

Intervenciones psicoterapéuticas en pequeños grupos para adolescentes con desregulación emocional

ALDO DIAVOLETTO^{12A}, FRANCA BOTTIGLIERI^{34A}, MARIANNA SESSA^{3A} Y GRAZIELLA LA TORRE^{1A}

RESUMEN

El artículo describe el concepto de desregulación emocional y los factores subyacentes a los problemas relacionados con esta en la edad de desarrollo y, en particular, en la adolescencia. La literatura enfatiza la relevancia de las relaciones tempranas con respecto al posible fracaso de los mecanismos que modulan las emociones. Se relata la experiencia de un pequeño grupo terapéutico con adolescentes con diagnósticos relativos a problemas de desregulación emocional en una fase de estabilización de su historia clínica y del proceso de asunción del caso. **Palabras clave:** *desregulación emocional, neuropsiquiatría infanto-juvenil, pequeño grupo, psicoterapia.*

ABSTRACT

Psychotherapeutic interventions in small groups for adolescents with emotional dysregulation. The article describes the concept of emotional dysregulation and the factors behind the problems associated with it in developmental age and, in particular, in adolescence. Research emphasizes the relevance of early relationships with respect to the possible failure of the mechanisms that modulate emotions. The experience of a small therapeutic group with adolescents diagnosed with emotional dysregulation problems is related in a phase of stabilization of their clinical history and of the process of case assumption. **Keywords:** *emotional dysregulation, child and adolescent neuropsychiatry, small group, psychotherapy.*

RESUM

Intervencions psicoterapèutiques en petits grups per a adolescents amb desregulació emocional. L'article descriu el concepte de desregulació emocional i els factors subjacents als problemes relacionats amb aquesta durant les etapes de desenvolupament i, en particular, en l'adolescència. La literatura subratlla la rellevància de les relacions primerenques respecte al possible fracàs dels mecanismes que modulen les emocions. Es relata l'experiència d'un petit grup terapèutic amb adolescents amb diagnòstics relacionats amb problemes de desregulació emocional en una fase d'estabilització de la seva història clínica i del procés d'assumpció del cas. **Paraules clau:** *desregulació emocional, neuropsiquiatria infantil i juvenil, petit grup, psicoteràpia.*

Introducción

La desregulación emocional (DE) ha sido definida como “la experiencia frecuente e intensa de emociones combinada con una incapacidad para hacer frente a su aparición” (Matusiewicz et al., 2014; Ibraheim et al., 2017).

La DE depende de factores constitucionales, eventos traumáticos y, especialmente, de características de las experiencias relacionales tempranas.

La DE es, por tanto, una condición que atraviesa todos los cuadros sintomáticos de la psicopatología del desarrollo y se manifiesta como un procesamiento desadaptativo de estímulos internos o externos cuando los sistemas de regulación emocional están alterados. La estabilidad interna de los procesos mentales relacionados con la regulación constante y dinámica de las actividades de cerebro-mente-cuerpo se ve “interrumpida”, por así decirlo. En la mayoría de los casos, la alteración es significativa e

^AUnidad Operativa de Neuropsiquiatría Infantil y Adolescente Salerno (UONPIA), departamento de Salud Mental, Servicio de Salud Local (ASL) de Salerno (Italia). ¹Neuropsiquiatra infantil, ²Responsable de la UONPIA, ³Psicóloga, ⁴Psicoterapeuta. Contacto: aldodiavolletto61@gmail.com

Recibido: 3/6/24 - Aceptado: 11/11/24

incapacitante en todos los contextos de la vida. Las reacciones parecen excesivas, inadecuadas con respecto a las reglas más básicas de la vida social: tanto en la escuela como en el deporte o en otros contextos recreativos con compañeros y adultos se producen reacciones de excitabilidad extrema, inestabilidad del estado de ánimo, irritabilidad, hipersensibilidad y hasta excesos en el comportamiento y la agresividad.

Si en la infancia la DE se revela desde el principio como un camino de sufrimiento que tensiona los contextos familiares, escolares y vitales, en la adolescencia la DE se asocia a las transformaciones típicas del período y, juntas, conducen a graves disfunciones en el estado de ánimo, el comportamiento y el funcionamiento adaptativo.

A diferencia de la infancia, en la adolescencia se observa una expansión de la esfera de relaciones sociales de los individuos. Este período se caracteriza por una inmadurez del lóbulo frontal, responsable de la evaluación y la inhibición, en contraste con el sistema límbico, que rige el procesamiento emocional. En consecuencia, ante estímulos emocionales intensos, se producen impulsos vigorosos y búsqueda de sensaciones que no pueden controlarse fácilmente. Esto hace que los adolescentes tengan mayores dificultades para gestionar las emociones que los adultos y los niños (Dahl, 2004).

Bases y modelos de la regulación emocional

A nivel anatómico-funcional, Blok et al. (2022) sostienen que los síntomas están relacionados con alteraciones del volumen cortical en determinadas áreas: “los síntomas psicopatológicos se relacionaron con desviaciones negativas del desarrollo típico del volumen cortical en regiones difusas de la corteza y la subcorteza, y con desviaciones positivas del desarrollo típico para el grosor cortical en la órbita frontal, polo frontal, regiones pericalcarina y cingulada corteza posterior”.

