislamiento, autolesivas y/o conflictos familiares. Su demanda es ocupacional en estos momentos.

Para atender esta demanda, por tanto, podemos seguir el siguiente esquema de búsqueda de actividades significativas:

- Definición volitiva de deseos, aficiones (abandonadas en el pasado o nuevas).
- Adaptación de las actividades reconduciendo ideas fantasiosas, evaluación de los recursos personales, económicos y logísticos de la actividad.
- Secuenciación de objetivos graduales para llevarla a cabo.
- Apoyo en la gestión emocional ante su exposición a la actividad. (intra/interpersonal).

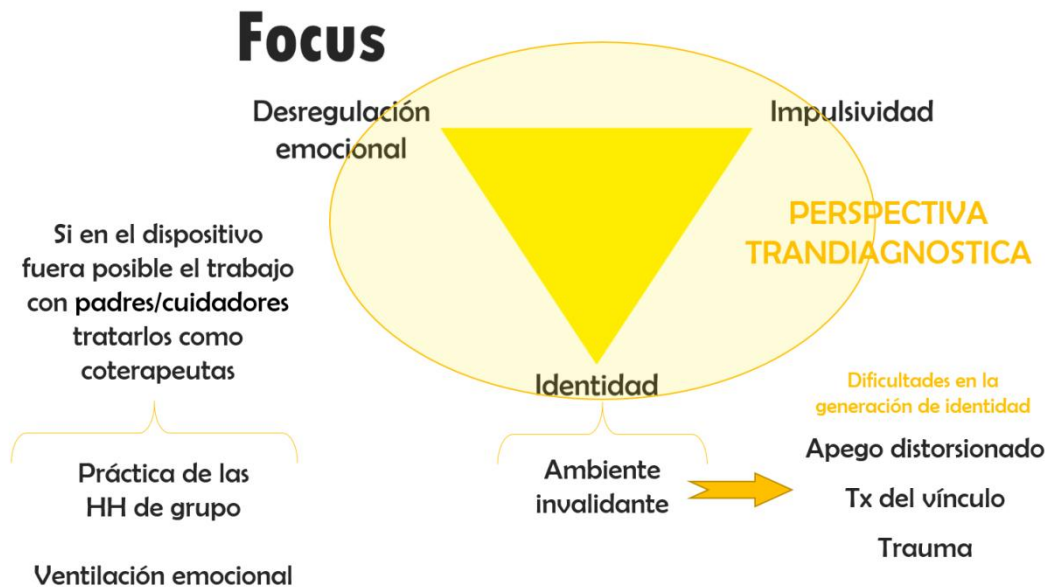
## **Psicoterapia**

La psicoterapia que se propone en el SAD engloba y refuerza las áreas ya trabajadas en el área individual, como la validación y la ocupación terapéutica, si bien es cierto que estas áreas son mayoritariamente atendidas por el equipo de intervención directa. No obstante, es imprescindible una coordinación entre la parte educativa y terapéutica para aumentar exponencialmente el potencial de estas herramientas de intervención.

En una primera fase el trabajo por tanto, en trabajo terapéutico estará encaminado a reforzar la intervención educativa en lo referente a la tolerancia al malestar y el reconocimiento y gestión emocional, impulsividad, toma de conciencia y el refuerzo de la identidad en un marco transdiagnostico pero regulado por los objetos de atención de la Dialectico Conductual, que quedan explicitados en el modelo en el apartado FOCUS. En esta primera fase, el marco teórico de intervención desde el que se trabajen estos objetos de atención es abierto al terapeuta, siempre y cuando se trabajen y refuercen los objetivos marcados. Profundizaremos en esta cuestión en el siguiente apartado.

Posteriormente se profundizará en la historia previa traumática, a través del trabajo con la fobia a los contenidos mentales, la fobia a los recuerdos recuerdos... facilitando así la reintegración de facetas disociadas con la consiguiente adecuación de la percepción de diferentes situaciones sociales, de las respuestas contextuales y por último, la rehabilitación social, familiar y académico/laboral.

