



Universitat Ramon Llull

TESIS DOCTORAL

Tratamiento de los trastornos de ansiedad: Diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la Inteligencia Emocional

Departamento de Psicología de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. Universitat Ramon Llull.

DOCTORANDA: Nathalie Pérez Lizeretti

Directoras: Dra. Ursula Oberst y Dra. Núria Farriols Hernando

Barcelona, mayo 2009

Esta Tesis doctoral se realiza habiendo sido otorgada la beca predoctoral para la Formación de Personal Investigador (FI) 2005FI-00299 concedida por el *Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació* (DURSI) a la autora de este proyecto.

Este trabajo de tesis es un homenaje a Ramón Rosal y Ana Gimeno-Bayón que son un ejemplo de entrega y dedicación a este maravilloso mundo que es la psicoterapia.

A mi madre...

A mi marido...

A Cristian "le petit Rober"...

A mis amigos...

A "mis pacientes"...

A Núria ...

¡Gracias a todos por ser como sois !

Agradecimientos

*A mis directoras de tesis,
A la Dra. Oberst por haberme iniciado en el estudio del emocionante mundo
de la inteligencia emocional...*

*A la Dra. Farriols por haberme dado la oportunidad de ser psicoterapeuta,
por ser compañera y amiga, por su confianza, por ser en mi vida...*

*A las instituciones que han colaborado en su realización,
Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació y de l'Esport Blanquerna.
Universitat Ramon LLull. Y al grupo ConDESA que ha financiado parte de
la realización de este proyecto.*

*Al Centro de Salud Mental de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme
y a todo el equipo del Servicio de Psiquiatría del hospital de Mataró,
especialmente a la Dra. Núria Farriols y a su director Dr. Cañete que
confiaron en mí para llevar a cabo este proyecto.*

*También quisiera agradecer a Ramón y a Ana del Instituto Erich Fromm,
por haber participado activamente en mi proceso de formación como
psicoterapeuta pero sobre todo como persona...*

*Tampoco puedo dejar de estar agradecida a todos los pacientes por lo mucho
que aprendo de ellos cada día...*

*A mis compañeros y amigos, los terapeutas que han participado en esta
investigación a Núria, Enric Sumalla, María Vázquez, Rafa Castell, Ana
Rodríguez, Cristina Bonet, Rosa Martorell y Miriam*

*A Carol que siempre ha creído en mí y ha sabido transmitirme toda su
fuerza y entusiasmo...*

A Siân, por estar siempre ahí, por su inestimable ayuda en los buenos y malos momentos de este proceso que es mi vida...

A Rafa y a Ana, por todo..."mercí"

¡Gracias a todos por haber hecho posible esta investigación!

*“Al principio y al final siempre hay una
emoción”
(Punset, 2008, p.79)*

Parte primera:

	Marco conceptual
Capítulo I	La Psicoterapia Integradora Humanista
Capítulo II.	El papel de las emociones en psicoterapia
Capítulo III.	La Inteligencia Emocional: Una guía para el trabajo con las emociones en psicoterapia.
Capítulo IV.	El tratamiento psicoterapéutico de los trastornos de ansiedad

Parte segunda:

	Diseño y evaluación de un tratamiento basado en inteligencia emocional (TIE)
Capítulo V.	Diseño del tratamiento TIE
Capítulo VI.	Método de la investigación
Capítulo VII.	Eficacia del tratamiento TIE. Resultados.
Capítulo VIII.	Eficacia del tratamiento TIE. Discusión
Capítulo IX.	Conclusiones, limitaciones y prospectiva.

Índice	
Motivación personal	21
Introducción	23
Parte primera: Marco conceptual	
Introducción	26
Capítulo I. La Psicoterapia Integradora Humanista	
Introducción	28
1.1. Antecedentes	28
1.2. Marcos de referencia	30
1.3. Principales aportaciones al ámbito de la psicoterapia	33
1.3.1. ¿Cómo se entiende la personalidad desde la PIH?	35
1.3.2. Visión de la psicopatología y teoría del problema	37
1.3.3. Visión del cambio	42
1.3.4. Metas de la psicoterapia	43
1.4. La relación terapéutica	44
1.5. El grupo como contexto terapéutico	48
Capítulo II. El papel de las emociones en psicoterapia	
Introducción	52
2.1. ¿Qué son las emociones?	53
2.2. Aportaciones importantes desde la psicología de la emoción a la psicoterapia	55
2.2.1. Las emociones resultan de la interacción de la persona con el entorno	55
2.2.2. La emoción constituye un proceso complejo	56
2.2.3. El proceso emocional es dinámico	59
2.2.4. La emoción es anterior a la conciencia	61
2.2.5. Funciones de la emoción	62
2.3. Las emociones básicas	65
2.3.1. Las emociones básicas: miedo, rabia, tristeza y alegría	68
2.4. El trabajo con las emociones en psicoterapia	78
Capítulo III. La Inteligencia Emocional: Una guía para el trabajo con las emociones en psicoterapia.	
Introducción	88
3.1. ¿Qué es la Inteligencia Emocional?	89
3.2. El modelo de IE de Salovey y Mayer	91
3.2.1. Descripción del modelo	92
3.2.2. Evaluación de la Inteligencia Emocional	97
3.2.2. Instrumentos para evaluar la Inteligencia Emocional	99
3.2.2.1. Escalas de autoinforme	99
3.2.2.2. El test de habilidad: MSCEIT	101
3.3. Investigaciones sobre IE en psicología de la salud	109
3.3.1. Inteligencia Emocional y bienestar	110
3.3.2. Inteligencia Emocional y ajuste psicológico	112
3.3.3. Inteligencia Emocional y psicopatología	122
Capítulo IV. El tratamiento psicoterapéutico de los trastornos de ansiedad	
Introducción	125
4.1. Los trastornos de ansiedad	127
4.2. Descripción de los trastornos de ansiedad objeto de estudio	128
4.2.1. Trastorno de ansiedad generalizada	130
4.2.2. Agorafobia	132