La génesis de la regulación emocional tiene que ver también con las relaciones tempranas, como una co-regulación en sintonía con el cuidador. De hecho, desde los primeros años de vida, el niño se dedica activamente a lograr una estabilidad interna una especie de homeostasis,

que depende de las funciones reguladoras del tronco encefálico. Estas funciones son responsables de mantener bajo control los ritmos de sueño-vigilia, la respiración, la hidratación y otras funciones vitales básicas (Siegel, 2001). Durante esta fase, el cuidador desempeña un papel esencial para facilitar estos procesos y en ayudar al niño a desarrollar una capacidad cada vez más sofisticada para regular sus estados internos.

Los procesos de regulación se desarrollan, por tanto, en estrecha relación con las interacciones sociales, que son fundamentales para permitir que el niño evolucione de un modo reactivo a un modo emocional en los primeros doce meses de vida. Más adelante, con el desarrollo progresivo de las estructuras cerebrales, se desarrollan mecanismos de autorregulación cada vez más articulados y complejos (Siegel, 2001).

En los niños pequeños, la DE afecta principalmente al comportamiento y, a veces, a la parte somática. En cuanto a los correlatos relacionales, según varios autores, entre los dos años y medio y los cinco años aproximadamente, los síntomas parecen estar relacionados con la depresión materna y las escasas habilidades educativas de la madre (Hammen, 2009).

Otras investigaciones relacionan la DE en torno a los 10 años con dificultades en las habilidades sociales, concretamente con la capacidad de tomar decisiones (Weller et al., 2021).

En referencia a la teoría del apego, las diferentes configuraciones que se estructuran desde la primera infancia y luego se articulan y diferencian en la edad preescolar y escolar, pueden verse tanto como patrones de comportamiento interactivos observables, pero también, sobre todo, como modos de regulación emocional: es en el marco de los procesos de apego que se modulan los estados emocionales y las disposiciones conductuales relacionadas; contextos de desarrollo específicos caracterizados por formas particulares de inseguridad que conducen a desregulaciones emocionales específicas (Lambruschi, 2012).

Las experiencias diádicas caracterizadas por la discontinuidad de la respuesta materna conducen, por el contrario, a un estilo de regulación emocional hiper-activador, de carácter neurofisiológico y conductual, a veces incluso exagerado y teatral. Por otro lado, otras

(desorganizadas), en el que el contexto de los cuidados está caracterizado por intensas experiencias de amenaza al yo, pueden llevar a una expresividad emocional caótica y notablemente inestable (Lambruschi, 2012).

El estilo parental puede ser un factor de resiliencia, cuando apoya al niño en la exteriorización de las emociones, o un factor de fragilidad. De hecho, una vez diagnosticado un trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) con DE, el apoyo parental en la regulación de las emociones puede evitar que el niño desarrolle desórdenes comórbidos como el trastorno de conducta o el trastorno negativista desafiante (Steinberg y Drabick, 2015).

Por otro lado, algunas investigaciones (Gregory et al., 2019) recuerdan la utilidad de la relación y del juego con el padre en el niño respecto a la regulación emocional en la adolescencia, mientras que otras aportaciones (Cheung et al., 2020) recuerdan la importancia transgeneracional de la regulación emocional, es decir, las características de la regulación emocional de los padres.

La DE en los niños también suele estar relacionada con el TDAH, tal y como evidencian varias investigaciones (Lugo-Candelas et al., 2017). Según una primera hipótesis, la DE en el TDAH estaría vinculada a una dimensión temperamental, independiente del control cognitivo, mientras que, según otra hipótesis (Barkley, 1997), el descontrol conductual se correlaciona con otras funciones ejecutivas (como la memoria de trabajo, la motivación para la tarea, el lenguaje interno, la gestión de errores, procesos generalmente contemplados dentro de las funciones ejecutivas).

La hipótesis de que el TDAH está relacionado con un déficit en las funciones ejecutivas está respaldada por investigadores que han observado cierta similitud entre el comportamiento en el TDAH y las características de pacientes con lesiones prefrontales (Pennington y Ozonoff, 1996; Shallice et al., 2002). Sin embargo, según algunos autores, los dos modelos son compatibles, ya que el temperamento influye en la atención, el comportamiento y la reacción a un estímulo: concepto de *effortful control* (control voluntario comprometido). El control del temperamento formaría parte de las funciones

ejecutivas (Steinberg y Drabick, 2015).

Los síntomas de DE en la adolescencia, con los correlatos clínicos previsibles, han sido atribuidos por algunos autores a acontecimientos estresantes y desadaptativos en la infancia: en una muestra de 3915 adolescentes se destacó el papel del maltrato infantil y la impulsividad en las conductas autolesivas no suicidas (Liu et al., 2022).

