



**Universidad
Europea** CANARIAS

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN GRUPAL CON
TERAPIA BASADA EN MENTALIZACIÓN (TBM)
EN PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA Y ANSIOSA**

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER
Máster en Psicología General Sanitaria

Autor: José Miguel Pérez Álvarez
Tutor: Dr. Roberto García Sánchez

Resumen

El presente programa de intervención abordará la sintomatología depresiva y ansiosa integrando la terapia basada en mentalización (TBM) como principal enfoque y técnicas de otras corrientes terapéuticas como Terapia Cognitivo Conductual (TCC), Contextualismo Funcional, Técnicas Conductuales, y Psicoterapia Analítico Funcional. Su relevancia radica en que los trastornos depresivos y de ansiedad comparten procesos transdiagnósticos relacionados con un déficit en la capacidad de mentalización. Esta, definida como la habilidad de interpretar la conducta propia y ajena mediante la atribución de estados mentales, ha ganado interés debido a su conexión con el desarrollo psicológico normal y psicopatológico y a su potencial explicativo en procesos de cambio psicoterapéutico.

La intervención propuesta combina técnicas de la TBM con enfoques de otras corrientes psicoterapéuticas para mejorar el funcionamiento emocional de los participantes. El programa tiene un formato grupal dirigido a 15 participantes de entre 25 y 45 años con sintomatología depresiva y/o ansiosa. Dura 20 sesiones que incluyen evaluación pre y post tratamiento (personalidad, sintomatología, apego, etc), psicoeducación, actividades grupales e individuales, tareas para casa, etc

Se espera que el presente programa de intervención reduzca la sintomatología depresiva y ansiosa, promueva una mejor regulación emocional y un funcionamiento interpersonal e intrapersonal adaptativo. La propuesta representa un enfoque innovador al aplicar la TBM de forma grupal, complementada con estrategias de otras corrientes para potenciar su efectividad. Su éxito dependerá de la formación especializada de los terapeutas y de la evaluación rigurosa de su eficacia mediante un diseño de caso único con medidas estandarizadas.

Palabras clave: Mentalización, Apego, Trastornos Depresivos, Ansiedad, Transdiagnóstico, Intervención Grupal.

Abstract

The present intervention program addresses depressive and anxious symptoms by integrating Mentalization-Based Therapy (MBT) as the primary approach, alongside techniques from other therapeutic modalities such as Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Functional Contextualism, Behavioral Techniques, and Functional Analytic Psychotherapy (FAP). Its relevance lies in the fact that depressive and anxiety disorders share transdiagnostic processes related to deficits in mentalization capacity. Mentalization, defined as the ability to interpret one's own and others' behaviors through the attribution of mental states, has garnered significant interest in research due to its connection with normal and pathological psychological development, as well as its explanatory potential in psychotherapeutic change processes.

The proposed intervention combines MBT techniques with approaches from other psychotherapeutic modalities to improve participants' emotional regulation and functioning. The program is designed as a group-based intervention targeting 15 participants aged between 25 and 45 years with depressive and/or anxious symptoms. It consists of 20 sessions, including pre- and post-treatment evaluations (personality, symptoms, attachment, etc.), psychoeducation, group and individual activities, homework assignments, and more.

This intervention program aims to reduce depressive and anxious symptoms, promote better emotional regulation, and foster adaptive interpersonal and intrapersonal functioning. The proposal represents an innovative approach by applying MBT in a group format, complemented by strategies from other therapeutic modalities to enhance its effectiveness. Its success will

depend on the specialized training of therapists and the rigorous evaluation of its efficacy through a single-case design with standardized measures.

Keywords: Mentalization, attachment, Depressive Disorders, Anxiety, Transdiagnostic, Group Intervention, Cognitive Behavioral Therapy, Functional Analytic Psychotherapy, Behaviorism.

Introducción

La depresión es una de las condiciones psiquiátricas más prevalentes en la actualidad, tanto por su impacto en la salud mental como por su carga en los sistemas sanitarios y en la sociedad en general. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) afecta al 5% de los adultos a nivel mundial. Su prevalencia es mayor en mujeres (6%) que en hombres (4%). La American Psychiatric Association (APA) estima que la prevalencia a lo largo de la vida alcanza entre un 10% y un 25% en mujeres y entre un 5% y un 12% en hombres, presentando amplia variabilidad en las cifras dependiendo según el contexto y las metodologías empleadas (APA, 2000). Estos datos indican la necesidad de intervenciones efectivas para abordar este trastorno.

Clínicamente la depresión se caracteriza por un estado de ánimo bajo o una pérdida de interés o placer por las actividades cotidianas, acompañado de alteraciones en el sueño, el apetito, la energía y la concentración, además de sentimientos de culpa, inutilidad o desesperanza. En casos más severos, puede incluso presentarse ideación suicida o conductas autolesivas (Caballo et al., 2013). Estas manifestaciones afectan significativamente la calidad de vida de quienes la padecen y generan un impacto considerable en el ámbito laboral, familiar y social, siendo una de las principales causas de discapacidad a nivel global. En 1996, Murray y López situaron la depresión como la quinta causa de discapacidad mundial y proyectaron que

para 2020 ascendería al segundo lugar, una predicción que se ha visto cumplida en muchos países (Murray y López, 1996).

Siguiendo el sistema categorial, la depresión se clasifica dentro de los trastornos del estado de ánimo según los principales manuales diagnósticos internacionales como el DSM-5 y el CIE-11. Este último incluye categorías como el trastorno depresivo mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual y otros trastornos depresivos especificados y no especificados (Caballo et al., 2013). Sin embargo, dicho modelo categorial ha sido altamente criticado debido a su énfasis en síntomas descriptivos que, aunque útiles para la comunicación clínica, presentan limitaciones en validez conceptual y discriminante (Pérez-Álvarez, 2014). Estas limitaciones se ven exacerbadas por la alta comorbilidad entre diagnósticos y la falta de una diferenciación clara entre ellos, lo que ha llevado a muchos investigadores a cuestionar la utilidad del enfoque categorial en el abordaje de los trastornos emocionales. Una de las comorbilidades más pronunciadas se encuentra entre los trastornos depresivos y los de ansiedad, por ejemplo, el trastorno de ansiedad generalizada está presente en el 55,2% de los deprimidos (Aragonès et al., 2009).

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por miedo o preocupación excesiva y persistente, además de síntomas físicos como taquicardia, sudoración y temblores, así como dificultades cognitivas como pensamientos intrusivos y problemas de concentración (Caballo et al., 2013). Estas manifestaciones suelen generar evitación y afectan significativamente la vida laboral, social y familiar, siendo altamente prevalentes y una carga importante para los sistemas de salud (Barlow et al., 2017).

En respuesta a estas críticas del modelo diagnóstico al uso, ha emergido el modelo transdiagnóstico, que centra su atención en los procesos psicopatológicos comunes entre trastornos en lugar de categorías diagnósticas específicas. Este enfoque asume que muchos

trastornos emocionales como la depresión, comparten mecanismos subyacentes como la evitación experiencial, la sensibilidad a la ansiedad, la intolerancia a la incertidumbre y la rumiación. Estos procesos, además de explicar la alta comorbilidad entre trastornos, proporciona una base para desarrollar intervenciones más eficaces (Pando et al., 2018).

Dentro del marco teórico transdiagnóstico, el concepto de mentalización cobra importancia al estar relacionada con varios de estos procesos. La mentalización se define como la capacidad de interpretar los estados mentales propios y ajenos para comprender la conducta. Esta se desarrolla en la infancia a través de relaciones de apego seguras y está vinculada a la regulación emocional y el funcionamiento interpersonal y social (Bateman y Fonagy, 2012). Una capacidad de mentalización deficiente se ha asociado con trastornos como la depresión, la ansiedad y los trastornos de personalidad, mientras que su fortalecimiento se ha vinculado con resultados positivos en psicoterapia (Fonagy y Luyten, 2009; Levy et al., 2006).

La Terapia Basada en Mentalización (TBM) fue inicialmente diseñada para tratar el trastorno límite de la personalidad (TLP), pero su efectividad ha llevado a su adaptación para el tratamiento de otros trastornos psiquiátricos, como los depresivos y de ansiedad (Allen et al., 2003; Etchevers, 2022). Este enfoque terapéutico consiste en fortalecer la capacidad de mentalización ayudando a los pacientes a diferenciar entre sus percepciones internas y la realidad externa, promoviendo un pensamiento más flexible y adaptativo. Además, interviene en la reducción de patrones disfuncionales como la rumiación, el autoconcepto negativo y la intolerancia emocional, características comunes en la depresión.

En la presente propuesta se planteará un programa grupal basado en la TBM para personas con sintomatología depresiva y ansiosa. El programa buscará mejorar la capacidad de mentalización, reducir la sintomatología depresiva y ansiosa y promover un funcionamiento emocional e interpersonal más adaptativo.

Para ello se emplearán técnicas provenientes de otros enfoques que han demostrado eficacia en el tratamiento para esta sintomatología como la Reestructuración Cognitiva de la Terapia Cognitivo Conductual, que ha demostrado eficacia significativa en la mejora de la sintomatología depresiva y ansiosa, mejorando las cogniciones disfuncionales que generan o mantienen los síntomas (Ruiz Fernández et al., 2012); técnicas conductuales como el refuerzo o la extinción para conductas terapéuticas o contraproducentes en relación al objetivo (Bados & García-Grau, 2011) o la exposición gradual (Ruiz Fernández et al., 2012) y el registro de conductas clínicamente significativas de la Psicoterapia analítico funcional (Valero-Aguayo, 2016) entre otras.

Además, se incorporará una evaluación exhaustiva tanto en la fase pretratamiento, postratamiento y seguimiento (3 meses después) para medir la efectividad de la intervención. La capacidad de mentalización se evaluará mediante la Reflective Functioning Scale (RFS) y la Entrevista de Apego para Adultos (AAI). La sintomatología depresiva será medida con el Inventario de Depresión de Beck (BDI), mientras que la ansiedad se analizará mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y la escala de ansiedad del SCL-90-R. Estas herramientas proporcionarán un perfil detallado del estado inicial y de los cambios logrados tras la intervención.

El formato grupal de la intervención se ha elegido por su efectividad comprobada en el tratamiento de trastornos emocionales. Las terapias grupales han demostrado ser eficaces para abordar la depresión, la ansiedad y los trastornos de la personalidad, ofreciendo un entorno de apoyo mutuo donde los participantes pueden compartir experiencias, aprender de otros y desarrollar habilidades de afrontamiento en un contexto seguro (Escudero y Zafra, 2022). Además, desde una perspectiva económica, el enfoque grupal permite atender a un mayor

número de personas sin comprometer la calidad del tratamiento, optimizando los recursos disponibles (McRoberts et al., 1998; Leichsenring, 2009).

En conclusión, el presente trabajo se trata de una intervención innovadora que combinará el enfoque transdiagnóstico con la Terapia Basada en Mentalización en un formato grupal. Se espera que esta estrategia contribuya a mejorar la capacidad de mentalización, reducir la sintomatología depresiva y ansiosa, y promover un funcionamiento más saludable en los participantes, estableciendo así una base para futuras investigaciones y aplicaciones clínicas en el tratamiento de los trastornos emocionales.

Justificación

La necesidad de esta intervención surge de la constatación de que muchos de los déficits observados en la depresión y la ansiedad se relacionan con dificultades en habilidades que se han conceptualizado como parte de la capacidad de mentalización. Este constructo, definido como la habilidad de comprender los propios estados internos y los de los demás, desempeña un papel crucial en la regulación emocional y el funcionamiento interpersonal (Bateman y Fonagy, 2012). En el contexto de la depresión, las alteraciones en la mentalización contribuyen a la perpetuación de síntomas como la rumiación, la baja autoestima y las distorsiones cognitivas.

Tal como se expuso en la introducción, una mentalización inadecuada se caracteriza por la confusión entre los estados internos y la realidad externa, dilucidar esta confusión es la esencia de la TCC. En ambos casos, la clave terapéutica radica en ayudar al paciente a diferenciar entre percepción y realidad, promoviendo un pensamiento más flexible y adaptativo. Este proceso resulta especialmente relevante en la depresión, donde estas distinciones pueden reducir significativamente la sintomatología cognitiva y emocional.

La intervención propuesta combinará la Terapia Basada en Mentalización (TBM) con un formato grupal, fundamentada en teorías y evidencia empírica que respaldan su eficacia. La TBM, inicialmente diseñada para tratar el trastorno límite de la personalidad, ha sido adaptada con éxito para abordar trastornos depresivos y de ansiedad, mostrando resultados prometedores en la mejora de la regulación emocional y la capacidad de mentalización (Allen et al., 2003; Etchevers, 2022). Por su parte, la terapia grupal ha demostrado ser efectiva en diversas áreas, incluyendo la depresión, al ofrecer un entorno de apoyo mutuo donde los participantes pueden compartir experiencias, desarrollar habilidades de afrontamiento y aprender unos de otros en un contexto estructurado y seguro (Escudero y Zafra, 2022).

El programa de intervención se realizará en un contexto clínico, en una consulta psicológica adaptada. Estará dirigido a personas adultas con sintomatología depresiva moderada o severa, independientemente de si cuentan con un diagnóstico formal de depresión o ansiedad. Esta flexibilidad responde a las limitaciones del modelo diagnóstico tradicional, centrándose en la sintomatología y los procesos subyacentes en lugar de en categorías específicas.

Desde una perspectiva teórica, el programa se basará en el modelo transdiagnóstico, que enfatiza la identificación y el tratamiento de procesos psicopatológicos comunes a múltiples trastornos. La mentalización, como proceso transdiagnóstico clave, permitirá abordar tanto la sintomatología depresiva como otras dificultades emocionales asociadas, ampliando el alcance terapéutico. Además, la intervención grupal facilitará la interacción social y el aprendizaje colectivo, aspectos fundamentales para la recuperación en trastornos depresivos.