4.3	El tratamiento de los trastornos de ansiedad	137
4.4.	Tratamientos psicoterapéuticos para los trastornos de ansiedad	138
4.4.1.	Criterios para la evaluación de los tratamientos psicológicos	138
4.4.2.	Tratamientos eficaces para los trastornos de ansiedad	139
4.4.2.1.	Terapia de conducta o tratamiento conductual	140
4.4.2.1.1.	La exposición	140
4.4.2.1.2.	La relajación	142
4.4.2.2.	Terapia cognitiva	143
4.4.2.3.	Tratamiento cognitivo-conductual	146
4.4.2.4.	Psicoterapia psicodinámica	151
4.4.3.	Efectividad de los tratamientos	153
4.4.4.	El tratamiento en grupo	155
4.4.5.	Algunas consideraciones sobre los estudios de eficacia	158
4.4.6.	Otros enfoques en la comprensión y tratamiento de los trastornos de ansiedad.	159

Parte segunda:

Diseño y evaluación de un tratamiento basado en inteligencia emocional

Introducción	165
--------------	-----

Capítulo V. Diseño de un tratamiento basado en el desarrollo de la inteligencia emocional: TIE

Introducción	167	
5.1.	Fundamentación del tratamiento TIE	168
5.1.1.	¿Qué comprensión de los trastornos en estudio hay tras el tratamiento TIE?	168
5.1.1.1.	A nivel teórico	168
5.1.1.2.	A nivel empírico	171
5.1.2.	¿Se han mostrado validas las estrategias y recursos técnicos que se utilizan en TIE?	174
5.2.	Descripción de TIE	179
5.3.	Objetivos del tratamiento	180
5.4.	Procedimiento	184
5.4.1.	Evaluación	184
5.4.2.	Niveles de intervención	184
5.4.3.	Fases del tratamiento	185
5.4.4.	Estrategias de intervención	188
5.5.	La relación terapéutica	202
5.5.1.	Las actitudes del terapeuta	202
5.6.	Aplicaciones	204
5.6.1.	Modalidades de aplicación	204
5.6.2.	Ámbitos de aplicación	206

Capítulo VI. Método de la investigación

Introducción	208	
6.1.	Objetivos e hipótesis	209
6.2.	Método	212
6.2.1.	Tipo de diseño	212
6.2.1.1.	Variables de estudio	212
6.2.2.	Sujetos	216
6.2.3.	Material	217
6.2.4.	Procedimiento	224
6.3.	Aspectos éticos	230

Capítulo VII. Eficacia del tratamiento TIE: Resultados.

Introducción	232
--------------	-----

7.1.	La muestra	233
Parte I: grupos de tratamiento		
7.2.	Evaluación basal	236
7.2.1.	Características sociodemográficas	236
7.2.2.	Variables significativas en el proceso psicoterapéutico	237
7.2.3.	Características clínicas: Eje I	240
7.2.4.	Características de personalidad: Eje II	242
7.2.5.	Satisfacción vital	243
7.2.6.	Inteligencia emocional	244
7.3.	Evaluación del proceso psicoterapéutico	245
7.3.1.	Alianza terapéutica	245
7.3.2.	Ansiedad	246
7.4.	Resultados intra-grupos de la intervención psicoterapéutica	247
7.4.1.	Variables clínicas: Eje I	249
7.4.2.	Variables de personalidad: Eje II	251
7.4.3.	Satisfacción vital	252
7.4.4.	Inteligencia emocional	253
7.4.5.	Alianza terapéutica	253
7.4.6.	Situación laboral	254
7.5.	Resultados entre grupos: TIE y TCC	254
7.5.1.	Variables clínicas: Eje I	255
7.5.2.	Variables de personalidad: Eje II	256
7.5.3.	Satisfacción vital	257
7.5.4.	Inteligencia emocional	258
7.5.5.	Alianza terapéutica	259
7.5.6.	Situación laboral	260
7.6.	Resultados entre TIE y TCC: Magnitud del cambio	260
7.6.1.	Variables clínicas: Eje I	260
7.6.2.	Variables de personalidad: Eje II	263
7.6.3.	Satisfacción vital	264
7.6.4.	Inteligencia emocional	264
7.6.5.	Alianza terapéutica	265
7.7.	Mejoría	265
7.8.	Seguimiento	267
7.9.	¿Cuándo se producen los cambios?	269
7.10.	Cumplimiento del tratamiento	273
7.10.1.	Implicación en el tratamiento	274
7.10.2.	Satisfacción con el tratamiento	274
7.10.3.	Abandonos	275
Parte II: Grupos diagnósticos		
7.14.	Evaluación basal	278
7.15.	Eficacia de TIE: Comparación entre agorafobia y TAG.	279
Parte III: Hipótesis complementarias		
Resumen: Resultados principales		
287		
Capítulo VIII. Eficacia del tratamiento TIE: Discusión.		
Introducción		
8.1.	La muestra y sus características basales	293
8.2.	La eficacia intra grupos de la intervención y comparación entre grupos	299
8.2.1.	Evaluación de proceso	299
8.2.2.	Evaluación post-tratamiento	300
8.2.3.	Seguimiento	307
8.3.	Características basales de los grupos diagnósticos	308
8.4.	Eficacia de TIE para los trastornos agorafobia y TAG	310

8.5. Cumplimiento del tratamiento y abandonos	312
Capítulo IX. Conclusiones, limitaciones y prospectiva.	
9.1. Conclusiones	317
9.2. Limitaciones del estudio	321
9.3. Prospectiva: líneas de mejora y propuestas.	322
Referencias bibliográficas	
	324

Anexos

- Anexo 1: Consentimiento Informado
Anexo 2: Documento de aprobación de la investigación por parte de la comisión ética del Consorci Sanitari del Maresme