Cambios en la regulación emocional en la adolescencia

La adolescencia representa un período particularmente crítico para las habilidades de regulación emocional y muchos autores creen que estas se caracterizan por transiciones no lineales (Somerville et al., 2010; Steinberg, 2005). En este sentido, un modelo muy interesante es el de cambio desadaptativo (*maladaptive shift*), que sostiene que durante la adolescencia se produce un cambio disfuncional en la regulación emocional, que podría explicarse por cambios biológicos y cambios psicológicos (Somerville et al., 2010). En particular, se ha afirmado que los cambios neuroendocrinológicos que acompañan a la pubertad se producen, entre otras cosas, junto con las nuevas y desafiantes tareas de desarrollo que los adolescentes tienen que afrontar en su camino hacia la autonomía (Steinberg, 2005). Numerosas evidencias sugieren, de hecho, que los adolescentes experimentan emociones negativas con mayor frecuencia e intensidad que los niños y los adultos (Somerville et al., 2010) en ausencia de estrategias de control cognitivo suficientemente eficaces, y esto puede inducir una disminución del uso de estrategias de regulación adaptativas y un aumento de las desadaptativas (Zeman et al., 2006). La intensidad, de hecho, depende también del estado de ánimo en un momento concreto, de modo que a veces algunas respuestas emocionales pueden parecer exageradas, mientras que otras veces la sensibilidad puede reducirse en relación con los estímulos externos. En el modelo de Gross (2007), existen cinco estrategias de regulación, de las cuales las cuatro primeras tienen que ver con el antecedente; es decir, se implementan antes de que se genere la emoción, y la quinta se centra en la modulación

de la respuesta posterior a la emoción. Son las siguientes: selección de la situación (*situation selection*); cambio de situación (*situation modification*); despliegue de la atención (*attention deployment*); reevaluación cognitiva (*cognitive change*); y modulación de la respuesta emocional (*response modulation*). La primera, la *selección* de la situación, se refiere a la adopción de conductas dirigidas a gestionar las emociones a través de la elección del entorno circundante. El *cambio de situación* se refiere al proceso de regulación que implica la modificación de las condiciones ambientales y puede asociarse al “enfrentamiento centrado en el problema”, cuyo objetivo es intervenir directamente en la situación para reducir el estrés (Lazarus y Folkman, 1984). El *uso de la atención* se refiere, por otro lado, al centrarse en aspectos concretos de la situación, con el fin de desviar la atención de la situación emotigénica que se está presentando. El *cambio cognitivo* se refiere a la alteración del sentido personal asociado a una situación para influir en las respuestas experienciales, fisiológicas o conductuales. Por último, la *modulación de la respuesta* tiene que ver con los intentos de modificar la respuesta de una emoción una vez que se ha activado, inhibiendo las expresiones de las emociones, a menudo exteriorizadas. Entre los diversos mecanismos de control de las emociones, la conciencia también desempeña un papel crucial, ya que influye en la forma en que se gestionan las emociones. La conciencia permite la autoevaluación que favorece la consecución de objetivos específicos y la aplicación de respuestas adaptativas. Los estados emocionales internos también pueden comunicarse mediante expresiones externas, que pueden variar de una cultura a otra en función de normas sociales a menudo no escritas, que llamamos reglas de exposición (*display rules*) (Malatesta-Magai, 1991).

Según un estudio de Silvers y colaboradores (2012), los procesos de gestión de las emociones están influenciados por diversos factores, entre ellos la edad, las circunstancias situacionales y las diferencias en disposiciones individuales. Esta investigación es crucial para comprender las variaciones individuales en el desarrollo y manifestación de formas de psicopatología. Los resultados indican que las diferencias relacionadas con

la edad en la capacidad de regular las emociones son más pronunciadas en respuesta a estímulos sociales que a estímulos no sociales, y que los individuos con una alta sensibilidad al rechazo tienden a tener más dificultades para gestionar sus respuestas emocionales ante situaciones aversivas, especialmente a una edad temprana. Estos hallazgos sugieren que aprender a regular las propias emociones constituye un reto y un proceso evolutivo, que la mayoría de las personas afronta con éxito en el transcurso de la adolescencia.

Sin embargo, los individuos con una alta sensibilidad al rechazo pueden desarrollar una baja autoestima y experimentar dificultades en las interacciones sociales durante la adolescencia media y tardía (Silvers et al., 2012). Una vez más, como señala Gross (1998), varios procesos entran en juego en la modificación de un estado emocional antes de la “desregulación” general que puede observarse finalmente. Estos procesos incluyen la capacidad del individuo para seleccionar, prestar atención y evaluar los estímulos que activan las emociones y llevan a experimentar un estado emocional, tanto fisiológica como conductualmente.

Posteriormente, los esfuerzos de modulación acontecen a nivel inconsciente y consciente en respuesta a ese estado emocional para promover una respuesta emocional adaptativa.

Por lo general, en la adolescencia el cuerpo representa el ámbito privilegiado en el que expresar el sufrimiento psíquico: el cuerpo desnutrido, el cuerpo herido por cortes, el cuerpo negado o retirado de la socialidad o, peor aún, eliminado, o el cuerpo maltratado, consumido en la promiscuidad y la hiperestimulación por sustancias. La complejidad del tratamiento de la DE reside en el hecho de que se estructura a lo largo del tiempo como una estrategia de defensa y evitación como la disociación, el adormecimiento o el desapego; estas estrategias conllevan beneficios secundarios nada despreciables y pueden persistir incluso después de la mejoría o la resolución de la sintomatología principal. Varios autores destacan la centralidad de la DE en el desarrollo del trastorno límite de la personalidad, así como en conductas autolesivas e intentos de suicidio (Sloan et al, 2017; D’agostino et al., 2017; Chapmann, 2019; Mirkovic et al., 2021).