## 8. Focus



### 8.1 Perspectiva transdiagnostica

La perspectiva transdiagnostica en el marco de los tratamientos psicológicos es un enfoque innovador y actualizado dentro de la Psicología Clínica y la Psiquiatría, que está recibiendo un creciente interés ya que supone una respuesta integral a las más frecuentes dificultades. Asimismo, su validez y eficacia científica la convierten en una valiosa línea de intervención en la terapia psicológica.

En las últimas décadas, se viene constatando que muchos problemas psicológicos comparten una serie de factores comunes. De este modo, en lugar de centrarse en lo específico y diferencial de cada uno de ellos, el transdiagnóstico centra su atención en lo que tienen en común, es decir, en los procesos psicológicos que subyacen a muchos de ellos.

Estos elementos comunes participan bien en el origen, mantenimiento o incrementan la probabilidad de desarrollar desordenes emocionales. En consecuencia, si se modifican esos elementos comunes (que incluyen entre otros procesos de atención, memoria, pensamientos, expectativas y dimensiones de personalidad), se pueden prevenir posibles trastornos psicológicos habituales en la población general.

Atendiendo a todo esto, no es de extrañar que los programas de tratamiento basados en la evidencia más recientes, fundamentados en la investigación más actual y la evaluación clínica, se centran en las intervenciones unificadas transdiagnósticas para trastornos que comparten características comunes y responden a procedimientos terapéuticos comunes (Barlow, 2015)

El transdiagnóstico, por tanto, está suponiendo un renovado esfuerzo en la identificación y estudio de los factores psicopatológicos más frecuentes, y que explican procesos mentales, conductas y manifestaciones fisiológicas presentes en diferentes trastornos psicológicos.

SAD recoge esta perspectiva transdiagnostica, lo cual nos permite generalizar la aplicación de la Dialectico conductual a otra serie de trastornos y dificultades que comparten características comunes. Concretamente, desde el modelo biosocial se apunta la desregulación emocional y la impulsividad, rasgos comunes a muchos de los trastornos que se manejan en los centros de menores específicos (p.e. TDAH, trastorno del vínculo, trastorno de conducta...)

De igual modo, hemos incluido los problemas con la identidad, igualmente común a muchos de estos trastornos, aunque hemos querido darle una especial relevancia puesto que es un síntoma derivado de la situación de trauma al que han estado expuesto muchos de estos menores y que viene directamente condicionado por una historia de aprendizaje donde el ambiente ha sido invalidante y nocivo (agresiones, violaciones, negligencias...).

## **8.2 Trauma e identidad**

Como se explica anteriormente en el modelo de trauma y disociación, el yo queda escindido en varias partes, con mayor o menor desarrollo estructuración y peso dentro del sistema según el número e intensidad de experiencias traumáticas relacionadas con las figuras de apego. En el modelo de traumase explica que con el mismo, quedan encapsulados recuerdos, cogniciones, emociones y sensaciones, todos ellos aglutinándose en torno a un mecanismo de defensa. Cuantas más experiencias traumáticas vinculadas al mismo mecanismo de defensa, más carga de recuerdos, pensamientos, emoción y sensaciones físicas. La acumulación de decenas o cientos de experiencias según el tiempo convivido con la/s figura/s negligente/s y/o maltratadoras/abusadoras, genera que las partes emocionales, descritas en el modelo de disociación de Van der Hart, crezcan en contenido. Esto puede generar estructuras de redes neuronales centradas en el trauma, que alcanzando una masa crítica llegan a tener, en torno al mecanismo de defensa, como eje central, sus propios recuerdos, creencias, carga emocional y sensaciones físicas que pueden llegar a tener en mayor o menor medida auténtica identidad propia.

Según el nivel de desarrollo y estructuración pueden ser desde un sencillo impulso de actuación con gran carga emocional y sensaciones somáticas en los casos más sencillos, hasta entidades que se manifiestan en forma de voz interna propia, con nombre, edad y sexo diferentes de la parte aparentemente normal. Cuanto mayor es el grado de disociación, mayor es la patología, la dificultad y prolongación de la psicoterapia, y la sensación de caos interno, con emociones, impulsos, creencias y sensaciones ajenos al sujeto.