Índice de tablas y figuras

Listado de tablas

Tabla 1.	Niveles de integración en la Psicoterapia Integradora Humanista	34
Tabla 2.	Fases e interrupciones del ciclo de la experiencia	38
Tabla 3.	Principales modelos teóricos de Inteligencia Emocional	90
Tabla 4.	Manualización del tratamiento TIE	189
Tabla 5.	Variables dependientes. Medidas de resultado principales y secundarias.	215
Tabla 6.	Evaluación basal de los grupos de tratamiento: Características sociodemográficas. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.	237
Tabla 7.	Evaluación basal de los grupos de tratamiento: Variables significativas en el proceso psicoterapéutico. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.	237
Tabla 8.	Evaluación basal de los grupos de tratamiento: Variables clínicas Eje I. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.	241
Tabla 9.	Evaluación basal de los grupos de tratamiento: Variables clínicas Eje II. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.	243
Tabla 10.	Evaluación basal de los grupos de tratamiento: Satisfacción vital. Frecuencias y niveles de significación.	244
Tabla 11.	Evaluación basal de los grupos de tratamiento: Inteligencia Emocional. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.	244
Tabla 12.	Evaluación de proceso. Diferencias entre grupos: WATOICI y STAI.	246
Tabla 13.	Evaluación de proceso. Diferencias intra-grupo: STAI	247
Tabla 14.	Comparación intra-grupo: Variables clínicas Eje I. Descriptivos y niveles de significación.	250
Tabla 15.	Comparación intra-grupos: Variables clínicas Eje II. Descriptivos y niveles de significación.	251
Tabla 16.	Comparación intra-grupos: Satisfacción vital. Descriptivos y niveles de significación.	252
Tabla 17.	Comparación intra-grupos: Inteligencia emocional. Descriptivos y niveles de significación.	253
Tabla 18.	Comparación entre grupos TIE y TCC: Variables clínicas Eje I. Descriptivos y niveles de significación.	256
Tabla 19.	Comparación entre grupos TIE y TCC: Variables clínicas Eje II. Descriptivos y niveles de significación.	257
Tabla 20.	Comparación entre grupos TIE y TCC: Satisfacción con la vida. Descriptivos y niveles de significación.	257
Tabla 21.	Comparación entre grupos TIE y TCC: WATOICI. Descriptivos y niveles de significación.	259
Tabla 22.	Comparación entre TIE y TCC de las medias de cambio: Variables clínicas Eje I. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.	261

Tabla 23.	Comparación entre TIE y TCC de las medias de cambio: Variables clínicas Eje II. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.	264
Tabla 24.	Comparación entre TIE y TCC de las medias de cambio: Inteligencia Emocional. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.	265
Tabla 25.	Comparación entre TIE y TCC de las medias de cambio: WATICI. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.	265
Tabla 26.	Comparación entre TIE y TCC: Tasa de mejoría en ansiedad rasgo.	266
Tabla 27.	Comparación entre TIE y TCC: Tasa de mejoría en agorafobia.	267
Tabla 28.	Comparación intra-grupos en los distintos momentos de evaluación: STAI. Descriptivos y niveles de significación.	269
Tabla 29.	Comparación entre TIE y TCC de las medias de cambio producido en las distintas evaluaciones: STAI. Descriptivos y niveles de significación.	271
Tabla 30.	Comparación entre TIE y TCC de las medias de cambio producido en las diferentes evaluaciones: TMMS-24. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.	273
Tabla 31.	Nivel de implicación con el tratamiento. Frecuencias.	274
Tabla 32.	Nivel de satisfacción con el tratamiento. Frecuencias.	275
Tabla 33.	Variables que influyen en el abandono del tratamiento. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.	277
Tabla 34.	Tasa de mejoría en el STAI para la agorafobia y el TAG con el tratamiento TIE. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.	281
Tabla 35.	Tasa de mejoría en el STAI para la agorafobia y el TAG con el tratamiento TCC. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.	282
Tabla 36.	Variables sobre las que influye haber recibido algún tipo de abuso a lo largo de la vida. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.	283
Tabla 37.	Diferencias entre pacientes que presentan y pacientes que no presentan trastorno de personalidad Esquizoide y Esquizotípico. Estadísticos descriptivos y niveles de significación	284
Tabla 38.	Comparación entre pacientes que presenta una excesiva atención y baja reparación emocional: TMMS-24. Estadísticos y niveles de significación.	285

Listado de figuras		
Figura 1.	Dinámica del proceso emocional	60
Figura 2.	Primera propuesta del modelo de habilidad de la Inteligencia Emocional de Salovey y Mayer (1990).	94
Figura 3.	Reformulación del modelo de habilidad de Inteligencia Emocional de Mayer y Salovey (1997).	95
Figura 4.	Estructura factorial del MSCEIT (Mayer, Salovey, Caruso y Sitarenios, 2005).	104
Figura 5.	Procedimiento de la intervención del Tratamiento basado en el desarrollo de la Inteligencia Emocional (TIE).	186
Figura 6.	Esquema básico de las sesiones de TIE	188
Figura 7.	Fases del procedimiento de la investigación	224
Figura 8.	Esquema del plan de análisis estadístico.	233
Figura 9.	Pérdidas muestrales y configuración de la muestra	235
Figura 10.	Análisis realizados para conocer la eficacia de la intervención y las diferencias entre grupos de tratamiento en la evaluación de proceso.	245
Figura 11.	Análisis realizados para conocer la eficacia intra-grupo de TIE y TCC.	247
Figura 12.	Frecuencia de los trastornos de personalidad en la muestra total: evaluación basal y post tratamiento.	249
Figura 13.	Post tratamiento: Frecuencia de los trastornos de personalidad en los grupos TCC y TIE.	252
Figura 14.	Análisis realizados para conocer la eficacia entre los grupos de tratamiento TIE y TCC.	254
Figura 15.	Comparación entre grupos TIE y TCC: Media de las puntuaciones en el TMMS-24.	258
Figura 16.	Comparación entre grupos TIE y TCC: Media de las puntuaciones en el MSCEIT.	259
Figura 17.	Análisis realizados para comparar la dimensión del cambio experimentado por los pacientes asignados a los grupos TIE y TCC.	260
Figura 18.	Comparación entre TIE y TCC de las medias de cambio: STAI	262
Figura 19.	Comparación entre TIE y TCC de las medias de cambio: Inventario de Agorafobia.	262
Figura 20.	Evolución de las puntuaciones en ansiedad rasgo para TIE y TCC.	270
Figura 21.	Evolución de las puntuaciones en los factores de Inteligencia Emocional Percibida para TIE y TCC.	272

Motivación personal

Las siguientes líneas tienen por objeto exponer las motivaciones personales que han llevado a su realización y ofrecer una visión de conjunto del presente trabajo de tesis.