Por desgracia, la importancia del trabajo emocional a menudo no se reconoce, empezando por los propios pacientes hasta los adultos remitentes. Por el contrario, es esencial proceder con un enfoque progresivo de contacto con las propias emociones perturbadoras para luego utilizar técnicas más articuladas que conduzcan a la plena toma de conciencia y al procesamiento. Para ello, nos parece de especial utilidad clínica el concepto de “ventana de tolerancia” introducido por Daniel Siegel en 2012. La “ventana de tolerancia” no es otra cosa que una especie de “fluctuación” fisiológica del estado de excitación hacia abajo y hacia arriba, con respecto a situaciones que actúan como activadores o calmantes. El joven paciente con DE, de hecho, es incapaz de encontrar estrategias para volver a entrar en la ventana de tolerancia cuando se encuentra fuera de ella, ya sea en términos de hiper o hipo excitación.

Fluctuar dentro de la ventana es normal para una persona adulta estructurada, mientras que para un niño o un adolescente puede ser más fácil percibirse subjetivamente a sí mismo como “fuera de control” o “agotado” y eso puede causar un profundo estado de malestar.

De esto se deduce fácilmente cómo es una premisa indispensable ser consciente de cómo las emociones se mueven en nuestro interior, poder identificarlas, nombrarlas, compartirlas y procesarlas; en una palabra, haber desarrollado una buena inteligencia emocional en el camino del crecimiento, empezando por la familia y la escuela.

El concepto de inteligencia emocional frente al concepto de niveles de adquisición cognitivo-prestación-aprendizaje es relativamente reciente. El tema del “coeficiente intelectual” (CI) ha prevalecido durante mucho tiempo en los intereses de los estudiosos del desarrollo respecto al “coeficiente emocional” (CE), y sólo en las últimas décadas el CE se ha convertido en digno de atención en el desarrollo de la personalidad y la adaptación a los acontecimientos y al entorno de un sujeto en desarrollo (Goleman, 1995, 1998). Así pues, aunque ahora por fin se reconoce que las emociones desempeñan un papel importante en el proceso de crecimiento de un individuo, por otra parte, el “entrenamiento emocional” y la educación a las emociones

no es la norma ni en las familias ni en la escuela o en contextos recreativos. A menudo, los niños suelen ser abandonados a su suerte a la hora de enfrentarse al mundo emocional; no se les ayuda a leer sus propios estados emocionales ni a descodificar los de los demás y, en consecuencia, a aprender estrategias para afrontar las frustraciones de la vida cotidiana y la complejidad de las relaciones interpersonales.

El contexto y las respuestas de los servicios

Las rápidas y profundas transformaciones socioculturales de los últimos años revelan en los jóvenes y sus familias un creciente malestar psicológico que conduce inevitablemente a necesidades de atención complejas, nunca encontradas en el pasado, a las que los padres y adultos en general, así como los servicios, no parecen absolutamente preparados. En una cultura impregnada de competencia, retos, rapidez de comunicación y la ilusión de alcanzar fácilmente objetivos ambiciosos, la vulnerabilidad, la sensibilidad, la competencia emocional de la persona siguen considerándose defectos que hay que evitar. Además, el mundo adulto no parece tener una autoridad sólida para orientar hacia los límites y la conciencia de ellos, y experimenta dificultades para desempeñar su papel de orientación y contención de las generaciones más jóvenes, especialmente en el nivel emocional.

Si incluso la figura del *padre como amigo de los hijos* parece decaída, dado que por fin somos más conscientes del daño que produce, ¿qué alternativa queda a la del padre que ya no es padre-patrón y autoritario, y que ya no es amigo de igual a igual?

El rol paterno actual no se ha transformado de pleno en padre con autoridad, es decir, normativo pero benevolente, firme en contención y dirección, así como emocionalmente competente. Más a menudo, ante las necesidades de los niños y jóvenes, somos testigos de padres desvirtuados y marginados (junto a madres angustiadas), por lo tanto, en dificultad para replantearse su papel, atemorizados o en fuga; en una familia que, aunque más flexible y “ampliada”, adolece de problemas relativos a la relación de pareja; en un momento histórico en el que la relación entre los sexos, fuera y dentro de la familia, está

en una crisis profunda.

También como consecuencia de la situación de gran malestar provocada por la pandemia de covid-19, las peticiones de ayuda a los servicios han aumentado y los trastornos han aumentado en prevalencia e incidencia, especialmente entre menores y jóvenes (Malerba et al., 2022; Samji et al., 2022). Son especialmente preocupantes las implicaciones a medio y largo plazo que un trastorno en la edad de desarrollo conlleva, incluyendo un deterioro significativo en numerosas áreas de funcionamiento y una mayor probabilidad de manifestar trastornos psicológicos/psiquiátricos en la edad adulta (Copeland et al., 2009).