Cuanto más facetas disociadas, y más estructuradas son estas, mayor es la cantidad de redes neurales desintegradas. "Fenotípicamente" estamos hablando de personas, que a nuestros ojos, se presentan con mecanismos de defensa y recursos al servicio de partes emocionales, y por lo tanto no accesibles a la parte aparentemente normal. Cuando estos sujetos se relacionan con el mundo, no disponen en ocasiones de la asertividad necesaria, porque su agresividad está atrapada en una PE de lucha, no vinculan a nivel profundo porque su sensibilidad a nivel afectivo está encapsulada en una PE carencial, padecen anestias parciales o totales, carecen de un discurso realmente afectivo, nos encontramos con episodios de amnesias disociativas.

Por otro lado, son personas que de manera impredecible, incluso para ellos mismos, reaccionan impulsivamente con reacciones de agresividad extrema descontrolada, o reaccionan echando a correr sin saber ellos mismos muy bien por qué, o buscando de manera insaciable la presencia de otro adulto.

Las implicaciones a nivel de la psicoterapia y a nivel educativo, son que las intervenciones no son productivas porque la información no ha trascendido a las partes emocionales, sino que únicamente sea estado trabajando con la parte aparentemente normal. Suelen ser estos pacientes que a pesar de años de terapias y profesionales siguen reaccionando igual que el primer día.

La repercusión de estos fenómenos a nivel de identidad son claros, y a la vez totalmente comprensible la sensación de vacío y desconexión que verbalizan habitualmente. Si no estás en contacto con algunos de tus recuerdos, algunos de tus mecanismos de defensa, estas desvinculado con de tus propias emociones o sensaciones físicas, es imposible tener un sentido del yo y sentirse partícipe e integrado en ningún contexto.

El proceso psicoterapéutico pasa, si queremos que sea realmente eficaz, por un proceso de mentalización (proceso por el que las acciones mentales se perciben como agosintónicas), que ayude al paciente en la integración de estas diferentes facetas y genere que las experiencias educativas y terapéuticas sean accesibles para todo el sistema.

El proceso psicoterapéutico pasa por tres grandes fases. Estas fases trascienden a los diferentes modelos de psicología. Se trata del modelo por fases característico de las psicoterapias dirigidas a trabajar con Trastorno por Estrés Posttraumático de Tipo Complejo y los Trastornos Disociativos:

- Fase 1: Estabilización y reducción de síntomas.
- Fase 2: Tratamiento de los recuerdos traumáticos.
- Fase 3: Integración de la personalidad y rehabilitación.

Muchos autores las consideran fases flexibles y recurrentes en un proceso terapéutico de vaivén según las necesidades del sujeto (Courtois, 1999; Steele et al., 2005).

En la Fase 1 se trabaja la estabilización del paciente. Se presta especial hincapié en la gestión emocional, la impulsividad, y al apego así como las habilidades para relacionarse (crear y/o mantener una red de apoyo social) y se empieza a trabajar con la identidad. En este caso hemos escogido el modelo dialéctico-conductual por su amplia validación empírica como abordaje enfocado al manejo de autolesiones y el trabajo en regulación emocional, tolerancia al malestar, habilidades relacionales búsqueda de conductas alternativas dentro de un contexto de validación que incluye el trabajo con las emociones, cogniciones y el cuerpo, aspecto descuidado por los abordajes más clásicos como el psicodinámico y la terapia cognitivo conductual. En esta fase el paciente aprende a gestionar su energía mental y sus acciones para una vida más ordenada y orientada al autocuidado. Según el grado de gravedad esta fase puede durar años, o incluso puede que no se salga de ella.