Como científica, los fines personales que me llevaron a plantear esta línea de investigación fueron el interés por conocer la implicación de la Inteligencia Emocional en los distintos trastornos psicológicos y el de poder utilizar este conocimiento en beneficio de las personas que sufren a causa de su malestar psicológico. La Inteligencia Emocional ha despertado un gran interés en los últimos quince años y en torno a ella se han desarrollado numerosos e interesantes trabajos de investigación, pero la mayoría se han limitado a su relación con criterios de bienestar en personas psicológicamente "sanas". Sin embargo, los resultados obtenidos por dichas investigaciones nos permitieron intuir que podía estar fuertemente implicada en el proceso de salud y enfermedad, y en estudios previos, pudimos constatar que efectivamente así es, la Inteligencia Emocional esta relacionada con la presencia de los trastornos psicopatológicos.

Como psicoterapeuta integradora humanista, sentía la necesidad de contribuir, de algún modo, a demostrar y difundir la eficacia de los tratamientos que se desarrollan bajo esta perspectiva. Para ello, era necesario diseñar y manualizar un tratamiento, que siendo humanista e integrador, fuera susceptible de ser contrastado empíricamente. En esta empresa, el modelo de Inteligencia Emocional de Salovey y Mayer, se mostraba como un marco estructurado desde el que era posible el trabajo sistemático con las emociones. Las habilidades emocionales que constituyen la Inteligencia Emocional permiten una intervención integrada sobre las diferentes dimensiones de la persona a través de las emociones, entendidas como aspecto nuclear del ser humano.

La presente tesis doctoral, ha representado la oportunidad de "integrar" dos importantes dimensiones de mi persona; la terapeuta y la científica.

Introducción

El contenido del trabajo se estructura en dos partes complementarias y claramente diferenciadas.

La primera parte está estructurada en cuatro capítulos que conforman el marco teórico bajo el que se desarrolla la presente investigación. En el capítulo primero se describe el modelo psicoterapéutico que tomamos como referente epistemológico en este trabajo. En el segundo, realizamos una conceptualización de la emoción por ser ésta la dimensión en la que nos centramos, y en el tercer capítulo se ofrece una aproximación al concepto de la Inteligencia Emocional, a los instrumentos que permiten su evaluación y a las principales investigaciones realizadas en este campo. Estos tres capítulos nos permiten enmarcar conceptualmente la investigación. En cambio, el cuarto capítulo ofrece una descripción de los trastornos en estudio y de los tratamientos que se llevan a cabo para el abordaje psicoterapéutico de los mismos.

La segunda parte, la parte empírica, está formada por los elementos que hacen de éste un trabajo científico. El capítulo quinto, que constituye el diseño del tratamiento TIE, incluye una descripción detallada de los objetivos que se pretenden así como de las técnicas y procedimientos que lo configuran. A partir del capítulo sexto se exponen los apartados propios de un trabajo de investigación y que, en la presente investigación, tienen por objeto la evaluación del tratamiento. En primer lugar, se presenta el método que incluye el diseño de la investigación, y dónde se formulan los objetivos e hipótesis que dan sentido a la actividad investigadora, posteriormente se presentan, los resultados obtenidos con el trabajo de campo y la discusión de éstos a la luz de las principales investigaciones en este ámbito, y finalmente las principales conclusiones del estudio.

Una vez descrito, en líneas generales, el contenido del presente trabajo de tesis podemos pasar al desarrollo de los capítulos que conforman la primera parte del mismo.

**Parte primera:
Marco conceptual**

Capítulo I.

La Psicoterapia Integradora Humanista

Capítulo II.

El papel de las emociones en psicoterapia

Capítulo III.

La Inteligencia Emocional: Una guía para el trabajo con las emociones en psicoterapia

Capítulo IV.

El tratamiento psicoterapéutico de los trastornos de ansiedad

Introducción

En la primera parte se expone el marco conceptual bajo el que se ha desarrollado la investigación. El hilo argumental de la exposición recorre siguiendo una lógica deductiva cuatro capítulos a través de los cuales se conceptualizan, desarrollan y justifican los aspectos más relevantes para el trabajo que aquí se presenta.

En el primer capítulo, se tratan principalmente las cuestiones filosóficas, epistemológicas y metodológicas y para ello nos centraremos en la Psicoterapia Integradora Humanista que constituye el entramado conceptual bajo el que se desarrolla la investigación. Este capítulo constituye *el cristal* a través del cual observamos el mundo e interpretamos los fenómenos que en él se dan.

En el segundo capítulo se aborda *el universo* de la investigación, las emociones. El capítulo se inicia con la exposición de los aspectos más básicos de la emoción para progresivamente focalizar la exposición en las emociones básicas y el trabajo con las emociones en psicoterapia.

El tercer capítulo se dedica a la inteligencia emocional y se presenta el modelo de habilidad de Salovey y Mayer, que constituye el *instrumento* a través del cual nos aproximaremos al objeto.

Para finalizar la primera parte, en el capítulo cuarto, se describen los trastornos de ansiedad que constituyen el *objeto* de estudio en esta investigación, es decir, la parcela de realidad en la que centramos nuestro trabajo.

Posteriormente, en la segunda parte del documento se presentará la *técnica* con la que se pretende modificar la realidad del objeto, el Tratamiento basado en la Inteligencia Emocional (TIE).

Capítulo primero: La Psicoterapia Integradora Humanista

1.1. Antecedentes

1.2. Marcos de referencia

1.3. Principales aportaciones al ámbito de la psicoterapia

1.3.1. ¿Cómo se entiende la personalidad desde la PIH?

1.3.2. Visión de la psicopatología y teoría del cambio

1.3.3. Visión del cambio

1.3.4. Metas de la psicoterapia

1.4. La relación terapéutica

1.5. El grupo como contexto terapéutico

"...pero lo que importa no es lo que el hombre afirma con sus conceptos, sino lo que cree en su corazón: es ahí, en la profundidad de su corazón, de donde brotan sus comportamientos."
(Navarrete, 1993, p. 24).