En resumen, la propuesta de combinar TBM y terapia grupal ofrecerá un enfoque terapéutico innovador y basado en la evidencia, con el potencial de mejorar significativamente la sintomatología depresiva y promover un funcionamiento emocional e interpersonal más

adaptativo en los participantes. Esta intervención no solo responderá a las necesidades específicas de la población objetivo, sino que también contribuirá a llenar un vacío en la investigación y práctica clínica al integrar teorías y enfoques complementarios

Destinatarios

La presente propuesta de intervención estará dirigida a pacientes adultos con diagnóstico de sintomatología depresiva y/o ansiosa

Criterios de inclusión:

- Edad entre 25 y 45 años.
- Presencia de sintomatología depresiva/ansiosa
- Dificultades para la regulación emocional
- Disposición para asistir a sesiones grupales semanales.

Criterios de exclusión:

- Diagnóstico diferente a trastorno depresivo o ansioso.
- Abuso activo de sustancias o conductas adictivas graves.
- Discapacidad intelectual significativa.
- Inestabilidad médica o conductual que impida la asistencia regular.

Objetivos generales y específicos de la intervención

Objetivos generales

Diseñar una propuesta de intervención para pacientes con sintomatología depresiva basada en la TBM y adaptada a un formato grupal.

Objetivos específicos

- Mejorar la capacidad de mentalización enfocada a reducir la sintomatología depresiva y ansiosa
- Mejorar la regulación emocional
- Mejora de las habilidades sociales
- Mejora de la autocomprensión y la comprensión de los demás
- Búsqueda de sentido y valores vitales
- Psicoeducación sobre el apego

Metodología

Diseño del estudio

El diseño utilizado será de tipo experimental, con un enfoque pre y post-intervención para evaluar los efectos de la Terapia Basada en la Mentalización (TBM) en adultos con sintomatología ansioso-depresiva. El programa se desarrollará a lo largo de 20 sesiones grupales de 90 minutos cada una.

VARIABLES A EVALUAR

En cuanto a las variables a evaluar, la variable independiente corresponderá al programa de intervención basado en TBM. Por otro lado, las variables dependientes serán los resultados esperados en el programa que incluyen la sintomatología ansioso-depresiva, la regulación emocional, la capacidad de mentalización, la calidad de vida, habilidades interpersonales y estrategia de apego.

El **diseño** del programa estará enfocado en abordar distintos aspectos de la capacidad de mentalización, la sintomatología ansioso-depresiva, las relaciones interpersonales, y la comprensión de uno mismo. El diseño se realizará siguiendo la estructura de la traducción al español del “Manual del grupo introductorio al tratamiento basado en la mentalización para

trastorno de la personalidad de Bateman y Fonagy” (Pedro Sanz y Nuria Tur, 2017). Se ha adaptado la estructura de este manual a las particularidades de la sintomatología depresiva y ansiosa.

En lo relativo al **personal**, el tratamiento será llevado a cabo por un psicólogo sanitario con experiencia y formación en terapia basada en mentalización, terapia cognitivo conductual, y todas las demás técnicas empleadas. El psicólogo también estará formado y tendrá amplia experiencia en la práctica clínica en trastornos depresivos y trastornos de ansiedad.

Con respecto a los **materiales**, el programa será llevado a cabo en una sala clínica que permita un ambiente cómodo y las condiciones necesarias. Entre los materiales existentes en la sala se encontrarán una pizarra, una lona para el proyector, y numerosos pupitres con sus respectivas sillas. Para la presentación de los contenidos se requerirá un proyector y un ordenador para realizar diapositivas. Además se utilizará material impreso para algunos contenidos así como para las distintas actividades. Para las tareas semanales como la libreta de conductas clínicamente significativas, la exposición gradual, los experimentos conductuales, la reestructuración cognitiva y las actividades de activación conductual se utilizarán libretas que el terapeuta facilitará a los pacientes.

Para llevar a cabo la **evaluación**, las variables medidas serán: sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, capacidad de mentalización, apego y personalidad. Se dispondrá de los siguientes instrumentos (incluidos manuales, hojas de respuesta y hojas de corrección):

- **NEO-PI R (Inventario de Personalidad)**: NEO Personality Inventory Revised es un instrumento psicométrico muy habitual para evaluar los cinco grandes factores de la personalidad: apertura a la experiencia, responsabilidad, extraversión, amabilidad y neuroticismo. Se compone de 240 ítems que exploran factores principales y rasgos más específicos dentro de cada dimensión, permitiendo una evaluación detallada de los

aspectos de personalidad. Sus propiedades psicométricas son adecuadas, con alfas de Cronbach entre 0.75 y 0.89 dependiendo de la población, reflejando una alta consistencia interna y una buena validez convergente y discriminante.

- **SCL-90 (Inventario de Síntomas)**: es un instrumento diseñado para evaluar síntomas clínicos. Consta de **90 ítems** con una escala tipo Likert de 5 puntos que evalúa la intensidad de los síntomas. El SCL-90-R mide nueve dimensiones primarias: Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo. Para nuestro programa nos interesan las escalas de depresión, ansiedad y ansiedad fóbica. Además, el cuestionario incluye tres índices globales que proporcionan una visión general del malestar psicológico: Índice de Gravedad Global (GSI), Número Total de Síntomas Positivos (PST), Índice de Malestar Positivo (PSDI). Este instrumento evidencia una elevada consistencia interna, con valores de alfa de Cronbach que superan 0.85. Su validez factorial ha sido respaldada, mostrando asociaciones significativas entre las diferentes subescalas y los índices generales (Cuadro & Baile, 2015).
- **BDI-II (Beck Depression Inventory-II)**: el BDI-II es un instrumento de evaluación psicométrica diseñado para medir síntomas de la depresión. Fue desarrollado por Aaron T. Beck. Consta de 21 ítems relacionados con los criterios para el trastorno depresivo en el DSM-V como tristeza, pérdida de interés, cambios en el sueño, sentimientos de culpa, y pensamientos suicidas. Cada ítem tiene una escala de 0 a 3 que indica la intensidad del síntoma, proporcionando una puntuación total que se clasifica en depresión mínima, leve, moderada y grave. Las alfas de Cronbach encontradas para este instrumento se encuentran entre 0.81 y 0.92, indicando una alta consistencia interna. Se han

correlacionado significativamente con otras escalas de depresión como la de Hamilton confirmándose así su validez convergente (Valdez et al., 2022)

- **STAI (State-Trait Anxiety Inventory):** es un cuestionario que evalúa dos dimensiones de la ansiedad estado (nivel de ansiedad experimentado en un momento específico) y ansiedad rasgo (predisposición general de un individuo a responder con ansiedad ante diversas situaciones). El instrumento contiene 40 ítems, divididos en dos subescalas de 20 ítems cada una. Cada ítem se puntúa en una escala de 1 a 4, con una puntuación total que permite clasificar la ansiedad en diferentes niveles de severidad. Presenta una alta fiabilidad (alfas de Cronbach entre 0.86 y 0.95), así como validez convergente al correlacionar con otras medidas de ansiedad (Guillén & Buela, 2011).
- **Reflective Functioning Scale (RFS):** este instrumento evalúa la capacidad de una persona para comprender los estados mentales propios y de los demás, especialmente en el contexto de las relaciones interpersonales, y se utiliza para analizar narrativas verbales, proporcionando una medida de la mentalización. Con alfas de Cronbach entre 0.80 y 0.90, presenta una fiabilidad y consistencia interna. Además, se ha constatado su validez convergente, ya que presenta correlaciones significativas con instrumentos que miden constructos similares (Fonagy & Bateman, 2016)
- **La Entrevista de Apego para Adultos (AAI):** es una herramienta clínica que explora la calidad del apego en adultos a través de recuerdos y experiencias tempranas, permitiendo identificar patrones de apego y su influencia en las relaciones actuales.

La evaluación se realizará en 3 momentos: **pretratamiento:** se aplicarán todos los instrumentos mencionados en las sesiones uno y dos; **postratamiento:** posteriormente, se

aplicarán en la sesión 20 y **seguimiento**: por último, se volverá a evaluar tres meses después de la finalización del programa.

Implementación y evaluación de la Propuesta de Intervención

La presente propuesta de intervención para la sintomatología depresiva y ansiosa integrará la TBM y técnicas de corrientes terapéuticas como la Terapia Cognitivo Conductual, la Psicoterapia Analítico Funcional, el Contextualismo Funcional y el Conductismo en un programa grupal en el que se abordarán aspectos teóricos y actividades prácticas, así como un seguimiento de los avances llevados a cabo por los participantes en su vida cotidiana.

La duración del programa será de 20 sesiones semanales. Hansen et al. (2002), observaron que entre 13 y 18 sesiones en promedio son necesarias para una mejora del 50%, asegurando la asimilación de contenidos teóricos y la posibilidad de puesta en práctica de las habilidades aprendidas, así como la guía y las correcciones del terapeuta.

Como se especificó en el apartado anterior, se incorporará una evaluación exhaustiva en las fases pretratamiento, postratamiento y seguimiento.

El programa se dividirá en tres módulos:

- **Módulo I: Evaluación y presentación:** este módulo constará de las sesiones 1-2. Sus objetivos principales serán el establecimiento de la alianza terapéutica y un clima cálido; una evaluación inicial de la capacidad de mentalización, sintomatología depresiva y ansiosa, y de personalidad; y la presentación del programa y sus objetivos.
- **Módulo II: Psicoeducación y Preparación al tratamiento:** sesiones 3-9. Su objetivo principal consistirá en la educación en conocimientos significativos para el tratamiento como: Sintomatología ansiosa y depresiva, Mentalización, Relación sintomatología/mentalización, Regulación emocional, Apego, Personalidad, etc

- **Módulo III: Tratamiento y consolidación:** sus objetivos serán la puesta en marcha del tratamiento, su seguimiento y consolidación. En este módulo se llevarán actividades semanales que le paciente deberá ir realizando semana tras semana

A continuación, en la *figura 1* se describen nombre, contenidos, objetivos y duración de cada sesión.

Figura 1.

Sesiones de la propuesta de intervención

Sesión 1:	Objetivos:	Duración:	Contenidos:
Evaluación I	Evaluación de capacidad de mentalización y tipo de apego y sintomatología depresiva Crear alianza terapéutica Describir objetivos del programa	90 minutos	Presentación de los participantes Descripción de objetivos Aplicación de Reflective Functioning Scale (RFS) <i>Entrevista de Apego para Adultos (Adult Attachment Interview, AAI)</i> Inventario de Depresión de Beck (BDI)
Sesión 2: Evaluación II	Objetivos: Alianza terapéutica Evaluación de sintomatología ansiosa Evaluación de personalidad	Duración: 90 minutos	Contenidos: Aplicación de SCL-90-R Aplicación de STAI Rasgo y Estado Aplicación de Inventario de Personalidad NEO Revisado.
Sesión 3: Introducción a mentalización	Objetivos: Psicoeducación básica de mentalización y depresión/ansiedad	Duración: 90 minutos	Contenidos: Explicación de sintomatología ansiosa y depresiva Explicación de mentalización y conceptos relacionados

			Relación mentalización con depresión/ansiedad
<p>Sesión 4:</p> <p>Problemas derivados de la mentalización.</p>	<p>Objetivos:</p> <p>Explicación de problemas derivados de una mala mentalización</p>	<p>Duración:</p> <p>90 minutos</p>	<p>Contenidos:</p> <p>Explicar funcionamiento de una buena y mala mentalización, ejemplos y consecuencias</p> <p>Causas habituales de mala mentalización</p>
<p>Sesión 5:</p> <p>Las mociones y sus tipos</p>	<p>Objetivos:</p> <p>Explicación de las emociones, sus tipos y su funcionalidad</p>	<p>Duración:</p> <p>90 minutos</p>	<p>Contenidos:</p> <p>Explicación de emociones básicas y sociales</p> <p>Función evolutiva</p> <p>Emociones y sentimientos</p> <p>Funcionalidad y mantenimiento</p> <p>Depresión y bajas habilidades sociales</p>
<p>Sesión 6:</p> <p>Mentalización de las emociones</p>	<p>Objetivos:</p> <p>Explicación relación mentalización/emociones</p>	<p>Duración:</p> <p>90 minutos</p>	<p>Contenidos:</p> <p>Relación o identificación de emociones propias y ajenas</p> <p>Regulación emocional</p>

<p>Sesión 7:</p> <p>El Apego, sus tipos y su relación con depresión/ansiedad</p>	<p>Objetivos:</p> <p>Explicación de Teoría del Apego y sus distintos patrones.</p> <p>Identificar propio patrón</p>	<p>Duración:</p> <p>90 minutos</p>	<p>Contenidos:</p> <p>Explicación de apego</p> <p>Patrones de apego</p> <p>Identificación de estrategia de apego propia</p> <p>Consecuencias de apegos no seguros en adultez</p>
<p>Sesión 8:</p> <p>Apego y Cultura Mentalizadora</p>	<p>Objetivos:</p> <p>Explicación de cultura mentalizadora y relación con apego adaptativo</p>	<p>Duración:</p> <p>90 minutos</p>	<p>Contenidos:</p> <p>Explicación de impacto de apego seguro y cultura mentalizadora en relaciones personales</p> <p>Relación con sintomatología</p> <p>Conflictos de apego</p>
<p>Sesión 9:</p> <p>Personalidad y Mentalización</p>	<p>Objetivos:</p> <p>Explicación de la personalidad y relación con la mentalización</p>	<p>Duración:</p> <p>90 minutos</p>	<p>Contenidos:</p> <p>Explicación de rasgos</p> <p>Temperamento vs. Personalidad</p> <p>Relación personalidad/sintomatología</p> <p>Rasgos que predisponen o no a una buena mentalización</p>
<p>Sesión 10:</p> <p>TBM. Comienzo de Tratamiento</p>	<p>Objetivos:</p> <p>Introducción al tratamiento TBM</p>	<p>Duración:</p> <p>90 minutos</p>	<p>Contenidos:</p> <p>Objetivos del tratamiento</p> <p>Beneficios de mentalización</p> <p>Libreta de conductas significativas y sistema de puntos</p>