En este contexto de cambio de roles y necesidades, la acogida y atención del malestar de menores y familias se realiza dentro de un escenario diferente y más complejo. Los servicios de NPJA para el desarrollo en edades de 0 a 18 años se han distinguido siempre por su peculiar carácter de encrucijada. Esto se debe a la necesidad de colaboración e interrelación constante con otros organismos e instituciones que también trabajan con menores, tales como los tribunales de menores, las escuelas, los servicios sociales, las comunidades y los programas de rehabilitación. Esta cooperación es fundamental para abordar las problemáticas descritas anteriormente, ya que cada pequeño usuario y sus familias presentan una diversidad de necesidades que requieren respuestas coordinadas y especializadas desde distintos ámbitos.

Entre las distintas respuestas que el servicio público debe ofrecer a niños y jóvenes, se incluye el apoyo psicológico y la psicoterapia, que puede llevarse a cabo de manera individual, familiar o grupal. Este tipo de intervención se considera de segundo nivel y se distingue de las intervenciones educativas o rehabilitadoras. Su objetivo es modificar de forma más profunda y reestructurar las estructuras intrapsíquicas e interpersonales que subyacen al malestar y al sufrimiento psicológico.

Inevitablemente, en las psicoterapias, uno se enfrenta a emociones ya en la primera interacción clínica, en la llamada relación transferencial: en efecto, el nivel emocional actúa como regulador de la alianza terapéutica y de la motivación para lograr los cambios necesarios. Con

los pacientes pequeños y jóvenes es necesario iniciar la alianza terapéutica, en primer lugar, también con los padres en el nivel emocional, “leyendo” el malestar dentro de todo el sistema familiar, buscando un sentido al sufrimiento psíquico en la configuración emocional de todos los miembros.

El enfoque del síntoma a través del “trabajo emocional” es agotador, largo. Implica tener en cuenta determinados modelos de regulación emocional de los adultos y/o hermanos de referencia. La mayoría de las veces supone intentar una modificación de la dinámica disfuncional partiendo precisamente del malestar emocional que se esconde detrás del síntoma.

Con el adolescente, en particular, el escenario terapéutico debe tener necesariamente en cuenta la ambivalencia del periodo de la vida. La alianza terapéutica, incluso en este caso, debe ser basada en la comprensión del nivel emocional, pero el equilibrio entre dependencia y la autonomía, la pertenencia y la separación, es uno de los ejes en torno a los cuales se delinea el itinerario terapéutico. Dejando a un lado las implicaciones clínicas específicas relativas a los diversos síntomas, nos gustaría destacar aquí cómo la DE es una especie de “matriz transdiagnóstica común” que se encuentra casi siempre en todas las diversas manifestaciones clínicas del sufrimiento psicológico en la adolescencia.

El entrenamiento emocional en el proceso psicoterapéutico vuelve los pacientes más conscientes y resilientes globalmente, más responsables de reconocer y gestionar, es decir, de procesar emociones simples y complejas. En otras palabras, la adquisición de una buena regulación emocional permite no recaer en la sintomatología y alejarse y renunciar progresivamente a lo que llamamos los beneficios secundarios de la enfermedad.

En la observación clínica, se observa con bastante frecuencia que el DE puede persistir en algunos casos, incluso cuando se logra una mejora clínica o la remisión de los síntomas. Parece actuar como una especie de mecanismo defensivo frente a la enfermedad, permaneciendo activo como un *baluarte*. Además, puede reaparecer de manera más intensa cuando los pacientes enfrentan frustraciones particulares o atraviesan acontecimientos difíciles.

Nuestra experiencia

En la experiencia del equipo clínico de UON-PIA Salerno hemos experimentado con una intervención específica para tratar el DE *residual* de aquellos procesos psicoterapéuticos llegados casi a término, que normalmente tenían un seguimiento tradicional, y que, en los controles clínicos, todavía se encontraban evidencias de comportamientos y vivencias desregulados, a pesar de las satisfactorias evoluciones psíquicas y remisión de los síntomas. De ahí la idea de iniciar pequeños grupos psicoterapéuticos con pacientes que habían completado su curso clínico individual pero que aún necesitaban algún tipo de entrenamiento y apoyo a nivel emocional.

Existe una amplia literatura sobre la validez del grupo terapéutico, incluso en la edad de desarrollo, en relación con una amplia variedad de problemas clínicos. El entorno grupal representa el contenedor ideal tanto en relación con el objetivo clínico-organizativo del servicio, como con respecto a los objetivos de mejora de la autoestima y la conciencia emocional.

En resumen, los objetivos pueden considerarse los siguientes: conciencia y discriminación emocional; gestión de estados de ánimo desagradables; aceptación de uno mismo y de los demás; mejora de la autoestima; mejora de las habilidades sociales.

Además, este tipo de intervención, en opinión de los autores, se sitúa a mitad de camino entre la psicoterapia y la rehabilitación psicosocial, ya que el enfoque en el mundo interno y relacional se cruza con la necesidad de recuperar las capacidades funcionales a la adaptación social y escolar en su totalidad. Varios autores destacan la eficacia del grupo terapéutico en estados ansioso-depresivos en la adolescencia (Thorslund et al, 2020; Lassen et al., 2019). Además, la terapia de grupo, tanto por parte de los llamados clásicos (Yalom y Leszcz, 2008), como en trabajos más recientes (O'Shea et al., 2015; Fawcett, 2020) se considera una alternativa válida en todos los aspectos a la terapia individual, en términos de resultados clínicos.