En la Fase 2, una vez se ha logrado cierta estabilización, fortaleza del yo y el aprendizaje de recursos estrategias para relacionarse con el mundo, se comienza a abordar la historia de trauma. Para esta fase hemos escogido el abordaje mediante Desensibilización y Reprocesamiento de Movimientos Oculares (EMDR), desarrollado por Francine Shapiro, dentro del contexto de abordaje de la Teoría de la Disociación Estructura de la Personalidad de Onno Van der Hart. Integramos ambos modelos desde la perspectiva del abordaje progresivo de Anabel González, en un proceso flexible de vaivén entre las tres fases de tratamiento. Se ayuda ya en la fase de estabilización con el reprocesamiento de los aspectos periféricos del trauma que se puedan ir abordando y trabajando en el proceso de reintegración de las facetas disociadas debido al trauma (fobia a los contenidos mentales y fobias disociativas, Van der Hart). En esta segunda fase se aborda ya más directamente los contenidos nucleares del trauma y se trabaja alineando las diferentes facetas disociadas.

En esta fase, aunque se proponen estos modelos concretos para esta adaptación, es importante destacar que pueden tener cabida otros modelos de abordaje del trauma como las 12 fases de Levine o la psicoterapia sensoriomotriz de Ogden, por citar algunos ejemplos.

Finalmente, en la Fase 3, una vez la historia de trauma está resuelta, o al menos una masa crítica de ella que ya permite la rehabilitación, se va restaurando la reintegración socio-laboral. Se Trabaja la resolución de la discociación, en un proceso de reintegración de las distintas facetas disociadas en la traumatización. Paralelamente se abordan las fobias a la vida normal, al cambio y a los recuerdos sanos, a la intimidación, al cuerpo y a la intimidad sexual (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2008). Estos mismos autores consideran finalizada la terapia cuando se logra: Sensación de cohesión, de integridad interior, aceptan su propia historia, se hacen cargo del presente y hacen planes para el futuro, incluyen relaciones sanas, trabajo, juego, descanso, relax y disfrutan sus vidas.

### **8.3 Modelo integrado**

Atendiendo a todo lo expuesto hasta ahora, en la presente adaptación podemos afirmar que vamos a trabajar desde un modelo integrado donde la primera fase de estabilización se va a trabajar prioritariamente desde la perspectiva de la Dialectico conductual. Además, a nivel tanto psicoterapéutico como educativo podemos recoger herramientas de los modelos del trauma para reforzar y complementar los contenidos trabajados en esta primera fase a través de ATraPA. Con esto, estaríamos cubriendo la intervención con el trauma, un aspecto que toca de manera muy superficial y poco concreta la Dialectico conductual, incluyendo además esta intervención Dialéctica en un marco más amplio y estructurado para el trabajo formal y terapéutico con el trauma.

Tras esta primera aproximación, en una segunda fase y una vez se logra la estabilización (si bien es cierto que el trabajo de intervención de la fase 1 a un nivel educativo se mantendrá a lo largo de toda la estancia en el centro), podremos abordar el trauma a nivel psicoterapéutico. No obstante, y como se ha comentado anteriormente, desde la psicoterapia podemos ir generando un movimiento de vaivén entre la primera y la segunda fase durante toda la intervención acelerando así el proceso de trabajo con el trauma. Finalmente terminaremos la intervención psicológica con la Fase 3.



## **FASE 1: Estabilización**

Para nuestro modelo de intervención realizaremos una adaptación del modelo dialéctico conductual para hacerlo compatible con el trabajo con trauma. El modelo dialéctico conductual, como se menciona anteriormente, está diseñado para el trabajo específico con trastorno límite de personalidad. Se trata de un trastorno de origen complejo, condicionado por muchos factores. En ocasiones su origen puede estar causado estrictamente por vulnerabilidad biológica y un ambiente invalidante, sin la necesidad de haber atravesado experiencias traumáticas. De ahí que el modelo de Linehan abarca un espectro más acotado de población que los modelos de intervención con trauma.

Pensamos por tanto que esta adaptación se ajusta mucho mejor a las necesidades reales de la población residencial en centros de menores y más concretamente en centros específicos ya que las experiencias traumáticas tempranas, si bien no son una condición imprescindible, sí son una tónica en los perfiles de los menores que se atienden en estos dispositivos. Por otro lado, podemos afirmar que por el contrario, las intervenciones orientadas al trabajo con perfiles traumatizados sí son perfectamente compatibles con las premisas del modelo TDC. Por ello, proponemos una intervención grupal e individual estructurado a través del programa AtRapa, aunque se adaptaran los talleres e intervenciones grupales con el fin de dar cabida al trabajo con trauma.