			Explicación de TBM como “campo de entrenamientos de mentalización
Sesión 11: Apego con Participantes/Terapeuta	Objetivos: Planificación de conductas de apego adaptativo y buena mentalización	Duración: 90 minutos	Contenidos: Debate sobre dificultades comunes en relación terapéutica Resolución de obstáculos de apego con ESP Toma de decisiones y puesta en práctica
Sesión 12: TBM Focalizada en Sintomatología Depresiva	Objetivos: Entendimiento y gestión de sintomatología depresiva	Duración: 90 minutos	Contenidos: Diferencias tristeza/depresión Tristeza adaptativa/patológica Funcionamiento de pensamiento depresógeno y distorsiones cognitivas Reestructuración cognitiva Activación conductual
Sesión 13: TBM Focalizada en Sintomatología Ansiosa	Objetivos: Repaso de sintomatología ansiosa, mantenimiento de la ansiedad y gestión	Duración: 90 minutos	Contenidos: Repaso teórico de ansiedad Mantenimientos de ansiedad mediante patrones de evitación Identificación de antecedentes y reforzadores Reestructuración cognitiva y técnicas de relajación Efecto tranquilizador de compartir nuestra ansiedad
Sesión 14: Consolidación y	Objetivos:	Duración:	Contenidos:

Automatización	Consolidación y automatización de lo aprendido	90 minutos	Exposición/revisión de las tareas semanales acumuladas: <ul style="list-style-type: none"> - Conductas clínicamente relevantes y controproducentes - Actitudes mentalizadores - Reforzador semanas añadido - Exposición gradual a situaciones ansiógenas - Exposición gradual a conductas de apego seguro - Reestructuración cognitiva semanal Seguimiento y resolución de dudas
Sesión 15: Consolidación y Automatización	Objetivos: Consolidación y automatización de lo aprendido	Duración: 90 minutos	Contenidos: Exposición/revisión de las tareas semanales acumuladas: Seguimiento y resolución de dudas
Sesión 16: Consolidación y Automatización	Objetivos: Consolidación y automatización de lo aprendido	Duración: 90 minutos	Contenidos: Exposición/revisión de las tareas semanales acumuladas. Seguimiento y resolución de dudas
Sesión 17: Consolidación y Automatización	Objetivos: Consolidación y automatización de lo aprendido	Duración: 90 minutos	Contenidos: Exposición/revisión de las tareas semanales acumuladas: Seguimiento y resolución de dudas
Sesión 18:	Objetivos:	Duración:	Contenidos:

Consolidación y Automatización	Consolidación y automatización de lo aprendido	90 minutos	Exposición/revisión de las tareas semanales acumuladas: Seguimiento y resolución de dudas
Sesión 19: Consolidación y Automatización	Objetivos: Consolidación y automatización de lo aprendido	Duración: 90 minutos	Contenidos: Exposición/revisión de las tareas semanales acumuladas: Seguimiento y resolución de dudas
Sesión 20: Despedida	Objetivos: Evaluación final Resumen Plan de mantenimiento Despedida	Duración: 90 minutos	Contenidos: Evaluación con mismos instrumentos Resumen general del programa Reflexión grupal Plan de mantenimiento Cierre emocional

A continuación se presenta una descripción detallada de cada sesión:

Sesión 1: evaluación I (mentalización, apego y sintomatología depresiva)

Objetivos:

Evaluar de capacidad de mentalización y sintomatología depresiva

Crear alianza terapéutica

Describir objetivos del programa

Desarrollo:

Presentación de los participantes: al inicio de la sesión, se facilitará una ronda de presentaciones para que los participantes puedan compartir información básica sobre ellos mismos, como su nombre, motivos para participar en el programa y expectativas personales.

Este ejercicio servirá para fomentar un ambiente de confianza y cohesión grupal, elemento esencial en el trabajo terapéutico grupal.

Descripción de objetivos: posteriormente, se explicarán los objetivos generales del programa, destacando su enfoque en mejorar la capacidad de mentalización, reducir la sintomatología depresiva y ansiosa, y promover un funcionamiento emocional e interpersonal más saludable. Además, se describirán las metas específicas de esta primera sesión, como comprender la estructura del programa, la importancia de las evaluaciones iniciales y los beneficios de la participación activa.

Aplicación de Reflective Functioning Scale (RFS): se aplicará la Reflective Functioning Scale (RFS) para evaluar la capacidad de mentalización de los participantes. Este instrumento permitirá obtener una línea base que servirá para comparar los avances al finalizar el programa. Se explicará a los participantes la naturaleza de la RFS y su relevancia en el marco del programa, garantizando que se sientan cómodos y comprendan la importancia de su colaboración.

Entrevista de Apego para Adultos (Adult Attachment Interview, AAI): a continuación, se llevará a cabo la Entrevista de Apego para Adultos (AAI), que evaluará las representaciones de apego de los participantes. Este instrumento proporcionará información valiosa sobre los patrones relacionales y emocionales que podrían influir en la capacidad de mentalización y en la sintomatología depresiva. Se informará a los participantes que los resultados de esta entrevista no serán evaluativos, sino que servirán como una herramienta para personalizar la intervención.

Inventario de Depresión de Beck (BDI): finalmente, se administrará el Inventario de Depresión de Beck (BDI) para evaluar el nivel de sintomatología depresiva de los participantes. Este instrumento permitirá establecer un punto de partida cuantitativo que será comparado con

los resultados postratamiento para medir la eficacia del programa. Se instruirá a los participantes sobre cómo responder al cuestionario, garantizando que comprendan cada ítem.

Cierre de la sesión:

Se resumirá la importancia de la evaluación inicial para guiar el tratamiento y medir el progreso. Se reforzará el valor de la mentalización y el apego en el bienestar emocional, motivando la participación activa en el programa.

Sesión 2: evaluación II (sintomatología ansiosa y personalidad)

Objetivos:

- Alianza terapéutica
- Evaluación de sintomatología ansiosa
- Evaluación de personalidad

Desarrollo:

La sesión continuará con la aplicación de instrumentos de evaluación adicionales, diseñados para obtener un perfil psicológico integral de los participantes. Estas herramientas permitirán evaluar aspectos clave relacionados con la sintomatología emocional, los rasgos de personalidad y los estados de ansiedad, proporcionando una línea base robusta para el diseño y seguimiento del tratamiento.

Aplicación de SCL-90-R: se administrará la escala SCL-90-R, un instrumento ampliamente validado que evalúa la presencia y gravedad de una amplia gama de síntomas psicológicos. Este cuestionario permitirá identificar indicadores de ansiedad, depresión, hostilidad y otras dimensiones emocionales relevantes para el tratamiento. Se explicará a los participantes la estructura del cuestionario y se les proporcionará un ambiente tranquilo y confidencial para responderlo. Además, se subrayará la importancia de responder con

sinceridad para obtener una imagen precisa de su estado emocional.

Aplicación de STAI Rasgo y Estado: para medir los niveles de ansiedad, tanto como rasgo estable de personalidad como en su manifestación situacional, se aplicará el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Este instrumento permitirá distinguir entre la ansiedad generalizada y la asociada a momentos específicos, proporcionando información útil para identificar patrones de regulación emocional. Antes de la aplicación, se explicará la diferencia entre el componente de rasgo y el de estado, y se garantizará que los participantes comprendan cada ítem. La información obtenida será clave para personalizar las estrategias de intervención y monitorear los cambios en la ansiedad a lo largo del programa.

Aplicación del Inventario de Personalidad NEO Revisado: el Inventario de Personalidad NEO Revisado será administrado para evaluar los cinco grandes rasgos de personalidad: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad. Este instrumento permitirá identificar características de personalidad que puedan influir en la respuesta a la intervención, así como en las dinámicas grupales. Antes de comenzar, se informará a los participantes que esta evaluación no tiene carácter diagnóstico ni evaluativo, sino que busca enriquecer la comprensión de sus patrones individuales. La administración se realizará en un ambiente cómodo y sin presiones, promoviendo una experiencia positiva para los participantes.

Cierre de la sesión:

Se destacará la importancia de los instrumentos aplicados para comprender la sintomatología ansiosa y los rasgos de personalidad, esenciales para personalizar la intervención. Se reforzará el valor de la sinceridad en las respuestas y su impacto en el tratamiento. Finalmente, se motivará a los participantes a reflexionar sobre su experiencia en la evaluación.

Sesión 3: introducción a la mentalización

Objetivos:

- Psicoeducación básica de mentalización y depresión/ansiedad

Desarrollo:

Explicación introductoria de sintomatología depresiva y ansiosa: se explicarán los principales síntomas de la depresión y la ansiedad; las múltiples causas que los desembocan (factores biológicos, psicológicos, sociales, etc); el mantenimiento de estos síntomas, basado en la función que desempeñan; y finalmente la eficacia de la TBM para esta sintomatología, con el objetivo de instigar un optimismo razonable en los participantes, fundamental para la adherencia al tratamiento

Explicar y psicoeducar en mentalización: se proporcionará una definición del concepto de mentalización con ciertos ejemplos que ayuden a su comprensión. Posteriormente se explicarán las distintas dimensiones que tienen lugar en la mentalización, como

- Automática/controlada
- Otro/uno mismo
- Externo/interno .

Finalmente se explicará el concepto de *Hipermentalización*.

ACTIVIDAD 1: el terapeuta propondrá un debate sobre un ejemplo propuesto por él mismo en el que los participantes tendrán que interpretar el estado interno del protagonista:

“ –Carlos llegó a casa después de un largo día de trabajo. Mientras buscaba las llaves en su mochila, sintió un nudo en el estómago. Después de unos minutos de buscar sin éxito, se dio cuenta de que las había perdido. Respiró hondo y miró alrededor, esperando haberlas dejado en algún lugar visible, pero no estaban allí. Se sentó en el escalón frente a la puerta,

con las manos en la cabeza, mirando al suelo. Sabía que había un duplicado en casa de su amigo, pero este vivía lejos y ya era tarde.

Posteriormente, el terapeuta hará las siguientes preguntas:

1. ¿Qué emociones podría estar sintiendo Carlos en esta situación?
2. ¿Qué señales en su comportamiento o lenguaje corporal indican su estado interno?
3. ¿Cómo creen que podría reaccionar ante esta situación?"

Mentalización y malentendidos: posteriormente se explicarán los errores o problemas más comunes en la capacidad de mentalización poniendo ejemplos de cada uno. Para ello se explicarán los conceptos:

- Opacidad de la mente
- Equivalencia psíquica
- Capas de la mente
- Actuación en base a interpretación

Además se explicará que las personas pueden manipular sus acciones o gestos para ocultar lo que ocurre en su mente, impidiendo así la mentalización. Por último se explicará la *actitud mentalizadora*, es decir, las características que tiene una mentalización adaptativa

ACTIVIDAD 2: los participantes pondrán ejemplos de situaciones en las que se haya mentalizado mal y haya surgido un malentendido con otra persona.

El terapeuta introducirá la actividad:

– Hoy vamos a reflexionar sobre cómo a veces malinterpretamos las intenciones o emociones de los demás, lo que puede llevar a malentendidos. ¿Alguna vez les ha pasado? Ahora les voy a pedir que piensen en un ejemplo concreto para compartir con el grupo. –

Una vez los participantes estén listos, el terapeuta dará la instrucción:

– Por turnos, cada uno puede contar una situación en la que haya habido un malentendido porque interpretaron algo de manera equivocada. Puede ser algo cotidiano o sencillo. ¿Quién quiere empezar? –

Un participante compartirá su experiencia, por ejemplo:

Participante: – *Una vez pensé que mi amigo estaba....*–

Terapeuta: – *¿Y qué pensabas en ese momento que él estaba sintiendo o pensando?* –

Participante: – *Que no quería hablar conmigo, que estaba molesto.*–

Terapeuta: –*¿Y cómo te diste cuenta de que no era así? ¿Qué señales o información cambió tu percepción?* –

Tras varios ejemplos, el terapeuta fomentará una reflexión grupal:

–*¿Qué creen que nos lleva a interpretar mal las intenciones de los demás? ¿Cómo podríamos manejar estas situaciones de otra manera en el futuro?* –

Mentalización y depresión/ansiedad: también se explicará la relación entre una mentalización desadaptativa y la propia sintomatología. Para ello se abordarán los siguientes temas:

- Distorsiones de Ellis y Beck relacionadas con la mentalización y explicar por qué producen sintomatología depresiva
- Ejemplos de mentalización deficiente (y características) y consecuencias.
- Ejemplos de buena mentalización y sus consecuencias
- Distorsiones en uno mismo y los demás
- Diferencias entre narración de hechos e interpretación.
- Cognición y afecto. Cuando cada uno
- Foco externo (conducta) foco interno (estado mental).

ACTIVIDAD 3: los participantes expondrán un ejemplo sobre patrones de distorsiones cognitivas o mala mentalización que suelen realizar en su vida y cómo esta afecta a su sintomatología:

El terapeuta indicará:

– Vamos a reflexionar sobre cómo nuestras distorsiones cognitivas o errores al mentalizar pueden influir en nuestras emociones y comportamientos. Piensen en un ejemplo personal de un patrón de pensamiento negativo o una mala interpretación que haya afectado su estado de ánimo o síntomas.

A continuación, los participantes reflexionarán y compartirán sus ejemplos por turnos. Un participante dirá (ejemplo): *– Yo siempre pienso que si algo malo puede pasar, definitivamente va a pasar. Por ejemplo, si tengo un examen, estoy seguro de que voy a fallar aunque haya estudiado.*

El terapeuta guiará: *– ¿Qué pensabas en ese momento? ¿Qué emociones o síntomas te provocaba? ¿Cómo podrías manejar ese patrón de forma diferente?*

Cada participante expondrá brevemente su experiencia mientras el terapeuta realiza preguntas para profundizar, fomentando la reflexión grupal.

El terapeuta cerrará: *– ¿Cómo creen que identificar estos patrones puede ayudarles a mejorar su bienestar?*

TAREA PARA CASA: se registrarán los ejemplos de buena mentalización y de pérdida de mentalización ocurridos durante la semana, así como las emociones surgidas tras ellos.

Cierre de la sesión:

Se reforzará la importancia de la mentalización en la regulación emocional y su impacto en la ansiedad y la depresión. Se invitará a los participantes a reflexionar sobre los ejemplos compartidos y su aplicación en la vida cotidiana. Finalmente, se motivará a registrar situaciones

de buena y mala mentalización durante la semana para fortalecer el aprendizaje y su integración en el proceso terapéutico

Sesión 4: problemas derivados de la mentalización

Objetivos:

- Explicar problemas derivados de una mala mentalización

Desarrollo:

Resumen de la sesión anterior: la sesión comenzará con un resumen de lo visto la anterior sesión.