Introducción

Este primer capítulo no pretende ser una descripción detallada de lo que fue el movimiento de la Psicología Humanista ni tan siquiera de lo que es la Psicoterapia Integradora Humanista, ya que tal propósito escaparía de los objetivos de este trabajo. En los apartados posteriores se intentará hacer una breve descripción del modelo que constituye la parte fundamental del marco teórico de esta investigación. El objetivo consiste en dar a conocer los principios básicos de la Psicología Humanista, concretamente los adoptados por la Psicoterapia Integradora Humanista, puesto que son estos los que han regido todo el proceso de investigación, desde la elección del tema y la formulación de los objetivos e hipótesis hasta la consideración de la figura del paciente en el diseño y aplicación del tratamiento llevado a prueba en este estudio.

A lo largo de las siguientes páginas se presentan las cuestiones filosóficas, epistemológicas y metodológicas en torno a las que se estructura el trabajo realizado. Estas cuestiones se concretan en un modelo psicoterapéutico que incluye una teoría de la personalidad, una forma de entender la psicopatología y el cambio psicoterapéutico. También se describirán aspectos como las actitudes que adopta el terapeuta en vistas a la construcción de una sólida relación con el cliente, así como los recursos y estrategias de los que dispone a fin de favorecer los cambios creativos que se producen en terapia. Finalmente se hace referencia a las peculiaridades del grupo como contexto terapéutico.

1.1. Antecedentes

La legitimación antropológica del trabajo de tesis que se presenta está enmarcada en la Psicología Humanista que surgió en los años cincuenta en California como un movimiento social interdisciplinario, aunque predominantemente psicológico. Por ello en la Asociación Americana de Psicología Humanista se la define como:

La tercera rama fundamental del campo general de la psicología (las dos ya existentes son la psicoanalítica y la conductista) y como tal trata en primer término de las capacidades y potenciales humanos que no tienen lugar sistemático ni en la teoría positivista ni en la conductista, o en la teoría clásica del psicoanálisis; por ejemplo, creatividad, amor, sí mismo, crecimiento personal... (Quitmann, 1989, p. 28).

Algunos de los elementos esenciales del movimiento humanista son la concepción holista y sistémica del ser humano, el reconocimiento de las capacidades humanas de libertad de elección y de creatividad, el interés por el proceso de autorrealización de la persona y la actitud integradora. Estas ideas maestras se estructuran, según Bugental (1964; citado en Rosal y Gimeno-Bayón, 2001), en torno a cinco principios básicos:

- En su condición de ser humano, la persona es más que la suma de sus componentes. Este principio remarca la importancia de la peculiaridad y del "ser persona" del ser humano.
- La existencia del ser humano se construye en el seno de las relaciones humanas, es decir la particularidad del ser humano se expresa, por ejemplo, a través del hecho de que su experiencia está siempre ligada a relaciones interhumanas.
- La persona vive de forma consciente, es decir, independientemente de cuánta conciencia sea asequible a la persona, aquella de la que dispone representa una característica esencial del individuo y es la base para la comprensión de la experiencia humana.
- El ser humano está en situación de elegir y decidir. Este postulado sigue al anterior, puesto que cuando el sujeto vive conscientemente no tiene por qué permanecer en el papel pasivo del espectador, sino que mediante sus decisiones activas puede variar su situación vital.
- El ser humano vive orientado hacia una meta, es decir, la persona vive hacia un objetivo o unos valores que forman parte de su identidad, diferenciándose así, de los demás seres vivos.

Los antecedentes teóricos a partir de los que se forja la Psicología Humanista se encuentran en:

- La **epistemología constructivista**, que parte de la concepción de la existencia de una realidad ajena a la propia conciencia cuyo conocimiento no se

da de forma directa, sino a través de la mediación de la propia subjetividad, de manera que incluso las formas más simples de contacto con la realidad, las sensaciones, ya son recibidas impregnadas de subjetividad.

- La **metodología fenomenológica** que exige una percepción directa de los fenómenos de la experiencia subjetiva.
- El **enfoque existencial** cuya aspiración es entender al hombre en su realidad existencial total, especialmente en su relación subjetiva consigo mismo, con los demás humanos y con el mundo.

Dentro de este amplio movimiento en el que se desarrollaron multitud de modelos terapéuticos como son la Psicoterapia de la Gestalt de Perls, el Análisis Transaccional de Berne, la Psicoterapia Centrada en la Persona de Rogers, etc. nos posicionamos concretamente en el Modelo de Psicoterapia Integradora Humanista (PIH) que ha sido creado y desarrollado a lo largo de los últimos 30 años por Ramón Rosal y Ana Gimeno-Bayón.

1.2. Marcos de referencia

El modelo de la Psicoterapia Integradora Humanista se desarrolla al amparo de cuatro perspectivas meta-teóricas las cuales suponen implicaciones epistemológicas, antropológicas y filosóficas.

La primera de estas perspectivas es la antropovisión **humanista-experiencial** que centra especialmente su interés en temas específicamente humanos, incluidas las meta-motivaciones. Al sujeto se le entiende desde una antropología holista y sistémica que lo reconoce capaz de vivir inspirado por proyectos libres y sabios que den sentido a su vida y se destaca la actitud creadora como elemento esencial de la persona sana autorrealizada, distanciándose de visiones reduccionistas o atomistas (Maslow, 1991, 1994).

También se señalan los límites de las metodologías científicas concebidas para la investigación de las ciencias naturales en su aplicación al sujeto humano. Se destacan las ventajas de la integración metodológica de teorías y técnicas procedentes de diferentes modelos, abogando por la pluralidad creativa de las vías psicoterapéuticas y desentendiéndose de la aspiración a un paradigma único.

A nivel terapéutico, se concede prioridad a los potenciales psicológicos relacionados con la activación del hemisferio cerebral derecho y por tanto a las estrategias experienciales más que a las actividades informativas verbales, atribuyendo mayor eficacia terapéutica a la combinación de procedimientos verbales, imaginarios y psicocorporales.