Para empezar se añadirá una parte psicoeducativa que explique qué es el trauma y como puede generar disociación. Su finalidad adaptativa como mecanismo de defensa, como condiciona nuestra capacidad de adaptación actual. Aprenderemos a detectar los estímulos desencadenantes de síntomas postraumáticos y/o de las partes emocionales generadas por la disociación (Van der Hart).

Seguidamente se orientará cada actividad del modelo TDC a la cooperación entre partes emocionales (Van der Hart). Se usará un lenguaje más integrador, partiendo de la aceptación y acogimiento de toda emoción como algo positivo y parte de mí, hasta la negociación en un dialogo interno con posibles facetas disociadas. Aprenderemos a atender a sus necesidades de autocuidado, fortaleciendo un yo adulto (Anabel González) capaz de hacerse cargo de éstas, ya partan de un sentimiento egosintónico (algo que me sucede a mi), como egodistónico (experiencias internas sentidas como algo procedente de fuera y ajeno a mí, fuera de mi control).

Partimos de la hipótesis de que realizando un trabajo inclusivo, respetuoso con diferentes necesidades y ritmos dentro de las partes emocionales (disociadas) del menor, los mismos talleres serán más eficaces, que limitándonos a un trabajo sin el calado que puede llegar a tener la inclusión de los diferentes sistemas de acción (Van der Hart) implicados en las conductas disfuncionales de estos pacientes.

En el siguiente cuadro resumen podemos ver como se superponen y complementan los distintos modelos propuestos, pudiendo observarse con facilidad en qué medida los distintos modelos trabajan determinados objetivos concretos. Esta visión nos da una perspectiva de la facilidad con que ambos modelos pueden llegar a integrarse en función de los objetivos de intervención.

Asimismo se ha incluido otra casilla con distintas estrategias fuera de estos modelos y que pueden servir para trabajar o reforzar igualmente lo trabajado en cada una de las fases.