La idea básica es que fomentar y poner en práctica una conciencia de lo que ocurre en la dinámica relacional permite trabajar en la gestión de las emociones y consolida el trabajo

realizado en el proceso anterior desde una perspectiva diferente.

Nuestra intención como servicio público era ofrecer más ayuda a los pacientes jóvenes cuando hubiera un cuadro clínico suficientemente estabilizado para poder apoyar las intervenciones en grupo. En la interacción entre iguales, la activación emocional puede ser muy intensa, tanto en sentido positivo como negativo, y la capacidad de comprenderla en el otro y regularla en uno mismo es fundamental para que la interacción sea exitosa.

Además, como afirma Baldascini (2023), “el grupo, por un lado, actúa como un prisma que descompone la multiplicidad interna de cada componente y, por otro, actúa como un espejo que devuelve, a menudo amplificado, al individuo lo que éste proyecta sobre los demás. Asumir esta multiplicidad descompuesta por el grupo contribuye en gran medida a la búsqueda de la propia identidad”.

El grupo de psicoterapia, en nuestra experiencia, consta de ocho pacientes, todas mujeres, de 12 a 17 años. Todas han realizado, al menos, un ciclo de psicoterapia individual y/o familiar y hasta un máximo de tres ciclos de ocho encuentros. Cuatro tuvieron tratamiento farmacológico, además del curso psicoterapéutico.

Para cada una de ellas, se ha establecido una intervención individualizada en sus diversos aspectos clínicos. En concreto, las pacientes presentan los siguientes cuadros clínicos:

- Paciente de 13 años con trastorno de ansiedad de prestación y rasgos de dependencia afectiva
- Paciente de 14 años con diagnóstico de trastorno de ansiedad con rasgos obsesivos con desregulación emocional
- Paciente de 14 años con diagnóstico de desregulación del estado de ánimo con riesgo de estructura de personalidad compleja con funcionamiento intelectual límite
- Paciente de 16 años con diagnóstico de trastorno de ansiedad y fobias específicas con desregulación emocional
- Paciente de 15 años con diagnóstico de trastorno del estado de ánimo en comorbilidad con trastorno de la conducta alimentaria de tipo bulímico
- Paciente de 16 años con diagnóstico de trastorno

de ansiedad generalizada con leve discapacidad intelectual

- Paciente de 12 años con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria de tipo restrictivo con marcados rasgos de introversión y aislamiento
- Paciente de 16 años con diagnóstico de trastorno del estado de ánimo en comorbilidad con trastorno de la conducta alimentaria de tipo bulímico.

Se pudo observar que los adolescentes seleccionados para el trabajo en grupo presentaban remisión de los síntomas y una readaptación positiva a diversos contextos vitales, pero aún habían necesitado experimentar vivencias emocionales correctoras para poder desarrollar nuevas estrategias de implicación en la experiencia con el yo y el otro.

La elección del pequeño grupo de ocho pacientes de entre 12 y 17 años estuvo dictada, sobre todo, por la conciencia de iniciar un trabajo de tipo experimental, en cierto modo complejo y nunca antes experimentado en nuestra Unidad Operativa, donde ya se ofrecen normalmente vías psicoterapéuticas individuales y familiares dentro de las múltiples y diferenciadas actividades clínicas entre el primer y el segundo nivel que deben proponerse a los usuarios según los principios de las clásicas tres «E» (eficacia, eficiencia, economicidad). Es bien sabido que la psicoterapia es una de las actividades más complejas en términos de compromiso cualitativo y cuantitativo y, como tal, no siempre prestada por los servicios públicos y los servicios NPJA, que están cargados de tareas institucionales siempre apremiantes y dedicados a tareas vinculadas principalmente a la externalización de las intervenciones.

El grupo, que comenzó en enero de 2023, se reunía inicialmente con frecuencia quincenal. Actualmente, se reúne aproximadamente cada tres semanas. La intervención dura unas dos horas y media y es atendida por dos psicoterapeutas sistémico-relacionales.

Para la mayoría de los pacientes, el inicio de la psicoterapia de grupo coincidió con el final del itinerario individualizado y el inicio del seguimiento. Gradualmente, se ha intentado introducir en el grupo a dos pacientes que no habían terminado el tratamiento, pero que mostraban

características como para beneficiarse especialmente del encuentro con las compañeras.

Al principio, la misión del grupo consistía, sobre todo, en proporcionar apoyo y dirección para un seguimiento centrado en los aspectos críticos restantes de la DE. Más adelante, se trató también de dar cabida a aquellos casos en los que los problemas de DE paralelos a los síntomas patológicos más comunes, de hecho, dificultaban su resolución.

Esto, en la creencia de que las jóvenes *más competentes* podían actuar como remolque para las que aún no habían completado el proceso.

Una y otra vez, en el grupo, se estimula una reflexión común sobre los temas a tratar, partiendo de las necesidades expresadas por las participantes, o se proponen diversas *activaciones*, ejercicios que, básicamente, exploran, solicitan siempre una lectura emocional de los acontecimientos y las dinámicas subyacentes.