La segunda, es la perspectiva **sistémica-holista** derivada de la Tª General de los Sistemas enunciada por von Bertalanffy (1968/1976) bajo la que se concibe al ser humano como un sistema abierto o conjunto de elementos conectados entre sí, de forma que la variación de uno de ellos repercute en todo el conjunto.

Bajo este paradigma se entiende que la persona estaría integrada por diferentes subsistemas: corporal, afectivo, cognitivo, práxico, interaccional, orético, etc.; e integrada en sistemas más amplios: familiar, cultural, ecológico, etc. que implican una causalidad circular de los fenómenos humanos. Alejada de la causalidad lineal implícita en aquellas concepciones que parten de una antropología atomista o reduccionista. De este modo se rechazan no sólo las interpretaciones del reduccionismo fisiológico, sino también los de cualquier otro tipo (conductual, emocional o cognitivo) y aunque admite la posibilidad de abordar la terapia desde uno de estos niveles, se prefiere una metodología integradora.

La tercera perspectiva, nace de la filosofía **existencial** que concibe al ser humano como parcialmente libre y capaz de ir acrecentando su libertad. Por lo que se concede gran importancia al proyecto vital de la persona y a la búsqueda de sentido. Del mismo modo, se interesa por el significado peculiar que cada persona da a su experiencia y circunstancias, y destaca el carácter singular e irreplicable de toda vida humana auténtica, distanciándose de una concepción robótica del ser humano.

Desde esta concepción filosófica se distingue entre la ansiedad neurótica y la ansiedad existencial o noogena (Frankl, 1999) y la psicopatología se entiende, en muchos casos, como una forma insana de pretender superar la angustia existencial, a través de un "guión de vida" no consciente y limitador. También se revaloriza el sentimiento de

culpa sana como mecanismo de regulación emocional, diferenciándolo de la culpa neurótica entendida como bloqueo del proyecto vital.

Finalmente la cuarta perspectiva bajo la que se ampara la Psicoterapia Integradora Humanista hace referencia a cuestiones epistemológicas. La teoría del conocimiento implicada no es ni el Idealismo de Hegel ni el Positivismo ingenuo, sino un Realismo crítico o **constructivista**. Desde esta epistemología se reconoce la relevancia de la causa "final" y la causa "formal", no sólo ni principalmente las causas "material" y "eficiente" en el conocimiento de los procesos psicopatológicos y psicoterapéuticos (Gimeno-Bayón y Rosal, 2001). El ser humano es concebido como sujeto creador de símbolos y se reconoce una analogía entre la actividad de un científico y la actividad intelectual ordinaria de la persona, que debe ir contrastando la validez o no de sus expectativas vitales (Kelly, 1955/1991).

En base al entramado conceptual que constituyen estas perspectivas la Psicoterapia Integradora Humanista integra a nivel teórico y/o técnico más de veinte modelos psicoterapéuticos. La integración se ha llevado a partir de un proceso de asimilación de los aspectos teóricos y técnicos de los diferentes modelos que se han considerado compatibles y coherentes. Los criterios de decisión que han guiado la selección excluyen aquellos que:

- Ofrecen interpretaciones reduccionistas de la conducta humana.
- Mantienen una actitud autosuficiente y excluyente.
- Centran su interés exclusivamente en las formas insanas de la expresión de la persona dejando de lado sus potencialidades.
- Sobrevaloran el conocimiento alcanzado a través de la metodología experimental.

Una vez expuestos los criterios meta-teóricos, antropológicos, epistemológicos y filosóficos, que permiten la inclusión y exclusión de las diferentes propuestas psicoterapéuticas, en los apartados posteriores pasamos a enunciar aquellos que configuran el marco de la Psicoterapia Integradora Humanista y a describir en que consisten las principales aportaciones del modelo.

1.3. Principales aportaciones al ámbito de la psicoterapia

Desde el punto de vista teórico la principal aportación de la PIH es el proceso por el cual se ha llevado a la plenitud el espíritu de integración subyacente en la Psicología Humanista. La Psicología Humanista alberga bajo su paraguas todas aquellas propuestas epistemológicas, teóricas, metodológicas y técnicas que, respetando los principios que Bugental enunció, tienen por objeto el estudio del "ser persona". Pero tal y como afirma Corey (1995) "desarrollar una posición teórica implica más que aceptar meramente los principios de cualquier teoría. Es un proceso continuo en el que los terapeutas siguen preguntándose el qué, cómo y por qué de su práctica" (p. 113). Los creadores de la PIH han integrado de forma coherente y creativa en un modelo vivo teorías, metodologías y procedimientos diferentes que por separado se consideran limitados y parciales haciendo que estos sean más completos a partir de su integración con otros. Cabe destacar que el modelo de la Psicoterapia Integradora Humanista permanece abierto a nuevas aportaciones que puedan integrarse desde la ciencia de la psicoterapia. En la tabla 1 pueden observarse los niveles de integración llevados a cabo por la PIH.

Como resultado de este proceso dialéctico entre las aportaciones de los diferentes modelos -proceso denominado por Villegas (1990) *Integracionismo Metateórico*- surge la Psicoterapia Integradora Humanista que constituye una nueva teoría de la personalidad, una particular concepción de la psicopatología y un completo modelo psicoterapéutico que se describe brevemente a continuación.

Tabla 1.
Niveles de integración en la Psicoterapia Integradora Humanista.