Revisión de tarea para casa: el terapeuta reforzará verbalmente, con palabras con alto potencial de evocación emocional y delante del resto de participantes los registros de buena mentalización de cada uno. Así como extinguirá verbalmente los registros de una mala mentalización, sin castigar la conducta de expresión del acontecimiento, que de hecho se reforzará (*“Has sido muy valiente contándonos esto X, pero para la próxima vez ya sabes que no deberías actuar así, esto solo hace que tu sintomatología empeore”*)

ACTIVIDAD 4 : el terapeuta pondrá un ejemplo de mala mentalización y los participantes deberán interpretar que ha pasado:

“El terapeuta indicará:

– *Vamos a trabajar un caso de mala mentalización. Les voy a contar una situación, y ustedes deberán interpretar qué pudo haber pasado, qué pensamientos o emociones influyeron en los protagonistas y cómo podría haberse resuelto mejor.*

El terapeuta pondrá el ejemplo: – *Marta tenía que encontrarse con su amiga Ana para tomar un café. Ana llegó tarde, y cuando llegó, no se disculpó ni explicó por qué. Marta pensó que Ana no valoraba su amistad y decidió no hablarle más. Ana, por su parte, se sintió*

confundida porque no entendía por qué Marta estaba molesta, ya que ella pensó que llegar tarde no era un problema grave.

A continuación, el terapeuta fomentará la reflexión grupal.

El terapeuta preguntará: – *¿Qué interpretó Marta en esta situación? ¿Qué estaba pensando o sintiendo Ana? ¿Qué errores de mentalización creen que ocurrieron aquí?*

Los participantes reflexionarán y compartirán sus interpretaciones por turnos.

El terapeuta cerrará: – *Muy bien. Como vemos, a veces asumimos cosas sin comprobarlas, y esto nos lleva a malos entendidos. ¿Cómo creen que podrían haberse comunicado mejor Marta y Ana para evitar este conflicto?*

La actividad terminará con una discusión breve sobre la importancia de la comunicación para evitar errores de mentalización.”

Buena y mala mentalización: en este apartado se profundizará respecto a lo visto en la anterior sesión acerca de una buena y una mala mentalización, Se hablará detalladamente sobre las características y las consecuencias de cada una. Algunas de las características de la mala mentalización son:

- Sentirse seguro acerca de las motivaciones de los demás
- Pensamiento en blanco y negro (es decir, sin matices)
- Pobre reconocimiento de los sentimientos concomitantes (poca empatía)
- Pasar por alto el hecho de que las personas se influyen mutuamente
- Interpretar a otros sin una consideración cuidadosa puede ser irrelevante, inducir a errores o incluso ser algo muy concreto (es decir, primero ocurrió esto, luego sucedió aquello, etcétera)
- Poca curiosidad acerca de los estados mentales

ACTIVIDAD 5: cada participante contará, si está dispuesto, uno de sus conflictos inter o intrapersonales recientes que haya influido significativamente a su sintomatología. Y el terapeuta utilizará estratégicamente el lenguaje para generar una asociación pavloviana entre “mala mentalización” y la sintomatología utilizando palabras con potencia de evocación emocional:

“El terapeuta indicará: – *Vamos a reflexionar sobre cómo los conflictos recientes, tanto con otros como internos, pueden relacionarse con la mala mentalización y cómo esto impacta en nuestra sintomatología. Si se sienten cómodos, me gustaría que compartieran algún conflicto reciente que haya influido significativamente en su bienestar.*

Los participantes compartirán sus experiencias por turnos.

Un participante dice (ejemplo): – *Tuve un problema con un compañero. Pensé que...*

El terapeuta intervendrá (ejemplo): – *Esa interpretación de rechazo o hostilidad probablemente intensificó tu malestar. Una mala mentalización puede generar angustia, tensión o incluso desesperanza, lo que alimenta nuestra sintomatología. ¿Cómo te sentiste física y emocionalmente en ese momento?*

Los participantes reflexionarán, mientras el terapeuta utiliza palabras emocionalmente evocadoras para reforzar el vínculo entre la mala mentalización y los síntomas.

El terapeuta cerrará: – *Como vemos, la mala mentalización amplifica nuestras emociones y síntomas. Ser conscientes de ello nos permite romper ese círculo y buscar una mentalización más equilibrada.”*

La principal causa de una mentalización débil es la activación emocional: Posteriormente se explicará que una de las principales razones para una mala mentalización se debe a la activación emocional se explicará que bajo ciertas emociones la capacidad de razonar

decremento y por ello actuamos de una forma irracional. Se explicará la respuesta de lucha o huida, que se profundizará más adelante y cuatro puntos importantes respecto a ella:

- Diferencia entre las personas en activación conductual
- Factor de activación más común es el apego y sensibilidad al estrés en relaciones interpersonales (adaptar a depresión y ans.)
- La respuesta de lucha o huida aparece en momentos diferentes en distintas personas, dependiendo del umbral de cada individuo
- Tiempo de retorno a estado normal varía entre personas

TAREA PARA CASA: apuntar situaciones en las que la capacidad de mentalizar se haya visto disminuida por una alta activación emocional. Así como las consecuencias de esta disminución.

Cierre emocional:

Se reforzará la relación entre la mala mentalización y la sintomatología emocional, destacando el impacto de la activación emocional en la capacidad de mentalizar. Se invitará a los participantes a reflexionar sobre cómo una mentalización más equilibrada puede mejorar su bienestar y reducir conflictos. Finalmente, se motivará a realizar la tarea de registro semanal para fortalecer la toma de conciencia y el desarrollo de estrategias de regulación emocional

Sesión 5: las emociones y sus tipos

Objetivos:

- Explicar las emociones, sus tipos y su funcionalidad

Desarrollo:

Resumen de sesión anterior y revisión de tarea: la sesión comenzará con un resumen de la sesión anterior, Posteriormente cada participante expondrá cómo ha llevado a cabo la

tarea para casa. El terapeuta reforzará verbalmente el hecho de “haberse dado cuenta” de la pérdida de capacidad de mentalización, así como el hecho de compartir el episodio. También el paciente deberá explicar qué hubiera sido distinto si no hubiera disminuido su capacidad de mentalización (cuidando de no caer en la culpa), si es correcto, el terapeuta reforzará específicamente el hecho de “estar aprendiendo” sobre su psicología personal y sobre su sintomatología

La sesión comenzará con la actividad número seis:

ACTIVIDAD 6: los participantes harán una lluvia de ideas sobre las emociones que existen. El terapeuta las irá dividiendo en una columna de emociones básicas y otra emociones sociales (sin explicar aún por qué). Cuando hayan acabado el terapeuta preguntará qué tipos de emociones hay. Cuando la actividad empiece a decaer. El terapeuta proseguirá con su explicación.

“El terapeuta indicará: – *Vamos a hacer una lluvia de ideas sobre las emociones que conocen. Digan cualquier emoción que se les ocurra, yo las iré anotando.*

A medida que los participantes mencionan emociones, el terapeuta las clasificará en dos columnas: emociones básicas y emociones sociales, sin explicar aún la clasificación.

El terapeuta preguntará: – *¿Qué tipos de emociones creen que hay? ¿Por qué creen que hice esta división?*

Cuando la actividad comience a decaer, el terapeuta intervendrá con la explicación.

El terapeuta explicará: – *Las emociones básicas son universales y biológicas, como la alegría, el miedo o la ira. Las emociones sociales, como la vergüenza o el orgullo, dependen del contexto y las interacciones con otros...*

Finalizará conectando la clasificación con la importancia de entender cómo mentalizamos emociones propias y ajenas.”

Explicación de las emociones: el terapeuta explicará la diferencia entre emociones básicas y secundarias, (se hará hincapié en la emoción básica de curiosidad y conducta exploratoria lúdica, en su importancia para la mentalización y en que su pérdida podría ser un factor en la sintomatología de los participantes). Posteriormente se hablará de las siete emociones básicas, su función e importancia evolutiva. Se hablará también de la estrategia de evitación emocional y las consecuencias contraproducentes que generan, además de la capacidad de los seres humanos para reprimir las emociones

Funcionalidad de emociones: luego nos focalizaremos en la funcionalidad de las emociones para ello haremos un análisis funcional de conducta breve para las emociones relacionadas con la ansiedad o la tristeza. Se explicará los antecedentes la respuesta los consecuentes y los refuerzos o castigos más comunes en la sintomatología depresiva y ansiosa

ACTIVIDAD 7: se explicarán las hipótesis de mantenimiento más comunes en depresión y ansiedad y los participantes deberán levantar la mano si la presentan

“El terapeuta indicará: – *Vamos a explorar cómo algunas emociones y pensamientos asociados a la depresión y la ansiedad se mantienen porque cumplen una función específica, aunque a largo plazo puedan ser perjudiciales. Voy a mencionar algunas hipótesis de mantenimiento relacionadas con estas emociones, y si creen que se identifican con ellas, levanten la mano.*

El terapeuta explicará las hipótesis una por una, vinculándolas con la funcionalidad de la emoción y dejando un momento para que los participantes levanten la mano si se reconocen:

– *“La preocupación me hace sentir que tengo control sobre lo que puede salir mal, aunque me genera ansiedad constante.”*

– *“Sentirme triste me lleva a evitar situaciones, y esto me protege del riesgo de fracasar o ser rechazado.”*

– *“Pensar que no valgo hace que no espere demasiado de los demás, evitando la posibilidad de decepcionarme.”*

– *“La culpa me ayuda a reparar relaciones o a sentir que estoy haciendo algo para corregir mis errores.”*

El terapeuta observará las reacciones y anotará los patrones más comunes en el grupo.

El terapeuta cerrará: – Este ejercicio muestra cómo nuestras emociones pueden tener una función que refuerza ciertos pensamientos y comportamientos, incluso cuando nos hacen daño a largo plazo. Tomar conciencia de esto es el primer paso para modificarlo.”

Depresión y activación conductual: se explicarán las teorías conductuales de la depresión y la falta de repulsa de reforzador expositivos (emociones positivas) como explicación de la sintomatología

ACTIVIDAD 8: se les pedirá a los participantes que piensen en reforzadores positivos en su vida (probablemente habrá pocos). Posteriormente se les pedirá que diseñen una lista de actividades potencialmente reforzadoras adaptadas a ellos (posteriormente se utilizará en el bloque de terapia)

“El terapeuta indicará: – *Vamos a reflexionar sobre los reforzadores positivos en nuestra vida, es decir, actividades o experiencias que nos generan bienestar, satisfacción o disfrute. Tómense un momento para pensar en las cosas que actualmente cumplen esta función en su día a día.*

A continuación, los participantes compartirán sus ideas por turnos. Es probable que identifiquen pocos reforzadores positivos.

El terapeuta indicará: – *Ahora, vamos a diseñar una lista de actividades que podrían ser potencialmente reforzadoras para cada uno de ustedes. Piensen en cosas que disfruten, les*

interesen o que antes solían hacer y les generaban bienestar. Escríbanlas en una lista que será útil para trabajar más adelante.

Los participantes elaborarán sus listas individuales mientras el terapeuta circula, ofreciendo ejemplos si es necesario, como actividades al aire libre, hobbies, relaciones sociales o autorrefuerzo.

El terapeuta cerará: – *Estas listas serán una herramienta importante en el próximo bloque de terapia. Nos ayudarán a identificar cómo incluir más reforzadores positivos en sus rutinas para promover su bienestar emocional.*

Depresión, mala mentalización, y falta de HHSS: se explicará cómo la falta de mentalización y la falta de HHSS van de la mano y cómo son un factor de riesgo en depresión y ansiedad

TAREA PARA CASA: los participantes registrarán cuáles han sido las emociones más destacadas de la semana anterior. En caso de no poder, registrar si ha habido una activación difusa. Se intentará hacer un AFC sencillo al alcance de sus conocimientos. En la siguiente sesión, se intentará especular sobre la función que tiene esa emoción.

Cierre de la sesión:

Se reforzará la importancia de comprender las emociones y su funcionalidad en la regulación emocional. Se motivará a los participantes a reflexionar sobre cómo la mentalización y los reforzadores positivos pueden influir en su bienestar. Finalmente, se les animará a registrar sus emociones durante la semana para profundizar en su análisis funcional en la próxima sesión

Sesión 6: mentalización de las emociones

Objetivos:

- Explicar relación mentalización/emociones

Desarrollo:

Resumen de la sesión anterior y revisión de tarea: como siempre la sesión comenzará con un resumen de la sesión anterior y la revisión de la tarea. El terapeuta escuchará las emociones o estados difusos de cada participante. Pregunta al grupo qué función o refuerzos podría tener esa conducta e incita al debate. Finalmente se propondrá una hipótesis.

ACTIVIDAD 9: se propondrá un debate sobre cómo se identifican las emociones en los demás y en nosotros mismos.

“El terapeuta indicará: – Hoy debatiremos cómo identificamos las emociones, tanto en los demás como en nosotros mismos. Para empezar, reflexionemos: ¿cómo creen que detectamos lo que sienten otras personas? ¿Qué señales solemos observar?”

Los participantes compartirán ideas sobre expresiones faciales, lenguaje corporal, tono de voz, y el terapeuta guía con preguntas para profundizar.

El terapeuta pregunta: – *¿Y qué pasa con nosotros mismos? ¿Qué hacemos para reconocer nuestras propias emociones? ¿Es más fácil o más difícil que identificar las emociones en los demás?*

A medida que los participantes reflexionan, el terapeuta fomenta la discusión sobre las diferencias, dificultades y estrategias, como la introspección o la observación de reacciones físicas.

El terapeuta cerrará: – *Este debate nos ayuda a comprender la importancia de observar tanto las señales externas como nuestras sensaciones internas para identificar emociones con precisión. Esto será clave en nuestro proceso de mentalización y regulación emocional.”*

Mentalizar nuestras emociones: el terapeuta recogerá las respuestas y explicará las señales mediante las cuales podemos reconocer nuestras propias emociones, se hablará de la

activación fisiológica, de las sensaciones físicas en las distintas partes del cuerpo, de los antecedentes a esa emoción, de los pensamientos asociados, etc.