Dialéctico conductual (ATraPA)		TRAUMA (Levine)	DISOCIACIÓN (Van der Hart)	OTROS
			<b>Parte 1: Entender la disociación y los trastornos traumáticos.</b> Psicoeducación: Qué me está pasando y por qué.	
<b>Habilidades para tener conciencia de uno mismo</b>	<b>Habilidades qué</b>  <b>Habilidades cómo</b>	PRIMER GRUPO. FASES PREPARATORIAS  <b>Primera fase.</b> Ejercicios para la seguridad y la contención. Encuentra las fronteras de tu cuerpo <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tapping</li> <li>• Ducha</li> <li>• La frontera de hilo</li> <li>• Ejercicio del musculo</li> </ul> <b>Segunda fase.</b> Tomar tierra y centrarse <ul style="list-style-type: none"> <li>• Silla</li> <li>• Animal</li> </ul> <b>Tercera fase.</b> Acumular recursos	<b>Parte 2: Habilidades iniciales para afrontar la disociación.</b> Sensaciones internas de seguridad. Reflexión. Fobias a contenidos mentales.	Mindfulness Defusión (ACT)
<b>Tolerancia al malestar</b>	<b>Mejorar</b> - ACTIVIDADES PARA SOBREVIVIR: DISTRAERSE (CAPACES) <ul style="list-style-type: none"> <li>• RELAJAR 5 SENTIDOS</li> <li>• MEJORAR EL MOMENTO (I-SORPRESA-VACACIONES)</li> <li>• PROS Y CONTRAS</li> </ul> <b>Aceptación</b>		<b>Parte 3: Mejorar la vida diaria.</b> Sueño y descanso. Tiempo libre y relajación. Autocuidado físico. Alimentación.  <b>*Parte 5: Entender las emociones y las cogniciones.</b> Técnicas autorregulación.	
			<b>Parte 4: Afrontar los recuerdos y desencadenantes traumáticos.</b> Entender su función. Manejarlos.	
<b>Pensamiento, emociones, conducta</b>	<b>Céntrate en la emoción</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• REDUCIR VULNERABILIDAD ¡CÚIDENSE Y SEAN POSITIVOS!</li> <li>• IDENTIFICA LO QUE TE PASA (MODERA)</li> <li>• Experiencias POSITIVAS al día</li> <li>• Objetivos POSITIVOS a LARGO PLAZO</li> <li>• Actuar OPUESTAMENTE a la emoción</li> </ul>	SEGUNDO GRUPO. HABILIDADES PARA HACER SEGUIMIENTO DE SENSACIONES ESPECÍFICAS  <b>Cuarta fase.</b> Sensación sentida. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Describir y hacer un seguimiento de la sensación</li> <li>- Ejercicio sensación sentida</li> <li>- Ejercicio libre de conflicto</li> </ul> <b>Quinta fase.</b> Hacer un seguimiento de la activación (sens., pens. y emoc.)  <b>Sexta fase.</b> Hacer seguimiento de tus ritmos de expansión/contracción	<b>*Parte 5: Entender las emociones y las cogniciones.</b> Psicoeducación emocional. Creencias básicas y errores cognitivos.  <b>Parte 6: Habilidades avanzadas de afrontamiento.</b> Manejar la ira, el miedo, vergüenza y culpa, llanto de apego, autoagresiones. Cooperación interna entre partes disociadas.	Defusión (ACT) E. interoceptiva Mindfulness. Yoga
		TERCER GRUPO. DESCARGAR LA ACTIVACIÓN  <b>Séptima fase.</b> Respuesta de lucha <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empujarse con las manos</li> <li>• Empujarse con la espalda</li> </ul> <b>Octava fase.</b> Respuesta de huida <ul style="list-style-type: none"> <li>• Huida natural</li> </ul> <b>Novena fase.</b> Fuerza frente al colapso  <b>Décima fase.</b> Desvincular miedo de la respuesta de inmovilidad	<b>*Este trabajo de Levine, según el modelo de Van der Hart, entraría en la Fase 2 de tratamiento</b>	Yoga  RFT Defusión (ACT) E. interoceptiva
<b>Relaciones sociales</b>	<b>CO-R-RE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EQUILIBRA obligaciones con deseos</li> <li>• Di "NO" a peticiones indeseadas</li> <li>• EFICIENCIA RELACIONES (DECIR PAN)</li> <li>• MANTENER RELACIONES (VISA)</li> <li>• AUTORRESPECTO:</li> <li>• REPARA relaciones</li> </ul>	CUARTO GRUPO. VOLVER AL EQUILIBRIO  <b>Undécima fase.</b> Orientación. Pasar del entorno interno al externo.	<b>Parte 7: Mejorar las relaciones con los demás.</b> Fobia al apego y la pérdida de apego. Conflictos relacionales. Aislamiento y soledad. Asertividad. Establecer límites interpersonales.	
		<b>Duodécima fase.</b> Asentarse e integrar		Mindfulness Yoga
<b>Buscando la línea media</b>				

## **FASE 2: El tratamiento de los recuerdos traumáticos.**

- Superar las fobias relacionadas con el apego inseguro a los abusadores.
- Superar la fobia al apego y pérdida de apego del terapeuta con las PE's.
- Superar la fobia a los recuerdos traumáticos. (Podemos trabajar también este punto a través del EMDR)

## **FASE 3: Integración y rehabilitación.**

### **FUSIÓN**

- Unificación de la personalidad
- En algunas partes se produce solo.
- Otras veces hay beneficios secundarios y/fobia: las PE's pueden convertirse en objetos transicionales. No quieren sentirse solos.

### **FOBIAS A LA VIDA NORMAL**

- Resistencia a la vida normal:
  1. Definir objetivos del sujeto.
  2. Empezar sistemas de acción acordes a sus objetivos.
- Duelo adaptativo: por no haber podido llevar una vida normal.
- Fobia al cambio y a los recuerdos sanos:
- Fobia a la intimidad:
- Intimidad y cuerpo: Intimidad sexual: vuelta a fase 2.
- Fomentar niveles más elevados de tendencias de acción.
- Terminación del tratamiento:

Sensación de cohesión, de integridad interior.

Aceptan su propia historia, se hacen cargo del presente y hacen planes para el futuro.