Integración metateórica	Integración teórica	Integración técnica
<p>Macro-paradigma</p> <p>Humanista-experiencial</p> <p>Perspectiva</p> <p>Sistémica–holista</p> <p>Epistemología</p> <p>Constructivista</p> <p>Filosofía</p> <p>Existencial</p>	<p>C. G. Jung</p> <p>O. Rank</p> <p>A. Adler</p> <p>E. Fromm</p> <p>K. Horney</p> <p>R. May</p> <p>V. Frankl</p> <p>G. W. Allport</p> <p>A. Maslow</p> <p>Teoría de los Constructos Personales (G. W. Kelly)</p> <p>Análisis transaccional (E. Berne)</p> <p>Psicoterapia de la Gestalt (F. Perls)</p> <p>Psicosíntesis (R. Assagioli)</p> <p>Psicoterapia Centrada en la Persona (C. Rogers)</p> <p>Focusing (E. Gendlin)</p> <p>Psicodrama (J. L. Moreno)</p> <p>Biosíntesis (D. Boadella)</p> <p>Bioenergética (A. Lowen)</p> <p>Psicoterapia postrogeriana (G. Egan)</p> <p>Análisis corporal de la relación (A. Lapierre)</p>	<p>Arteterapia (N. Naumbunrg)</p> <p>Psicoterapia de la imaginación (J. E. Sorr)</p> <p>Ensueño dirigido (R. Desoille)</p> <p>Psicodanza (M. Chace)</p> <p>Imaginiería Afectiva Guiada (H. Leuner)</p> <p>Terapia de modificación del comportamiento</p> <p>Sistema de Centros de Energía (S. Mildermann)</p> <p>Psicoterapia Eidética (A. Ashen)</p> <p>Psicoterapia Cognitiva (A. Beck)</p> <p>PNL (R. Bandler y J. Grinder)</p> <p>Conciencia Sensorial (C. Selver)</p> <p>Relajación progresiva de Jacobson (E. Jacobson)</p> <p>Expresión corporal (P. Stokoe)</p> <p>Masaje Sensitivo Gestáltico (M. Elke)</p> <p>Bondign (D. Casriel)</p> <p>Técnicas de meditación</p> <p>Hatha Yoga</p> <p>Musicoterapia</p>

Nota: Adaptado de Rosal, R. y Gimeno-Bayón, A. (2001) *Cuestiones de psicología y psicoterapias humanistas*. Barcelona: Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.

1.3.1. ¿Cómo se entiende la personalidad desde la PIH?

De acuerdo con la definición de Allport (1975) en la Psicología Humanista se concibe la personalidad como la "organización dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y sus pensamientos característicos" (p. 47). Esta organización es específica de cada persona lo que hace que cada ser humano sea único e irrepetible. La personalidad concebida de esta manera conlleva a admitir la presencia de procesos no conscientes en el comportamiento humano, aunque se priorizan las motivaciones conscientes que dirigen la conducta.

Las motivaciones son entendidas como impulsos internos que surgen de una situación de insatisfacción o carencia, que nos mueven a la búsqueda y realización de metas que tienen valor para nosotros (Gimeno-Bayón, 2002). Además se comprende que dichas motivaciones o tendencias son variables a lo largo de la vida y se distinguen entre las que están orientadas a la satisfacción de necesidades básicas de aquellas orientadas a la realización personal o meta-motivaciones (Maslow, 1991).

Por su parte, Gimeno-Bayón (2002) elabora una definición en la que la personalidad se entiende como "la estructura dinámica y relativamente estable (específica de cada sujeto concreto) integradora de rasgos somáticos, emocionales, cognitivos, prácticos y existenciales, mediante la cual el individuo influye en su ambiente y se deja influir por él." (p. 15). Tal descripción nos parece más completa en cuanto incorpora algunos elementos importantes respecto a la anterior.

El primero, es que hace referencia a una dimensión estructural de la personalidad. En este punto la PIH integra la concepción desarrollada por Berne a través del modelo de Análisis Transaccional (Gimeno-Bayón, 2002). Este autor estructura la personalidad en torno a tres tipos de patrones, a los que denominó *estados del yo*:

- Estado del **yo padre** es de origen externo ya que incluye los elementos heredados de las figuras de referencia y se expresa a través de conductas asimiladas, costumbres, prejuicios,...
- Estado del **yo niño** es interno y espontáneo comprende sentimientos, interpretaciones y formas de actuar de cuando éramos niños. Contiene aspectos como emociones primarias, creatividad, impulsividad, curiosidad, pensamiento mágico...

- Estado del **yo adulto** que comprende conductas razonadas y valoradas en un momento dado a partir de información interna (estado yo niño) y externa (estado yo padre). Representa los procesos de análisis de la información, toma de decisiones fruto de la reflexión...

A nivel funcional cada uno de ellos se caracteriza por un determinado tipo de pensamientos y expresiones conductuales. El estado padre incluye las conductas de control y nutrición propias de los padres biológicos. El estado niño es más complejo y en él pueden distinguirse varios tipos de conductas como las de sumisión, de rebeldía y de espontaneidad o naturalidad. El estado adulto integra la información procedente de los estados anteriores, es menos predecible ya que atiende al presente concreto y presenta un funcionamiento lógico. En general, todas las personas están en disposición de utilizar los tres estados aunque la historia personal puede haber favorecido el desarrollo de unos estados más que de otros.

El segundo, es que en la definición de la personalidad que hace Gimeno-Bayón ocupa un papel importante la revalorización de aspectos de la persona que son propiamente humanos. Uno de estos aspectos es la voluntad en cuanto "... el individuo influye en su ambiente y se deja influir por él" de forma activa. Otro de los aspectos destacados es la importancia que se otorga a la libertad humana y en consecuencia a la responsabilidad asociada a cada uno de nuestros actos tal y como lo expone Rosal (2003):

Al decir libertad, no me refiero única ni principalmente a la libertad respecto a posibles presiones o coacciones exteriores, sino también a la dependencia ciega y unilateral respecto a impulsos procedentes de uno mismo, o respecto a algún sector de nuestra personalidad, desoyendo o reprimiendo otras cuyas tendencias –en conflicto o al menos en desacuerdo respecto a las de aquél– podrían ser más sabias, o al menos que merecerían un proceso de integración de ambas, en una tercera vía más fiel a uno mismo y más creativa. (p. 17)

En este sentido también se considera que los valores éticos, olvidados frecuentemente en el campo de la psicología, constituyen un núcleo importante de la personalidad y se reconoce una dimensión ética en las tendencias de la persona psicológicamente sana.