ACTIVIDAD 10: el terapeuta propondrá un ejercicio en el que cada uno cierra los ojos y se hace estas preguntas:

– *¿Qué sientes ahora mismo? ¿En qué zona del cuerpo lo sientes más? ¿Qué intensidad tiene? Intenta permanecer con ellos.*

El terapeuta comentará con los participantes las experiencias

- Explicación de los signos físicos de las principales emociones.
- Explicación de aceptarlos, observarlos desde fuera y entender que están ahí cumpliendo una función.

Las emociones de los demás: en este punto el terapeuta explicará cómo podemos reconocer las emociones en los demás teniendo en cuenta la emoción esperada para distintas situaciones, las expresiones faciales, el tono de voz, así como la posibilidad de que los demás intenten disimular estas emociones.

ACTIVIDAD 11: los participantes se pondrán por parejas, uno de ellos deberá fingir estar emocionalmente trastornado (ira/tristeza) y el otro tratará de adivinar cuáles son sus sentimientos, por que se siente así e intentar consolarla. Se debatirá cuál acción del otro ha sido más consoladora. Se debatirá cómo nos sentimos cuando otros nos hablan de nuestras propias emociones

“El terapeuta indicará: – *Vamos a trabajar en parejas. Uno de ustedes fingirá estar emocionalmente trastornado, mostrando emociones como ira o tristeza. La otra persona tratará de adivinar cuáles son sus sentimientos, por qué se siente así e intentará consolarlo. Luego debatiremos sobre las acciones más consoladoras y cómo nos sentimos cuando alguien nos habla de nuestras emociones.*

Los participantes se organizarán en parejas. El terapeuta dará unos minutos para realizar el ejercicio.

El terapeuta preguntará: – *¿Qué hizo la otra persona que les resultó más consolador? ¿Qué palabras, tono o acciones marcaron la diferencia?*

A continuación, el terapeuta guiará un debate grupal sobre las emociones que surgen al recibir empatía, como alivio, incomodidad o conexión.

El terapeuta cerrará: – *Reflexionemos sobre cómo nuestras palabras y actitudes pueden influir en las emociones de los demás. Reconocer y validar las emociones ajenas es una herramienta poderosa en nuestras relaciones y en nuestra propia gestión emocional.*”

Regulación emocional: se explicarán las emociones/sentimientos confusos comunes en la sintomatología depresiva y las formas que usualmente se utilizan para evitarlos. (los participantes levantarán la mano si detectan que utilizan un patrón de evitación expuesto por el terapeuta). Estos estados se llamarán “sentimientos no mentalizados”. Se le dará la importancia a los siguientes puntos:

- Clarificar el núcleo que hay detrás de esos sentimientos (que tipo de temores, que tipo de imágenes, que tipo de hechos)
- Se hablará de las desventajas de la evitación como estrategia y de como esta refuerza la ansiedad y la depresión (paradoja de la evitación)

Técnicas de regulación emocional: posteriormente el terapeuta explicará algunas técnicas destinadas a la regulación emocional como la relajación de Jacobson, meditación, defusión cognitiva o reestructuración cognitiva. Se explicará cada una de ellas

TAREA PARA CASA: intentar regular emociones no mentalizadas con las técnicas expuestas anteriormente. Se anotará si se consiguió disminuir la activación emocional

Cierre de la sesión:

Se reforzará la importancia de la mentalización en la identificación y regulación emocional, tanto en uno mismo como en los demás. Se motivará a los participantes a aplicar las técnicas de regulación aprendidas y a reflexionar sobre su efecto en la gestión de sus emociones. Finalmente, se les animará a registrar su experiencia con la tarea para profundizar en el proceso en la siguiente sesión

Sesión 7: el apego, sus tipos y su relación con la depresión/ansiedad**Objetivos:**

- Explicación de Teoría del Apego y sus distintos patrones.
- Identificar propio patrón

Desarrollo:

Resumen de la sesión anterior y revisión de tarea: como siempre la sesión comenzará con un resumen de la sesión anterior y la revisión de la tarea. El terapeuta escuchará los registros de participantes y reforzará los casos de éxito. Además de instar a las personas a seguir explorando estas y otras técnicas de regulación para descubrir las que mejor se adaptan a ellos e incorporarlas a su día a día.

Tema: Apego, depresión y ansiedad: posteriormente el terapeuta procederá a definir el concepto de apego que explicará la famosa teoría del apego se explicarán los patrones de apego más comunes como el apego seguro, el evitativo, el ansioso o el ambivalente. Se pondrá especial énfasis en la influencia de estas estrategias en la edad adulta y se explicará que un apego no seguro es un factor de riesgo para ansiedad y depresión, por el contrario, un apego seguro es un factor protector.

ACTIVIDAD 12: se expondrá una situación de un conflicto de pareja que indique un patrón de apego disfuncional. Los participantes tendrán que adivinar qué tipo de apego es y porque esa persona ha podido desarrollarlo.

“El terapeuta indicará: – *Vamos a analizar una situación de conflicto de pareja para identificar un posible patrón de apego disfuncional. Reflexionaremos sobre qué tipo de apego podría ser y qué factores podrían haber llevado a desarrollarlo.*

El terapeuta expondrá la situación: – *Ana y Luis discuten constantemente porque Ana busca la validación continua de Luis, preguntándole...*

Los participantes reflexionarán y compartirán sus hipótesis sobre el tipo de apego.

El terapeuta preguntará: – *¿Qué tipo de apego creen que podría tener Ana? ¿Y Luis? ¿Qué experiencias creen que podrían haber influido en ellos para desarrollar estos patrones?*

Los participantes discutirán las posibles respuestas, identificando patrones como apego ansioso o evitativo y relacionándolos con experiencias pasadas, como inseguridad emocional o falta de apoyo en la infancia.

El terapeuta cerrará: – *Este ejercicio nos ayuda a entender cómo los patrones de apego pueden influir en nuestras relaciones y emociones. Identificarlos es clave para trabajar en ellos y construir vínculos más saludables.”*

ACTIVIDAD 13: los participantes pensarán en sus relaciones más cercanas e intentarán detectar sus patrones de apego, teniendo en cuenta la relación con sus cuidadores en la infancia. Identificarán si es seguro, evitativo o ambivalente o una mezcla de distintas estrategias.

- Explicación de mezcla de estrategias
- Explicación de confianza epistémica y consecuencias de su déficit

TAREA PARA CASA: los participantes detectarán y registrarán reacciones emocionales en sus relaciones personales que puedan provenir de un apego no seguro.

Cierre de la sesión:

Se reforzará la importancia de identificar los patrones de apego y su impacto en la ansiedad y la depresión. Se motivará a los participantes a reflexionar sobre sus propias relaciones y a observar cómo sus reacciones emocionales pueden estar influenciadas por su historia de apego. Finalmente, se les animará a completar la tarea para profundizar en la autoconciencia y el trabajo personal en sesiones futuras

Sesión 8: apego y cultura mentalizadora

Objetivos:

- Explicación de cultura mentalizadora y relación con apego adaptativo

Desarrollo:

Resumen de la sesión anterior y revisión de tarea: como siempre la sesión comenzará con un resumen de la sesión anterior y la revisión de la tarea. Se compartirán las reacciones registradas (los que quieran) y se reforzará la conducta de compartir pero sobretodo la de detectar una reacción debida a una estrategia de apego disfuncional.

Cultura mentalizadora y apego seguro: el terapeuta comenzará definiendo el concepto de cultura mentalizadora como una cultura familiar en la que se dialoga sobre la gente y por qué se comportan de cierta manera, porque actúan de cierta manera. Se subrayará la importancia de este tipo de cultura familiar para gestionar los eventos importantes y conflictos.

El terapeuta explicará una cultura que una mentalizadora irá inevitablemente unida a un apego seguro.

ACTIVIDAD 14: Debate sobre cultura familiar:

“El terapeuta propondrá el siguiente debate: –*¿Qué caracteriza la cultura familiar de cada uno con respecto a la mentalización?*.”

El terapeuta explicará las consecuencias negativas de estos patrones familiares disfuncionales en cuanto a mentalización y en cuanto a sintomatología ansiosa y depresiva. (procurando no herir los sentimientos de ningún participante). Es posible que afloren sentimientos dolorosos, el terapeuta insistirá en que se abordarán posteriormente.”

Conflictos de apego: el terapeuta explicará los conflictos de apego más comunes como son la inhibición o la exageración y que provienen de cuando en la infancia se necesitaba inhibir emociones o exagerarlas para recibir el afecto de los cuidadores. También se pondrán ejemplos de estos conflictos de apego comunes y cómo se relacionan con la sintomatología. Además se dejará claro que este tipo de conflictos disminuyen la capacidad mentalizadora y reducen la capacidad de enfrentarse a conflictos de forma adaptativa.

ACTIVIDAD 15: los participantes escribirán sobre lo que nos resulta difícil hablar en sus relaciones cercanas y se hipotetizará en común la razón de esto:

“El terapeuta indicará: – *Van a escribir sobre los temas que les resulta difícil abordar en sus relaciones cercanas. Reflexionen sobre qué aspectos de estas conversaciones generan incomodidad o bloqueo.*”

Los participantes dedicarán unos minutos a escribir sus reflexiones.

El terapeuta continuará: – *Ahora compartiremos algunas de estas dificultades en grupo y juntos hipotetizaremos las posibles razones detrás de esta dificultad.*”

Los participantes compartirán sus experiencias por turnos, mientras el terapeuta guiará el debate y recogerá ideas sobre patrones comunes, como miedo al rechazo, evitar conflictos o vulnerabilidad.

El terapeuta concluirá: – *Reflexionar sobre estas dificultades nos permitirá entendernos mejor y trabajar hacia una comunicación más abierta y honesta en nuestras relaciones cercanas.*”

TAREA PARA CASA: Los participantes registrarán sobre algo que les haya sido difícil de hablar en sus relaciones cercanas. De ser posible se expondrán a ello.

Cierre de la sesión:

Se reforzará la importancia de la cultura mentalizadora en el desarrollo de un apego seguro y en la gestión emocional. Se motivará a los participantes a reflexionar sobre los conflictos de apego y las dificultades para abordar ciertos temas en sus relaciones cercanas. Finalmente, se les animará a completar la tarea para explorar nuevas formas de comunicación y fortalecer su capacidad de mentalización

Sesión 9: personalidad y mentalización

Objetivos:

- Explicación de la personalidad y relación con la mentalización

Desarrollo:

Resumen de la sesión anterior y revisión de tarea: como siempre la sesión comenzará con un resumen de la sesión anterior y la revisión de la tarea. Los participantes que quieran compartirán las situaciones en las que le haya sido difícil hablar de cierto tema y cómo lo gestionaron. Se reforzará la tentativa de solución.

Explicación de personalidad: posteriormente el terapeuta procederá con una definición de la personalidad. Se distinguirá el temperamento (la tendencia biológica innata con la que nacemos) y el carácter (el conjunto de rasgos que una persona desarrolla como resultado de la interacción entre su temperamento y su entorno: educación, experiencias, cultura, etc.). Ambas forman la personalidad.

Después se procederá a explicar los principales rasgos según el modelo de los Big Five, del que los participantes tendrán sus resultados a partir del cuestionario NEO-Pi-R. Se hablará de las fortalezas y debilidades de cada rasgo y como estos influyen en la sintomatología depresiva y ansiosa, sobre todo el neuroticismo. Además se hablará de la coherencia y consistencia de la personalidad, indicando que esta varía según el contexto y la situación y que la concepción que tenemos de nosotros mismos a menudo es limitante y nos encierran en determinados patrones de conducta.

Personalidad y sintomatología depresiva y ansiosa: en este apartado el terapeuta profundizará en los rasgos predisponentes a la sintomatología depresiva y ansiosa como el neuroticismo, el perfeccionismo o la introversión, así como en los rasgos protectores como la extraversión.

ACTIVIDAD 16: Debate sobre personalidad

“El terapeuta preguntará: – *¿La personalidad puede cambiar?*.”

Recogerá las respuestas de los individuos.

Concluirá su punto de vista, a saber: –“*Hay ciertas tendencias biológicas en nosotros (temperamento) pero la personalidad, como cualquier conducta o conducta encubierta, se rige por los principios del aprendizaje (C.C, C operante, etc) y por tanto puede ser moldeada (reforzando o extinguiendo patrones)*”

Personalidad y mentalización: se explicará la relación entre personalidad y mentalización recuperando conceptos vistos previamente. Concretamente se repasará los rasgos que predisponen a una mayor o menor mentalización

ACTIVIDAD 17: conociendo los resultados del NEOPR los participantes pensarán en patrones en los que sus rasgos de personalidad les hayan mermado la capacidad de mentalización y las consecuencias emocionales de ello. Después los compartirán y el terapeuta se encargará de asociar “dejarse llevar por personalidad sin un análisis racional” con “mala mentalización” y “emociones negativas”:

“El terapeuta indicará: – *Según los resultados del cuestionario NEO-PI-R, reflexionen sobre cómo ciertos rasgos han influido en su capacidad de mentalización. Piensen en patrones donde dejarse llevar por estos rasgos pudo haber limitado su análisis racional y generado consecuencias emocionales negativas.*

Los participantes dedicarán unos minutos a identificar patrones y escribir sus reflexiones.

El terapeuta continuará: – *Compartiremos algunos ejemplos de estos patrones. Al hacerlo, reflexionaremos sobre las emociones negativas que surgieron y cómo estas situaciones podrían haberse manejado de manera diferente.*

Los participantes compartirán sus experiencias mientras el terapeuta guía la reflexión.

El terapeuta asociará: – *Este ejercicio nos muestra cómo dejarnos llevar por ciertos rasgos de personalidad sin un análisis racional puede llevarnos a una mala mentalización, lo que a su vez alimenta emociones negativas. Identificar estos patrones es un paso clave para evitar este ciclo.”*

ACTIVIDAD 18: el terapeuta propondrá que los participantes piensen en ejemplos de personas de su círculo que tenían ciertos rasgos de personalidad y por algún motivo (tener hijos, eventos traumáticos, terapia, creencias religiosas, etc) esos rasgos fueran modificados.