Incluyen relaciones sanas, trabajo, juego, descanso, relax. Disfrutan sus vidas.

## **8.4 Coterapeutas**

Este apartado hace referencia a que en la medida de lo posible, siempre que la intervención específica de cada dispositivo lo permita, deben incluirse los padres y/o cuidadores dentro de la intervención en calidad de coterapeutas. Esto es relevante puesto que estos chicos/as tienen llamadas, realizan visitas o incluso hacen salidas a sus domicilios y considerar a los cuidadores como coterapeutas implica dar una continuidad a la intervención dentro y fuera del entorno residencial.

De esta manera, se dará una gran estabilidad a la intervención aumentando su eficacia, al tiempo que se darán herramientas de manejo a estos coterapeutas puesto que en la gran mayoría de las ocasiones, parte del problema pasa por los déficits en el manejo de habilidades parentales y en las dificultades a la hora de enfrentarse a sus hijos. Asimismo se fomentará la ventilación emocional, tan relevante en estos casos donde la sobrecarga emocional estados alterados que dificultan la realizar buenas intervenciones, mermando sus capacidades para atender y llevar a cabo la protección y el buen cuidado sus hijos/as.

De hecho, en el programa de ATrAPA ya se manifiesta de manera clara y necesaria el incluir a los familiares en el tratamiento de los adolescentes con grave inestabilidad emocional, llegando a participar en todas las modalidades de intervención: grupo de habilidades y terapia individual. ATrAPA también incluye en la intervención con familias la atención a distancia mediante el correo electrónico (originalmente por teléfono en la versión de Linehan), algo que en esta adaptación no aparece de manera explícita, si bien es cierto que el trabajo de seguimiento e intervención con las familias fuera del contexto de la propia terapia se realiza de manera sistemática y semanal por parte de los trabajadores sociales del centro.

Asimismo, en las ocasiones en que se considere necesario y siempre que sea posible, se realizarán sesiones familiares adicionales para tratar aspectos conflictivos, como el manejo de crisis o amenazas de suicidio.

Estudios demuestran que en prácticamente todos los casos que no abandonan el tratamiento, incluir a los padres/familiares/cuidadores implica una importante mejora en el clima familiar y, fundamentalmente, entre los progenitores y el adolescente. La continuidad en la terapia permite a los padres aprender a utilizar las mismas herramientas que sus hijos están practicando en los módulos de habilidades, lo que les da una oportunidad para responder a sus solicitudes de ayuda de una manera previsible y diferente a como están habituados.

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

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



## 9. Método

# Método



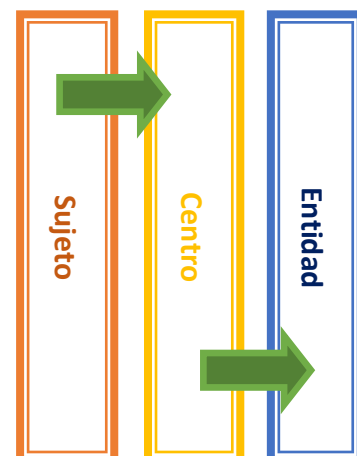
Siempre que sea posible, adaptar el funcionamiento interno del recurso a los principios de la DBT

El método para la aplicación práctica del SAD en un centro de menores pasa por 3 fases en continua interrelación.

En primer lugar una fase de formación previa no solo en los modelos teóricos que sustentan la Dialectico conductual y el trauma, sino también en la aplicación práctica y específica del grupo de habilidades propuesto en ATraPA. Tras esta fase de formación se pasa a una fase vivencial desde su propia experiencia (aun no en la intervención con los menores). Desde esa fase vivencial “en primera persona” se realizará un seguimiento a través de las propias formaciones y reuniones de equipo. Asimismo se aprovecharan los espacios de trabajo generados en las propias reuniones de equipo para ir incluyendo el modelo en las intervenciones individuales de cada menor, para posteriormente vivenciarlo, ahora sí en la intervención con los menores, y supervisado por los propios compañeros y psicólogos del equipo de intervención directa. Esto dará pie a nuevas pequeñas formaciones basados en casos y situaciones concretas que darán lugar a intervenciones concretas vivenciadas e igualmente supervisadas.