Casi no hace falta decir que el grupo representa un espacio de acogida, en el que están prohibidos los juicios de valor, las competiciones y tienen que ser gestionados y procesados con la intervención del terapeuta. A veces, cuando un acontecimiento o una experiencia propuestos crean un clima emocional, se intenta solicitar resonancias emocionales apropiadas y el reflejo de partes de uno mismo en el otro en un contacto auténtico que, a través de la pertenencia al grupo, tiende a promover un nuevo sentido de sí mismo.

Poco más de un año después del inicio del proyecto, las mejoras en las chicas del grupo pueden observarse en diferentes niveles: una mayor capacitación emocional está estrechamente ligada a una mayor eficacia interpersonal y social; una mayor competencia emocional es un factor protector frente al recrudecimiento de los síntomas y a largo plazo produce estabilidad en otras áreas de la personalidad (especialmente en el ámbito cognitivo-rendimiento, social-relacional y de comunicación con los adultos de referencia).

Conclusiones

A la luz de nuestra experiencia, parece, por tanto, oportuno destacar que la DE representa la dimensión común de diferentes cuadros clínicos y trayectorias psicopatológicas, a menudo

presentes en comorbilidad. Mientras que en el niño pequeño se declina principalmente a nivel conductual (Asmussen, 2022), en el preadolescente y el adolescente suele tomar la vía de trastornos tanto internalizantes como externalizantes. Además, el foco en el nivel emocional-afectivo en general en la cura de la angustia y el sufrimiento en la edad del desarrollo, se convierte en la mejor forma de dar respuestas terapéuticas adecuadas, en el marco de una intervención necesariamente multimodal y en equipo.

También queremos señalar que la psicoterapia de grupos pequeños puede incluirse permanentemente entre los recursos terapéuticos a disposición del equipo encargado del menor y su familia en los servicios públicos. Según nuestra experiencia en el llamado grupo de seguimiento, el trabajo sobre la regulación emocional constituyó, a la vez, un contenedor de problemas intrapsíquicos aún no del todo resueltos y consolidados, así como un acelerador de procesos psíquicos aún en ciernes. Por último, el trabajo en grupo fue y representa una formación continua también para el equipo asistencial, ya que las resonancias emocionales dejan inevitablemente huellas incluso también en los operadores implicados y representan, si se utilizan adecuadamente, un importante elemento formativo y un pegamento para el equipo. Desde este punto de vista, la supervisión e intervención de los operadores representan un elemento esencial para la salud de los equipos y para el éxito de los procesos asistenciales.

Traducción del italiano de Elena Venuti.

Bibliografía

- Asmussen, J., Skovgaard, A. M. y Bilenberg, N. (2022). Trajectories of dysregulation in preschool age. *European child & adolescent psychiatry*, 31(2), 313–324.
<https://doi.org/10.1007/s00787-020-01689-z>
- Baldascini, L. (2023). *La psicoterapia relazionale con l'adolescente. Narciso e Dioniso nell'epoca contemporanea*. Franco Angeli Editore.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*, 121(1), 65–94.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>
- Blok, E., Geenjaar, E. P. T., Geenjaar, E. A. W., Calhoun, V. D. y White, T. (2022). Neurodevelopmental Trajectories in Children With Internalizing, Externalizing and Emotion Dysregulation Symptoms. *Frontiers in psychiatry*, 13, 846201.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.846201>
- Chapman, A. L. (2019). Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Development and psychopathology*, 31(3), 1143–1156.
<https://doi.org/10.1017/S0954579419000658>
- Cheung, R. Y. M., Chan, L. Y. y Chung, K. K. H. (2020). Emotion dysregulation between mothers, fathers, and adolescents: Implications for adolescents' internalizing problems. *Journal of adolescence*, 83, 62–71.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.07.001>
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J. y Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of general psychiatry*, 66(7), 764–772.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.85>
- D'Agostino, A., Covanti, S., Rossi Monti, M. y Starcevic, V. (2017). Reconsidering Emotion Dysregulation. *The Psychiatric quarterly*, 88(4), 807–825.
<https://doi.org/10.1007/s11126-017-9499-6>
- Dahl, R. E. (2004). Adolescent brain development: a period of vulnerabilities and opportunities. Keynote address. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 1–22.
<https://doi.org/10.1196/annals.1308.001>
- Fawcett, E., Neary, M., Ginsburg, R. y Cornish, P. (2020). Comparing the effectiveness of individual and group therapy for students with symptoms of anxiety and depression: A randomized pilot study. *Journal of American college health*, 68(4), 430–437.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1577862>
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ?* Bantam Books.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. Bantam Books.
- Gregory, J., Kivisto, K. L., Perdue, N. H. y Estell, D. B. (2019). Father-child play, child emotional dysregulation, and adolescent internalizing symptoms: A longitudinal multiple mediation analysis. *Development and psychopathology*,