“El terapeuta propondrá: – *Vamos a reflexionar sobre personas de su círculo cercano que tenían ciertos rasgos de personalidad marcados, pero que, debido a circunstancias de la vida, como tener hijos, vivir eventos traumáticos, recibir terapia o adoptar creencias religiosas, esos rasgos se modificaron.*

Los participantes dedicarán unos minutos a pensar en ejemplos específicos y, si lo desean, podrán anotarlos para estructurar sus ideas.

El terapeuta continuará: – *Ahora compartiremos algunos de estos ejemplos. Reflexionemos sobre qué tipo de cambios ocurrieron, qué los motivó y cómo esas modificaciones afectaron a la persona en su vida diaria.*

Los participantes compartirán sus reflexiones por turnos, mientras el terapeuta guiará el debate hacia la conexión entre experiencias significativas y cambios en los rasgos de personalidad.

El terapeuta concluirá: – *Este ejercicio nos muestra que, aunque los rasgos de personalidad sean estables, pueden transformarse bajo ciertas circunstancias, mostrando la capacidad de adaptación y crecimiento de las personas.”*

TAREA PARA CASA: los participantes, en base a los patrones de su personalidad aportados, durante la semana actuarán de forma contraria y con actitud mentalizadora ante una situación que anteriormente hubiera disparado su forma de actuar no mentalizadora.

Cierre de la sesión:

Se reforzará la idea de que la personalidad, aunque estable, puede moldearse a través del aprendizaje y la mentalización. Se motivará a los participantes a reflexionar sobre cómo sus

rasgos influyen en su capacidad de mentalizar y regular emociones. Finalmente, se les animará a aplicar un enfoque mentalizador en situaciones cotidianas y registrar su experiencia para la próxima sesión

Sesión 10: TBM. Comienzo de tratamiento

Objetivos:

- Introducción al tratamiento TBM

Desarrollo:

En esta sesión comenzará el tratamiento en sí, habiéndolo ya los participantes preparado y comprendido los aspectos necesarios. En realidad, el tratamiento habrá empezado anteriormente con todas las tareas para casa, y a partir de ahora se pondrán en práctica y se registrarán todas las conductas cercanas a la correcta mentalización.

Resumen de toda la fase psicoeducación/preparación: la sesión comenzará con un resumen de toda la fase psicoeducativa y preparatoria. Se recordarán los siguientes aspectos:

- Que es la mentalización (dimensiones, tipos, etc)
- Qué son las emociones y sus tipos
- Que es la sintomatología depresiva y ansiosa y cómo funciona (mantenimiento)
- Consecuencias de una buena y una mala mentalización
- Que es el apego (tipos, funcionamiento)
- Problemas de apego
- Personalidad (rasgos, modificabilidad)
- Relación general de todos los conceptos (mentalización, emociones, apego, personalidad y sintomatología)

Revisión de tarea: los participantes que quieran compartirán su actitud mentalizadora en lugar de su actuación no mentalizadora y será reforzado por el terapeuta.

Tratamiento basado en mentalización: se explicará a los participantes el objetivo del tratamiento basado en mentalización, a saber: mejorar la capacidad de mentalización en las relaciones cercanas y en el propio mundo psicológico del sujeto. Posteriormente se explicarán los efectos y beneficios de esta mentalización en el bienestar, son los siguientes:

- Expresión emocional con personas
- Aumento de la consciencia de uno mismo
- Mejora de la relación con propios pensamientos y sentimientos
- Mejora en las relaciones (práctica con participantes y terapeutas)
- Mejora del apego y confianza en los demás
- Plan de actuación ante antiguos patrones

Estructura del tratamiento: el terapeuta explicará la estructura del plan de intervención para cada participante. Cada uno, mediante las explicaciones del terapeuta y estando éste para resolver dudas, realizará una formulación clínica del caso, se pautan unos objetivos principales e instrumentales, se pautarán técnicas para cada objetivo instrumental, un acuerdo sobre roles y responsabilidades, un contrato de refuerzos (a conductas clínicamente significativas) y extinciones (a conductas contraproducentes):

- Formulación clínica del caso basada en mentalización
 - Definición del problema
 - Variables personales e históricas
 - Variables ambientales
 - Antecedentes
 - Hipótesis Inicial

- Conducta problema (en términos de mentalización)
 - Consecuentes
 - Reforzadores de conducta problema
 - Hipótesis de mantenimiento
- Acuerdo sobre objetivos principales
 - Definición de objetivos instrumentales (principalmente con ayuda del terapeuta)
 - Pauta de técnicas para objetivos instrumentales (en cada participante pueden variar, aunque debido a la sintomatología común podrán ser abordados prácticamente de forma general)
 - Acuerdo sobre roles y responsabilidades
 - Contrato de refuerzos (a conductas clínicamente significativas) y extinciones (a conductas contraproducentes)
 - Reevaluación
 - Fase de seguimiento

ACTIVIDAD 19: el terapeuta explicará al grupo todos estos conceptos. Se les aclararán las dudas sobre la formulación clínica de caso y todos sus componentes para que los vayan completando en un documento preparado para ello. El terapeuta resolverá dudas y supervisará que el FCC sea lo más preciso posible.

TAREA SEMANAL 1: libreta de conductas clínicamente significativas y conductas contraproducentes y sistema de puntos: el terapeuta repartirá una libreta en la que los participantes escribirán las conductas terapéuticas de mentalización y avance en la terapia que logren hacer en su día a día. También las conductas no mentalizadoras o contraproducentes. En cada sesión posterior, los participantes tendrán que contar sus avances o retrocesos y el terapeuta los premiará con un sistema de puntos.

TBM como “campo de entrenamiento” para la mentalización: el terapeuta realizará un resumen de lo que implica la terapia basada en mentalización para motivar y crear adherencia al tratamiento, lo definirá como un campo de entrenamiento de mentalización. Se les dirá que una correcta mentalización requiere lo siguiente:

- Hablar y compartir con regularidad los eventos de su vida, sobre todo los acontecimientos que se han traducido en una mentalización deficiente (sentimientos intensos o confusos, acciones impulsivas, pobre resolución de conflictos, etcétera). También discutir las circunstancias en las que se haya visto sometido a una elevada activación emocional.
- Comprender esos eventos a través de una actitud mentalizadora, exploratoria, curiosa, abierta a otras interpretaciones, etcétera.
- Llevar a cabo esto en grupo, ayudando en los problemas de los demás y recibiendo ayuda en sus propios problemas, averiguando todo juntos los sucesos que ocurren en el grupo.
- Vincularse más al grupo, sus miembros y los terapeutas.

ACTIVIDAD 20: los participantes deberán abordar si podrían tener problemas con hablar de los propios problemas en el programa, abrirse emocionalmente a los compañeros o tener una actitud mentalizadora

“El terapeuta propondrá: – *Reflexionemos sobre posibles dificultades que podrían surgir al hablar de sus propios problemas durante este programa. Piensen también si les resulta complicado abrirse emocionalmente con sus compañeros o mantener una actitud mentalizadora hacia ellos y hacia ustedes mismos.*

Los participantes dedicarán unos minutos a reflexionar y, si lo desean, anotar sus pensamientos.

El terapeuta continuará: – *Ahora compartiremos algunas de estas reflexiones. Hablemos sobre qué les genera estas dificultades, cómo se sienten al respecto y qué podría ayudarles a superar estas barreras.*

Los participantes compartirán sus pensamientos por turnos, mientras el terapeuta guía el debate, destacando patrones comunes y fomentando la autorreflexión grupal.

El terapeuta concluirá: – *Identificar estas dificultades es el primer paso para trabajar en ellas. Reconocer nuestras barreras emocionales nos permite construir un entorno más seguro y mentalizador, tanto para nosotros mismos como para los demás.”*

TAREA PARA CASA: en base a los problemas descritos, cada participante apuntará los motivos por los que pueden surgir estas dificultades para debatirlos en la siguiente sesión.

Cierre de la sesión:

Se reforzará la importancia del TBM como un espacio de entrenamiento para la mentalización, destacando el papel de la reflexión y la interacción grupal en el proceso terapéutico. Se motivará a los participantes a comprometerse con el registro de conductas mentalizadoras y no mentalizadoras, así como a identificar sus propias dificultades para abrirse emocionalmente en el programa. Finalmente, se les animará a reflexionar sobre las barreras personales que podrían afectar su participación y a prepararse para discutir las en la próxima sesión.

Sesión 11: práctica apego adaptativo con participantes/terapeuta

Objetivos:

- Planificación de conductas de apego adaptativo y buena mentalización

Desarrollo:

Resumen de sesión anterior: como siempre se comenzará la sesión haciendo un resumen del anterior.

TAREA SEMANAL 1: conductas clínicamente relevantes y conductas contraproducentes: A partir de la sesión anterior, todas las semanas cada participante deberá exponer en grupo las conductas clínicamente relevantes (conductas positivas para el objetivo) y las contraproducentes. Las primeras serán reforzadas verbalmente por el terapeuta y el grupo y las segundas extinguidas. Esto se repetirá en cada sesión.

ACTIVIDAD 21: los participantes discutirán los obstáculos que pueden surgir en la relación terapéutica con los otros participantes y con el terapeuta. El terapeuta expondrá los motivos más comunes:

- Creencia de que las relaciones son algo doloroso y absurdo pues sabemos que no tardaremos en separarnos de la otra persona
- Están condenadas al fracaso
- La gente siempre te traiciona o decepciona
- El apego implica preocuparse por otra persona
- No podemos confiar en la gente.

Resolver obstáculos de apego con participantes y terapeuta: entrenamiento en Solución de Problemas: el terapeuta enseñará las fases del ESP (orientación al problema, generación de alternativas, toma de decisiones, puesta en práctica, evaluación) para resolver estos obstáculos. El terapeuta guiará el proceso, y se explicará que este modelo se usará más adelante para problemas durante el tratamiento.

- Orientación al problema: las creencias sobre el problema (posibilidad de modificación, dificultad, etc). Aquí se practicará la reestructuración cognitiva para que los participantes tengan una correcta orientación al problema

- Generación de alternativas: lluvia de ideas sobre posibles soluciones. Finalmente el terapeuta propondrá: exposición gradual a conductas de apego seguro y experimentos conductuales para contrarrestar las distorsiones cognitivas respecto al tema y reforzar los contrapensamientos realistas.
- Toma de decisiones: se valorarán la factibilidad de las soluciones propuestas.
- Puesta en práctica: se hará durante la terapia.

TAREA SEMANAL 2: exposición gradual de conductas de apego seguro y experimentos conductuales: los participantes, guiados por el terapeuta diseñarán una lista de 5 niveles de ansiedad subjetiva para la Exposición Gradual a conductas de apego seguro, como se indica en la *Figura 2* y varios experimentos conductuales para las distorsiones cognitivas detectadas como observamos en la *Figura 3*.

“El terapeuta propondrá: – *Vamos a trabajar en dos tareas importantes que repetiremos todas las semanas. La primera será diseñar una lista con cinco niveles de ansiedad subjetiva para practicar conductas de apego seguro de manera gradual. La segunda será desarrollar experimentos conductuales para comprobar las distorsiones cognitivas que hemos identificado.*

El terapeuta guiará a los participantes en el diseño de los niveles de ansiedad subjetiva.

Los participantes elaborarán sus listas, personalizándolas según sus situaciones.

El terapeuta continuará: – *Para los experimentos conductuales, escojan una creencia que hayan identificado como una distorsión. Diseñen una acción para comprobarla. Por ejemplo: si creen que “las personas me rechazan si muestro emociones,” pueden intentar compartir algo pequeño con un amigo y observar su reacción.*

Los participantes desarrollarán varios experimentos basados en sus creencias y compartirán sus ideas con el grupo.

El terapeuta concluirá: – *Estas tareas nos ayudarán a enfrentar gradualmente nuestras ansiedades y a desafiar creencias que nos limitan. Reflexionaremos sobre los resultados en la próxima sesión.*

Ejemplo:

Exposición Gradual a conductas de apego:

Figura 2:

Ejemplo de exposición gradual a conductas de apego seguro.

Niveles de Comunicación
Nivel 1: se reconocerá la presencia del otro y se expresará respeto, practicando la escucha activa sin interrupciones.
Nivel 2: se compartirán pensamientos generales o experiencias neutras, sin profundizar en aspectos personales sensibles.
Nivel 3: se reconocerán emociones propias relacionadas con experiencias concretas, mostrando vulnerabilidad moderada.
Nivel 4: se compartirán experiencias personales más sensibles, con énfasis en cómo impactaron emocionalmente.
Nivel 5: se explorarán relaciones significativas pasadas o actuales, reflexionando sobre necesidades emocionales y aprendizajes.

Experimento conductual:

Figura 3:

Creencias y experimentos conductuales

Creencias	Experimento Grupal
<i>"Las relaciones son algo doloroso y absurdo porque sabemos que no tardaremos en separarnos."</i>	Se pedirá a los participantes que compartan un recuerdo positivo de una relación pasada (amistad, familiar o pareja) y reflexionen sobre los beneficios, independientemente de cómo terminó.

<i>"Todas las relaciones están condenadas al fracaso."</i>	Se identificarán ejemplos de relaciones dentro del grupo que están funcionando bien, así como interacciones positivas o apoyo recibido durante las sesiones.
<i>"La gente siempre te traiciona o decepciona."</i>	Se realizará un ejercicio de compartir algo personal y registrar las respuestas del grupo, buscando actitudes de comprensión y apoyo en lugar de traición.
<i>"El apego implica preocuparse por otra persona."</i>	Se explorará cómo el apego en el grupo genera apoyo y bienestar al realizar una dinámica donde cada participante ofrece una palabra de aliento o aprecio hacia otro.
<i>"No podemos confiar en la gente."</i>	Se realizará una actividad donde cada participante compartirá algo pequeño (una tarea o un compromiso) con otro miembro del grupo, evaluando si se cumplen las expectativas de confianza mutua.

Estas técnicas se irán implementando en las siguientes sesiones. Además cada paciente también podrá implementar la exposición y los experimentos en su vida cotidiana, apuntándolos en la libreta.