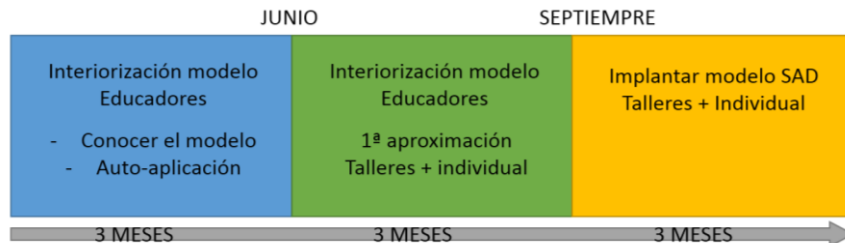
De este modo vemos como se produce un ciclo indefinido donde tanto el equipo, como las intervenciones que se llevan a cabo, están en continua supervisión y evolución, especializándose cada vez más por esa constante vivencia-supervisión-formación a través de casos cada vez más concretos.

Además, siempre que sea posible defendemos la idea de que el propio centro, o incluso la propia entidad, adopte la estructura y los valores que se proponen en la TDC. De este modo podemos desde adaptar todos los talleres del centro para que refuercen los objetivos planteados en el grupo de habilidades al margen del taller concreto de Atrapa, hasta conseguir que la propia entidad no permita doblar turnos, por ejemplo, abogando por el descanso apropiado de los trabajadores o incluso que se fomenten desde el propio centro/entidad actividades deportivas entendiendo el deporte como factor protector de estados emocionales alterados de sus trabajadores, por citar algunos ejemplos.



A saber, a modo de ejemplo, podemos afirmar que en la adaptación actual del SAD a la intervención dentro de la Residencia Santa Marta se está llevando a cabo la siguiente planificación temporal:

### PLANIFICACIÓN TEMPORAL



En la primera fase se han llevado a cabo un total de 6 sesiones de formación en el grupo de habilidades de la TDC para los educadores del centro. Además se han realizado semanalmente reuniones de equipo con la estructura propuesta en el modelo TDC donde se han reforzado conceptos y donde se han trabajado intervenciones específicas. Asimismo se ha dejado un espacio formal en la reunión dedicado a la ventilación emocional de los trabajadores del centro.

La estructura concreta de estas reuniones es la siguiente:

#### REUNIÓN:

1. **Mindfulness (10 min aprox.)**
2. **Acuerdos dialécticos**
3. **Buenas noticias y otras novedades**
4. **Niños (descripción, objetivos, acuerdo intervención)**

MENOR:
<b>a. Riesgo para la vida</b>
<b>b. Dificultades para la terapia</b>
<b>c. Dificultades para vida diaria</b>
<b>d. Dificultades interpersonales</b>

5. **Grupo terapéutico**
  - a. **Burnout (factores)**
  - b. **Dificultades para la intervención / vida diaria**

De igual modo se ha llevado a cabo una sesión formativa de 5 horas de duración sobre trauma y reconocimiento de la disociación, para posteriormente llevar a cabo una última sesión formativa de 2 horas donde se trabajará la integración de ambos modelos de cara a la intervención con los menores.

Posteriormente durante el verano se realizará esa aproximación vivencial de cara a la intervención de la que hablábamos anteriormente para a partir del nuevo curso, en septiembre, se de una adaptación completa y formal, no solo incluyendo el taller Atrapa dentro de la planificación del centro, sino estructurando el resto de actividades entorno a los objetivos propuestos en el grupo de habilidades, prestando una especial atención a los objetos de interés descritos en el apartado FOCUS. Todo esto en un entorno donde las intervenciones individuales están regidas por un interés en la validación emocional, algo que no está reñido con la intervención individual a un nivel más conductual.

De igual modo se mantendrá la estructura de las reuniones de equipo y en la medida de lo posible se fomentará el deporte dentro del equipo de intervención directa a través del uso de las instalaciones deportivas municipales una vez por semana, tanto para los menores como para los propios educadores.

*Con la colaboración de*