- 31(4), 1325-1338.
<https://doi.org/10.1017/S0954579418000767>
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, 74(1), 224-237.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.74.1.224>
- Gross J. J. (2007). *Handbook of Emotion Regulation*. The Guilford Press.
- Hammen, C. L. (2009). Children of depressed parents. En Gotlib I. H. y Hammen C. L. (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 275-297). The Guilford Press.
- Ibraheim, M., Kalpakci, A. y Sharp, C. (2017). The specificity of emotion dysregulation in adolescents with borderline personality disorder: comparison with psychiatric and healthy controls. *Borderline Personal Disorder & Emotional Dysregulation*, 4, 1.
<https://doi.org/10.1186/s40479-017-0052-x>
- Lambruschi, F. y Bertaccini, R. (2012). Presa in carico di casi clinici nei servizi ASL: l'ADHD in un'ottica cognitivo-evolutiva. En L. Cena, A. Imbasciati y F. Baldoni, *Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori*. Springer-Verlag.
- Lassen, N. F., Hougaard, E., Arendt, K. B. y Thastum, M. (2019). A disorder-specific group cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in adolescents: study protocol for a randomized controlled study. *Trials*, 20(1), 757.
<https://doi.org/10.1186/s13063-019-3885-3>
- Lazarus, R. S. y Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Liu, J., Gao, Y., Liang, C. y Liu, X. (2022). The potential addictive mechanism involved in repetitive nonsuicidal self-injury: The roles of emotion dysregulation and impulsivity in adolescents. *Journal of behavioral addictions*, 11(4), 953-962.
<https://doi.org/10.1556/2006.2022.00077>
- Lugo-Candelas, C., Flegenheimer, C., McDermott, J. M. y Harvey, E. (2017). Emotional Understanding, Reactivity, and Regulation in Young Children with ADHD Symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 45(7), 1297-1310.
<https://doi.org/10.1007/s10802-016-0244-7>
- Malatesta-Magai, C. (1991). Development of emotion expression in infancy: General course and patterns of individual difference. En J. Garber y K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 49-68). Cambridge University Press.
- Malerba, A., Iannattone, S., Casano, G., Lauriola, M. y Bottesi, G. (2022). The Trap of the COVID-19 Pandemic: Italian Adolescents Fare Well at First, Maybe Thanks to Protective Trait Expression. *Children*, 9(11), 1631.
<https://doi.org/10.3390/children9111631>
- Matusiewicz, A., Weaverling, G. y Lejuez, C. W. (2014). Emotion Dysregulation Among Adolescents with Borderline Personality Disorder. En: C. Sharp y J. L. Tackett (ed.), *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*. Academic.
- Mirkovic, B., Delvenne, V., Robin, M., Pham-Scottez, A., Corcos, M. y Speranza, M. (2021). Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation. *BMC psychiatry*, 21(1), 393.
<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03377-x>
- O'Shea, G., Spence, S. H. y Donovan, C. L. (2015). Group versus individual interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(1), 1-19.
<https://doi.org/10.1017/S1352465814000216>
- Pennington, B. F. y Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 37(1), 51-87.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1996.tb01380.x>
- Samji, H., Wu, J., Ladak, A., Vossen, C., Stewart, E., Dove, N., Long, D. y Snell, G. (2022). Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth - a systematic review. *Child and adolescent mental health*, 27(2), 173-189.
<https://doi.org/10.1111/camh.12501>
- Shallice, T., Marzocchi, G. M., Coser, S., Del Savio, M., Meuter, R. F. y Rumiati, R. I. (2002). Executive function profile of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental neuropsychology*, 21(1), 43-71.
https://doi.org/10.1207/S15326942DN2101_3
- Siegel, D. (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Raffaello Cortina Editore.

- Siegel, D. J. (2012). *Pocket guide to interpersonal neurobiology: An integrative handbook of the mind*. W W Norton & Co.
- Silvers, J. A., McRae, K., Gabrieli, J. D., Gross, J. J., Remy, K. A. y Ochsner, K. N. (2012). Age-related differences in emotional reactivity, regulation, and rejection sensitivity in adolescence. *Emotion*, 12(6), 1235-1247.
<https://doi.org/10.1037/a0028297>
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H. y Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*, 57, 141-163.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
- Somerville, L. H., Jones, R. M. y Casey, B. J. (2010). A time of change: behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive environmental cues. *Brain and cognition*, 72(1), 124-133.
<https://doi.org/10.1016/j.bandc.2009.07.003>
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in cognitive sciences*, 9(2), 69-74.
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.005>
- Steinberg, E. A. y Drabick, D. A. (2015). A Developmental Psychopathology Perspective on ADHD and Comorbid Conditions: The Role of Emotion Regulation. *Child psychiatry and human development*, 46(6), 951-966.
<https://doi.org/10.1007/s10578-015-0534-2>
- Thorslund, J., McEvoy, P. M. y Anderson, R. A. (2020). Group metacognitive therapy for adolescents with anxiety and depressive disorders: A pilot study. *Journal of clinical psychology*, 76(4), 625-645.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22914>
- Yalom, I. D. y Leszcz, M. (2008). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Bollati Boringhieri
- Weller, J. A., Parker, A. M., Reynolds, M. y Kirisci, L. (2021). Developmental trajectory classes in psychological dysregulation predict later decision-making competence. *Addictive behaviors*, 112, 106650.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106650>
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C. y Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 27(2), 155-168.
<https://doi.org/10.1097/00004703-200604000-00014>