Cierre de la sesión:

Se reforzará la importancia de la exposición gradual a conductas de apego seguro y de los experimentos conductuales como herramientas clave para modificar creencias disfuncionales. Se motivará a los participantes a comprometerse con las tareas semanales y a observar cómo sus interacciones y emociones evolucionan con la práctica. Finalmente, se les animará a registrar sus experiencias para analizarlas en la próxima sesión y ajustar el proceso según sus necesidades

Sesión 12: TBM focalizada en sintomatología depresiva

Objetivos:

- Entender y gestionar la sintomatología depresiva

Desarrollo:

- Siempre se comenzará la sesión con un repaso de la sesión anterior.

TAREAS SEMANALES 1 Y 2: (libreta de conductas, exposición a conductas de apego y experimentos conductuales): Como en cada sesión desde hace dos, cada participante expondrá las conductas significativas y las contraproducentes de su libreta, así como la exposición a conductas de apego y los experimentos conductuales. Además el terapeuta invitará a los participantes a realizar entre ellos las exposiciones del nivel uno y dos y a los experimentos conductuales grupales que den tiempo durante la sesión.

Repaso y profundización de explicación de tristeza y sintomatología depresiva: el terapeuta hará un repaso sobre los conceptos vistos en la fase de psicoeducación acerca de la funcionalidad de la tristeza, las diferencias individuales en cuanto a intensidad y duración, la diferencia entre tristeza adaptativa y tristeza patológica. Además se explicará la diferencia entre duelo y depresión, y se epasarán algunas de las causas de la depresión.

ACTIVIDAD 22: los participantes compartirán lo que desencadenó en ellos una respuesta depresiva, y posteriormente con los conocimientos explicados y ayuda del terapeuta, harán un AFC sobre la sintomatología depresiva, así como una hipótesis inicial y otra de mantenimiento. Posteriormente debatirán acerca de cómo podría haberse mentalizado esa sintomatología.

“El terapeuta propondrá: – *Hoy reflexionaremos sobre situaciones que han desencadenado una respuesta depresiva en ustedes. Compartiremos esas experiencias para comprenderlas mejor. Luego realizaremos un análisis funcional de la conducta (AFC) para identificar la relación entre los desencadenantes, la sintomatología depresiva y las respuestas asociadas.*

Los participantes compartirán brevemente sus experiencias personales, mientras el terapeuta las recoge y organiza en términos funcionales.

El terapeuta guiará: – *Con base en lo que hemos compartido, vamos a trabajar en dos hipótesis: una inicial, que explique cómo comenzó la sintomatología, y una de mantenimiento, que refleje los factores que la perpetúan.*

El terapeuta explicará cómo estructurar el AFC, identificando antecedentes, conductas y consecuencias. Los participantes completarán el análisis con ayuda del terapeuta.

El terapeuta propondrá: – *Ahora debatamos cómo podría haberse mentalizado esa sintomatología. Piensen en qué interpretaciones o errores de mentalización pudieron influir en el mantenimiento de estos síntomas.*

Los participantes debatirán acerca de los posibles errores de mentalización y reflexionarán sobre formas alternativas de comprender y manejar la sintomatología depresiva.

El terapeuta concluirá: – *Este ejercicio nos ayuda a identificar patrones y factores que influyen en nuestras respuestas depresivas. Comprender estos procesos nos permite trabajar hacia cambios significativos en nuestra mentalización y bienestar.”*

Explicación de curso y tratamiento de la depresión: En este punto se explicará cómo suele ser el curso de la depresión y se recordarán algunas técnicas para tratar la sintomatología. Para ello se repasarán las distorsiones cognitivas y la reestructuración cognitiva.

TAREA SEMANAL 3: reestructuración cognitiva: a partir de ahora se añadirá una reestructuración cognitiva de las distorsiones ansiógeno de la semana a las tareas semanales que se repetirán en cada sesión, siguiendo la estructura de la *Figura 4*. Los participantes harán una reestructuración cognitiva de prueba.

“El terapeuta propondrá: – *A partir de ahora, trabajaremos semanalmente en la reestructuración cognitiva de las distorsiones ansiógenas que identifiquemos. Para comenzar, hoy haremos una reestructuración cognitiva de prueba. Esto nos ayudará a familiarizarnos con el proceso.*

El terapeuta explicará los pasos básicos:

1. Identificar el pensamiento ansiógeno: piensen en un pensamiento que hayan tenido esta semana que les generó ansiedad.
2. Evaluar la evidencia: reflexionen sobre qué pruebas tienen a favor y en contra de ese pensamiento.
3. Crear un pensamiento alternativo: diseñen un pensamiento más equilibrado y racional que puedan usar en situaciones futuras.

Los participantes realizarán este ejercicio con un ejemplo personal, mientras el terapeuta les guía paso a paso y responde dudas.

El terapeuta indicará: – *A partir de esta semana, incluirán esta práctica en sus tareas semanales. Identificarán al menos una distorsión ansiógena y completarán una reestructuración cognitiva siguiendo este mismo formato.*

El terapeuta concluirá: – *Este ejercicio será una herramienta clave para enfrentar pensamientos que alimentan su ansiedad, ayudándoles a tener una perspectiva más equilibrada y reducir su malestar emocional.”*

Figura 4:
Reestructuración cognitiva

Pensamiento	Distorsiones	Contrapensamiento Realista	Evidencias Realistas
--------------------	---------------------	-----------------------------------	-----------------------------

TAREA SEMANAL 4: activación conductual: se recordarán las teorías conductuales de la depresión (falta de reforzadores). Cada participante diseñará con ayuda del terapeuta una lista de actividades reforzadoras adaptadas a su vida y se pautarán temporalmente, cada semana se añadirán pequeños reforzadores positivos. Estas se añadirán a la libreta de de conductas clínicamente significativas y cada participante tendrá que exponer en alto el reforzador semanal y decir cómo se ha sentido.

“El terapeuta recordará: – Hoy vamos a trabajar en la activación conductual como estrategia para combatir la depresión. Recordemos las teorías conductuales, que señalan cómo la falta de reforzadores positivos en nuestra vida puede contribuir a los síntomas depresivos.

El terapeuta propondrá: – Vamos a utilizar la lista de actividades reforzantes que diseñamos en las primeras sesiones. Estas actividades se pautarán temporalmente para que, cada semana, puedan incorporar pequeños reforzadores positivos.

Los participantes, con la guía del terapeuta, elaborarán sus listas de actividades reforzadoras, asegurándose de que sean realistas y alcanzables.

El terapeuta indicará: – Estas actividades se añadirán a su libreta de conductas clínicamente significativas. Además, cada semana tendrán la tarea de exponer en alto el reforzador que hayan añadido y explicar cómo se han sentido al realizarlo.

El terapeuta concluirá: – Este ejercicio será clave para incrementar el bienestar emocional mediante la incorporación gradual de reforzadores positivos, ayudándoles a romper el ciclo de inactividad y desmotivación.”

Cierre de la sesión:

Se reforzará la importancia de comprender la sintomatología depresiva desde una perspectiva mentalizadora y funcional, destacando el papel de la activación conductual y la reestructuración cognitiva en su manejo. Se motivará a los participantes a aplicar estas

estrategias en su vida cotidiana y registrar sus avances en la libreta de conductas clínicamente significativas. Finalmente, se les animará a reflexionar sobre sus experiencias y prepararse para discutir las en la próxima sesión

Sesión 13: TBM focalizado en sintomatología ansiosa

Objetivos:

- Repaso de sintomatología ansiosa, mantenimiento de la ansiedad y gestión

Desarrollo: Como siempre comenzaremos la sesión con un repaso de la anterior

TAREAS SEMANALES 1, 2, 3 y 4: se expondrán las conductas de la libreta, la exposición y el experimento conductual, la reestructuración cognitiva semanal, y la activación conductual semanal.

Repaso teoría de ansiedad: se repasará la teoría vista con anterioridad acerca de la ansiedad: su funcionalidad evolutiva, la respuesta de lucha o huida, las diferencias individuales y la influencia de la personalidad.

ACTIVIDAD 23: los participantes debatirán sobre situaciones que le usualmente le generan ansiedad. También harán un AFC sobre ello. El terapeuta ayudará a clarificar a los que no sepan muy bien de donde proviene su ansiedad. Posteriormente este reflejará las secuencias conductuales más comunes y los hipótesis de mantenimiento.

“El terapeuta propondrá: – *Vamos a debatir sobre situaciones que usualmente les generan ansiedad. Piensen en momentos específicos en los que hayan sentido ansiedad y qué creen que la provocó.*

Los participantes compartirán sus experiencias, mientras el terapeuta escucha y guía el debate, ayudando a clarificar las situaciones de aquellos que no tengan claro el origen de su ansiedad.

El terapeuta indicará: – *Ahora realizaremos un análisis funcional de la conducta (AFC) sobre estas situaciones. Identifiquemos los antecedentes, las conductas y las consecuencias relacionadas con esas experiencias ansiógenas.*

Con ayuda del terapeuta, los participantes completarán su AFC, reflexionando sobre los factores que desencadenan y mantienen la ansiedad.

El terapeuta concluirá: – *A partir de las situaciones compartidas, reflejaré las secuencias conductuales más comunes y algunas hipótesis de mantenimiento que hemos identificado. Esto nos ayudará a entender mejor cómo se perpetúa la ansiedad y a diseñar estrategias para interrumpir estos patrones.”*

Explicación (repass) de reforzadores y mantenimiento de la ansiedad: se revisarán algunos conceptos acerca del mantenimiento de la ansiedad:

- La evitación refuerza la ansiedad (por sensación de control)
- Los pensamientos ansiógenos refuerzan y confirman las reacciones de ansiedad
- Los pensamientos también son antecedentes de la ansiedad

TAREA SEMANAL 5: *exposición gradual semanal a situaciones ansiógenas:* los participantes con ayuda del terapeuta, identificarán las situaciones o estímulos ante las que se produce la respuesta de ansiedad y detectarán sus formas de evitarlas. Posteriormente, se pautará una exposición gradual semanal por niveles a esas situaciones siguiendo el modelo de la *Figura 5*. Esta exposición también se añade a la libreta de conductas clínicamente significativas.

“El terapeuta propondrá: – *Esta semana trabajaremos en la exposición gradual a las situaciones o estímulos que generan ansiedad. Identificaremos qué situaciones específicas producen una respuesta de ansiedad y qué estrategias suelen utilizar para evitarlas.*

Con la ayuda del terapeuta, los participantes identificarán sus situaciones ansiógenas y las formas en que las evitan, como procrastinación, distracciones o evitar el contacto social.

El terapeuta continuará: – *Una vez identificadas, diseñaremos una exposición gradual a esas situaciones. Clasificaremos las situaciones en niveles según la intensidad de la ansiedad que generan, comenzando con las menos ansiógenas.*

Los participantes elaborarán sus planes de exposición gradual semanal, con actividades específicas para cada nivel.

El terapeuta indicará: – *Añadiremos estas exposiciones graduales a la libreta de conductas clínicamente significativas. Cada semana, realizarán las tareas pautadas y reflexionaremos en grupo sobre los avances y las sensaciones experimentadas.*

El terapeuta concluirá: – *Este ejercicio será clave para reducir la respuesta de ansiedad y aumentar su tolerancia a situaciones que antes resultaban difíciles, fortaleciendo su confianza en el manejo emocional.”*

Figura 5:
*Exposición semanal a situaciones
ansiógenas*

Nivel	Situación 1	Situación 2	Situación 3
Nivel 1			
Nivel 2			
Nivel 3			
Nivel 4			

Nivel 5

Reestructuración cognitiva: al igual que en la sesión anterior se hizo reestructuración con los pensamientos depresivos, ahora se harán con los ansiógenos.

Cierre de la sesión:

Se reforzará la comprensión de la ansiedad y sus mecanismos de mantenimiento, destacando la importancia de la exposición gradual y la reestructuración cognitiva para reducir su impacto. Se motivará a los participantes a comprometerse con la tarea de exposición semanal y a reflexionar sobre sus experiencias en la siguiente sesión. Finalmente, se les animará a registrar sus avances en la libreta de conductas clínicamente significativas para evaluar su progreso

Sesiones 14-19: consolidación y automatización de la TBM

Objetivos:

- Consolidar y automatizar lo aprendido

Desarrollo:

En las siguientes sesiones los participantes únicamente realizarán y expondrán la tarea semanal siendo reforzados por terapeutas y participantes. El esquema de las siguientes sesiones será este.

TAREAS SEMANALES:

- *Exposición de conductas clínicamente relevantes y conductas contraproducentes de la libreta:* como en las anteriores sesiones los participantes expondrá en el grupo las conductas significativas y las contraproducentes

- *Exposición gradual de conductas de apego seguro y experimentos conductuales:* como en las anteriores sesiones cada participante hablará de la exposición gradual a conductas de apego seguro y los experimentos conductuales realizados. Además de hacer ambos durante la sesión, en cada sesión subiendo de nivel.
- *Reestructuración cognitiva semanal:* los pacientes serán guiados por el terapeuta en su reestructuraciones cognitivas semanales
- *Actividades reforzadoras (activación conductual):* cada persona comentará con el grupo la actividad reforzadora que ha ido añadiendo cada semana.

Estas tareas se repetirán hasta la última sesión.

Seguimiento: además en estas sesiones se hará un seguimiento en el que se responderán dudas.

Debates: los participantes y el terapeuta debatirán/resolverán dudas sobre situaciones personales de los participantes.

A pesar de seguir el mismo esquema, cada sesión tendrá su foco en un aspecto u otro:

- Sesión 14: en esta sesión el terapeuta utilizará un estilo más directivo, con el fin de garantizar el entendimiento de la dinámica de este bloque de sesiones de consolidación y automatización. Este, además, realizará más correcciones en las actividades con vistas a perfeccionar su cumplimiento de cara a las siguientes sesiones. En esta sesión las tareas de exposición serán de una dificultad relativamente baja, que se irá incrementando durante las sesiones posteriores. En cuanto a las reestructuraciones cognitivas las cogniciones a analizar serán de un nivel de intimidad superficial. Los debates serán estructurados y guiados por el terapeuta

- Sesión 15: durante esta sesión el terapeuta seguirá tanto dirigiendo como corrigiendo las actividades semanales, aunque no en el mismo grado que en la sesión anterior. Los participantes deberán irse familiarizando con el funcionamiento de las sesiones de consolidación y automatización. Las tareas de exposición de esta semana serán de una dificultad algo mayor que la anterior, y las reestructuraciones cognitivas también serán de un grado de intimidad algo superior a las de la sesión anterior. En esta sesión los debates propuestos seguirán siendo guiados por el terapeuta pero con mayor intervención de los participantes
- Sesión 16: durante la decimosexta sesión las tareas semanales subirán de nivel de dificultad y además el terapeuta será menos directivo, comenzando los pacientes a llevar el control de la sesión. También ellos se encargarán de llevar a cabo los refuerzos sociales a las conductas de expresión y las conductas clínicamente relevantes de los demás. En los debates el terapeuta se limitará a resolver dudas y a participar como uno más en los argumentos propuestos, dejando el control en manos de los participantes.
- Sesión 17: en esta sesión el grado de autonomía de los participantes a la hora de desarrollar las actividades será casi absoluto, organizando los turnos de palabras, el cambio de actividad o la moderación del debate. La dificultad de la tarea será de grado medio-alto y tendrán muy en cuenta la necesidad de reforzarse los unos a los otros. Los temas propuestos en el debate serán de su elección y el terapeuta simplemente se presentará como un experto para resolver las dudas finales o los asuntos que queden inconclusos.
- Sesión 18: esta sesión será llevada a cabo totalmente por los participantes y la dificultad de las tareas semanales será alta, por lo que el terapeuta adoptará un rol de acompañamiento y resolución de dudas complejas, e intervendrá sólo cuando sea

necesario. Debido a la mayor exigencia en las tareas de exposición y reestructuración cognitiva será esperable una activación emocional significativa, por lo que el terapeuta actuará como un moderador y un apoyo.

- Sesión 19: esta será la última sesión de automatización y consolidación por lo que la intervención del terapeuta será la mínima necesaria y al igual que en la sesión 18, será un moderador y un apoyo. En esta sesión se esperará determinación y conocimiento de los procesos psicológicos que intervienen en las tareas, además de un correcto reforzamiento y consuelo a sus compañeros.

Sesión 20: despedida

Objetivos:

- Evaluación final
- Resumen
- Plan de mantenimiento
- Despedida

Desarrollo:

Esta sesión comenzará con un resumen de todo lo aprendido y las habilidades entrenadas hasta ahora.

Evaluación final: se volverán a pasar los instrumentos de la evaluación inicial ahora con el objetivo de medir objetivamente los resultados. Se dirá a los participantes que la semana siguiente tendrán que venir a recogerlos.

Reflexión grupal: el terapeuta invitará a los participantes a debatir que sienten al finalizar el programa, qué beneficios les ha aportado, qué cambios han notado en su sintomatología depresiva y ansiosa y si han mejorado sus relaciones interpersonales.

Plan de mantenimiento: el terapeuta debatirá con los participantes cuáles de las tareas y habilidades aprendidas se podría mantener en el tiempo y cómo hacerlo. Además se realizará un plan de recaídas.

Evaluación post tratamiento: El terapeuta informará a los participantes que deberán volver en tres meses para realizar otra vez una evaluación. Se les explicará que su objetivo es observar si los cambios han perdurado en el tiempo.

Cierre de la sesión:

Se reforzará la importancia de los logros alcanzados durante el tratamiento y la consolidación de las habilidades aprendidas. Se motivará a los participantes a continuar aplicando las estrategias trabajadas en su vida cotidiana y a seguir su plan de mantenimiento. Finalmente, se destacará el valor del proceso terapéutico y se cerrará el grupo con una despedida reflexiva y emocional, reconociendo el esfuerzo y el crecimiento de cada participante.

Temporalización de las Sesiones

La duración del programa será de 20 semanas, una sesión por semana, cada jueves. El programa comenzará el jueves 5 de septiembre de 2024 y finalizará el jueves 16 de enero de 2025. En la *Figura 6* aparecen el número y la fecha de cada sesión.

Figura 6:
Temporalización de sesiones

Sesión	Fecha
Sesión 1: Evaluación I	jueves 05 de septiembre, 2024
Sesión 2: Evaluación II	jueves 12 de septiembre, 2024
Sesión 3: Introducción a mentalización	jueves 19 de septiembre, 2024
Sesión 4: Problemas derivados de la mentalización.	jueves 26 de septiembre, 2024
Sesión 5: Las emociones y sus tipos	jueves 03 de octubre, 2024
Sesión 6: Mentalización de las emociones	jueves 10 de octubre, 2024
Sesión 7: El Apego, sus tipos y su relación con depresión/ansiedad	jueves 17 de octubre, 2024
Sesión 8: Apego y Cultura Mentalizadora	jueves 24 de octubre, 2024
Sesión 9: Personalidad y Mentalización	jueves 31 de octubre, 2024
Sesión 10: TBM. Comienzo de Tratamiento	jueves 07 de noviembre, 2024
Sesión 11: Apego con Participantes/Terapeuta	jueves 14 de noviembre, 2024
Sesión 12: TBM Focalizada en Sintomatología Depresiva	jueves 21 de noviembre, 2024
Sesión 13:	jueves 28 de noviembre, 2024

TBM Focalizada en
Sintomatología Ansiosa

Sesión 14: jueves 05 de diciembre, 2024
Consolidación y Automatización

Sesión 16: jueves 19 de diciembre, 2024
Consolidación y Automatización

Sesión 17: jueves 26 de diciembre, 2024
Consolidación y Automatización

Sesión 18: jueves 02 de enero, 2025
Consolidación y Automatización

Sesión 19: jueves 09 de enero, 2025
Consolidación y Automatización

Sesión 20: jueves 16 de enero, 2025
Despedida

Conclusiones

Se espera que la intervención TBM obtenga los siguientes resultados en pacientes con sintomatología depresiva y/o ansiosa: en primer lugar, un aumento de la capacidad de mentalización, entendida esta como:

“Un proceso mental mediante el cual nos atribuimos intenciones mutuamente; es el modo en que podemos entender que los otros y nosotros mismos estamos impulsados por motivaciones subyacentes, reconociendo que estas adoptan la forma de diferentes pensamientos, creencias, deseos y emociones, etcétera.” (Pedro Sanz y Nuria Tur, 2017).

Esto se traducirá en una mejora en la comprensión de estados mentales propios y ajenos, promoviendo una mejora en la relación con uno mismo y en las relaciones

interpersonales A través de un incremento en la empatía, asertividad, manejo eficiente de conflictos, etc. Como consecuencia mejorará el funcionamiento social del participante, así como su calidad de vida.

Se espera también una mejora en los síntomas depresivos como la apatía, la desmotivación, la inactividad, etc. Estos beneficios vendrán dados por la mejora en las relaciones personales producto del aumento de la capacidad de mentalización, por la mejora en la detección de las distorsiones cognitivas y su posterior reestructuración mejorando así el pensamiento depresivo, por el establecimiento de actividades que supongan un refuerzo positivo, etc.

Con la presente intervención, se espera una disminución de la sintomatología ansiosa, concretamente síntomas como la tensión corporal, el miedo, la sensación de agobio o la activación fisiológica. Esta mejora se producirá a través de la reestructuración del pensamiento ansiógeno, una interpretación más racional de los acontecimientos presentes y futuros, la reducción de la evitación, la exposición a situaciones temidas.

Por otro lado el conocimiento de la teoría de la apego y la exploración de los propios patrones adquiridos en la infancia y perpetuados en la vida adulta, incrementará el conocimiento de sí mismo del participante a la vez que proporcionará las herramientas para unas relaciones interpersonales más sanas y plenas, así como la detección y modificación de los patrones de apego desadaptativos.

A su vez, el conocimiento del funcionamiento y los rasgos de la propia personalidad fomentará también un conocimiento de sí mismo más profundo y una comprensión de sus potencialidades y desventajas, fundamental para la regulación emocional y el funcionamiento en las relaciones más íntimas.

En general, todos estos cambios están interrelacionados, por ejemplo, la mejora en la mentalización llevará a una disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa y viceversa, la mejoría en las relaciones personales también llevará a una reducción de la sintomatología. El conocimiento de los propios patrones emocionales, de pensamiento y comportamiento desadaptativos llevarán a un mejor funcionamiento intra e interpersonal mediante el cual el paciente podrá vivir una vida más plena y satisfactoria.

Lejos de una mera comprensión teórica sin su reflejo en la práctica, las estrategias conductuales utilizadas asegurarán una modificación de las conductas desadaptativas y un acercamiento a conductas adaptativas, reforzando positivamente las conductas que se acerquen al objetivo final y extinguiendo las conductas contraproducentes.

Implicaciones Teóricas y Prácticas

Desde un punto de vista teórico, la mentalización (propuesta por Fonagy y Target y nacida en el seno del tratamiento para el TLP), cuenta con base empírica para el tratamiento de sintomatología ansioso-depresiva (Allen et al., 2003; Etchevers, 2022). Por otro lado, los otros enfoques utilizados como las técnicas de la terapia cognitivo conductual o las técnicas conductuales como la exposición gradual, también han demostrado ser significativamente eficaces para el tratamiento de estos trastornos.

La justificación de esta intervención radica en la importante similitud que se encuentra en los procesos transdiagnósticos detrás de la depresión y la ansiedad y el propio concepto de mentalización, es decir, un déficit en mentalización tiene mucho que ver con la evitación experiencial, la sensibilidad a la ansiedad, la intolerancia a la incertidumbre o la rumiación.

En la práctica, el presente programa de intervención representa un desafío, dada la complejidad de los trastornos involucrados así como por la resistencia al tratamiento. También

representa un desafío la combinación de técnicas propuestas para tratar la sintomatología, ya que se trata de un enfoque innovador.

Las implicaciones de esta propuesta van más allá del ámbito clínico, pudiendo ser de gran utilidad en la investigación. La evaluación de la eficacia del programa podría ser esclarecedora para contribuir al conocimiento científico, relacionando las variables mentalización, apego, personalidad y sintomatología ansiosa y depresiva con la combinación de técnicas implementadas.

Fortalezas y Debilidades del Programa

El programa de intervención con terapia basada en mentalización con técnicas de otros enfoques posee fortalezas y debilidades a tener en cuenta en su implementación y evaluación.

Entre sus fortalezas encontramos la integralidad: el programa abordará de forma integral todos los componentes de la sintomatología depresiva y ansiosa, componentes cognitivos y conductuales. También integrará conocimiento teórico y actividades prácticas. Por tanto se ofrece una intervención completa. También destaca entre las fortalezas del programa la evidencia empírica: todas las técnicas utilizadas cuentan con eficacia comprobada significativamente. No menos importante es la practicidad: el programa no descuidará la aplicación de los conceptos y técnicas en la vida cotidiana, y está plagado de tareas o ejercicios que el paciente debe realizar. En la última fase, habrá varias sesiones dedicadas únicamente a implementar varias tareas semanales a la vez y exponer los resultados en el programa. Por último el programa asegurará un abordaje teórico comprensible: el programa asegurará que los pacientes comprendan y trabajen con conceptos clave en salud mental, habiendo debates y puestas en común en los que estos pueden resolver sus dudas acerca de estos conceptos.

La propuesta también presentará limitaciones como son la falta de investigación en la combinación de técnicas elegidas: aunque los abordajes terapéuticos por separado han demostrado gran eficacia para sintomatología depresiva y ansiosa, la combinación de estos es un enfoque innovador, esto hace que si bien puede ser interesante para la investigación científica, por otro lado hay menos seguridad en su eficacia. También el abandono podría ser una limitación del programa: el programa consta de 20 semanas de duración, por lo que es posible que algunos pacientes abandonen durante el camino al no ver resultados rápidos. Por último, se encuentra la complejidad teórica: si bien todos los conceptos expuestos lo están de forma entendible, su cantidad podría generar una sobrecarga por acumulación en personas no familiarizadas con la psicoterapia, lo que puede llevar a confusión.

Bibliografía:

Allen, J. G. (2003). Mentalizing. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(2: Special Issue), 91–112.

Aragonès, E., Piñol, J. L., & Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención primaria*, 41(10), 545–551.

Bados, A., & García-Grau, E. (2011). Técnicas operantes. Universitat de Barcelona.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ... & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875–884.

Bateman, A. W. (1998). Thick- and thin-skinned organisations and enactment in borderline and narcissistic disorders. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 13–25.

- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (Eds.). (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295–311.
- Caballo, V., Carrobes, A., & Salazar, I. (2014). *Manual de Psicopatología*. Madrid: Pirámide.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2006). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: Treatment outcome. Manuscript submitted for publication.
- Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., van der Maas, H. L. J., & Borsboom, D. (2010). Comorbidity: A network perspective. *Behavioral and Brain Sciences*, 33, 137–193.
- Escudero, G. G., & Zafra, M. R. (2022). Revisión de la evidencia sobre la efectividad de la psicoterapia de grupo. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 139–148.
- Etchevers, M. (2022). La mentalización en los tratamientos psicológicos. *Claudio Miceli*, 13.
- Fonagy, P. (1998). An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62, 147–169.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). Theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 231–257.
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23, 103–122.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355–1381.

- Freedman, R., Lewis, D. A., Michels, R., Pine, D. S., Schultz, S. K., Tamminga, C. A., et al. (2013). The initial field trials of DSM-5: New blooms and old thorns. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 1–5.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Blatt, S. J., Target, M., & Fonagy, P. (2015). Theoretical and empirical foundations of contemporary psychodynamic approaches.
- Martínez, C. (2011). Mentalización en psicoterapia: Discusión sobre lo explícito e implícito de la relación terapéutica. *Terapia Psicológica*, 29(1), 97–105.
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082011000100010>
- Martínez, C. (2021). Mentalización y proceso psicoterapéutico: Aproximaciones empíricas hacia el cambio en psicoterapia. *Mentalización: revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 10–10.
- Murray, C. J., Lopez, A. D., & World Health Organization. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: Summary*. World Health Organization.
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Ruiz Fernández, M. Á., Díaz García, M. I., & Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Valero-Aguayo, L. (2016). Fundamentos, características y eficacia de la Psicoterapia Analítica Funcional. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 51–73.
- World Health Organization. (2023, March 31). Depresión. Retrieved from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