Finalmente, el tercero consiste en que en esta conceptualización de la personalidad se integran de forma explícita todas las dimensiones de la persona incluidas la corporal, la interpersonal y la existencial. La propia autora afirma que "nuestro cuerpo es algo más que una máquina biológica que sirve de soporte a la actividad psíquica. La dimensión corporal está estrechamente ligada y en continua interacción con las otras dimensiones de la personalidad" (Gimeno-Bayón, 2002, p. 73). Desde esta perspectiva holista el cuerpo es precondition y mediación de los fenómenos psíquicos, es lenguaje, es memoria, es información, pero también es encuentro, porque la dimensión corporal se halla muy vinculada a la dimensión relacional de la personalidad. Muestra de ello es que como afirma Carballo no es el cerebro el órgano de la comunicación humana sino que es la comunicación la que hace al cerebro humano (Gimeno-Bayón, 2002). Por este motivo desde la Psicoterapia Integradora Humanista se destaca la relevancia de la experiencia relacional para el crecimiento personal o, dicho de otro modo, para el desarrollo de una personalidad sana.

En resumen, puede afirmarse que en el marco de este modelo la personalidad sana es entendida como un fluir armonioso de energía a través de las experiencias vitales que constituyen ciclos de satisfacción de las necesidades tanto de supervivencia como de crecimiento en el sentido de la autorrealización (Maslow, 1991, 1994). El ser humano tiende inherentemente a la integración de su personalidad a través de la emergencia del *sí mismo* que surge como logro de la autorrealización y fruto de una orientación productiva de su existencia a través del proceso vital.

1.3.2. Visión de la psicopatología y teoría del problema

Desde esta teoría de la personalidad y bajo la influencia de la filosofía existencial son dos los problemas básicos que dan origen a la psicopatología: cómo separarse intrapsíquicamente de las figuras parentales y cómo encontrarle sentido a la vida. Ambos problemas son generadores de la angustia que se sitúa en el conflicto básico existente entre la necesidad de libertad e independencia y la necesidad de obtener la adaptación familiar y social en general. Las patologías, por tanto, se conciben como formas erróneas de superar la angustia existencial y presentan manifestaciones diversas. Entre ellas el déficit de sentimientos sociales –en el sentido de Adler– que actúa como factor patógeno o los rasgos de personalidad patológica que como el sadismo, el

masoquismo, la destructividad y la conformidad automática – en el sentido de Fromm-constituyen mecanismos de evasión de la libertad creativa.

Tal y como se afirma desde la División 32 de la American Psychological Association (2004) el comportamiento problemático es una expresión, si bien contraproducente, de los deseos de la persona de crecer y volverse más funcional. En este sentido, los problemas son cosas que los individuos tienen, no cosas que constituyen a los individuos. Más bien, éstos emergen del esfuerzo global de la persona por adaptarse y hacer frente a las demandas sobre sí mismo por parte del mundo.

A partir de esta comprensión general de la psicopatología en la PIH se ha desarrollado un modelo a partir del que pueden identificarse los diferentes trastornos psicopatológicos en torno al concepto de autorrealización tomando como elemento estructural el Ciclo de la Experiencia de la Psicoterapia de la Gestalt. Las diferentes psicopatologías se entienden como obstáculos para la creatividad personal, concretamente se habla de “bloqueos”, “dispersiones” o “distorsiones” del fluir vital, que impiden el logro de una personalidad y conductas creadoras. El ciclo de la experiencia en la PIH ha sido enriquecido, en cuanto a los mecanismos que lo interrumpen, y ampliado el número de fases respecto a su versión gestáltica original dando como resultado las trece fases que se detallan en la tabla 2.

Tabla 2.
Fases e interrupciones del ciclo de la experiencia.

Fase	Interrupción	Problema al que da lugar
Fase 1. Receptividad sensorial	Bloqueo	Mundo de sensaciones pobre Externo deliberado: supresión de información sensorial concreta Interno: - pérdida de contacto total o parcial con las sensaciones - falta de contacto generalizado con el mundo sensorial - corporal funcional Carencia de algún sentido orgánico
	Dispersión	Externa: exceso de estímulos ambientales

Fase 2. Filtración de sensaciones	Distorsión	Interna: labilidad corporal Prejuicio sensorial Por aglutinación anormal o por alucinación
	Bloqueo	Falta de atención a elementos que aportan información relevante Hipoestesia
	Dispersión	Atención dispersa Malestar difuso Hiperestesia
Fase 3 o 4. Identificación cognitiva*	Distorsión	Filtración al servicio de la confirmación del marco de referencia
	Bloqueo	Del pensamiento Duda
	Dispersión	Caos, confusión
	Distorsión	Confusión dentro-fuera Confusión entre pensamiento y sentimiento Falsa identificación Introyección-prejuicio Proyección de una situación del pasado Proyección de deseos o temores
Fase 4 o 3. Identificación afectiva	Bloqueo	Emociones prohibidas
	Dispersión	Conflicto entre distintas emociones
	Distorsión	Falsa identificación por confusión sinestésica Falsa identificación por proyección en el presente de una situación pasada Descontrol emocional Aprendizaje distorsionado de la vivencia emocional Desplazamiento de la afectividad hacia otros niveles de la personalidad Falsa identificación cognitiva
Fase 5. Valoración *	Bloqueo	Frigidez valorativa Fobia al compromiso con valores Sumisión a la presión de grupos amoraes Autoprobibición del sentimiento de culpa sana Heteronomía Dogmatismo ético
	Dispersión	Relativismo ético

Fase 6. Decisión implicadota*	Distorsión	Dificultad en la jerarquización de valores
		Conflicto entre valores estancado
		Fragmentación valorativa
		Inestabilidad valorativa
		Valoración invertida
		Arbitrariedad valorativa
		Conciencia inmadura
		Conciencia distorsionada
		Valoración por confluencia o rebelión afectiva
		Prejuicio moral
Bloqueo	Pasividad	
	Autolimitación	
	Indecisión	
	Bloqueo por falta de información	
Dispersión	Dificultad en la jerarquización	
	Falta de limitación de necesidades o deseos	
Distorsión	Por presión externa	
	Por presión interna	
	Por olvido de algún nivel	
	Contaminación por temor	
	Falta de realismo	
	<ul style="list-style-type: none"> - minusvaloración de capacidades - minusvaloración de dificultades 	
Fase 7. Movilización de recursos-	Bloqueo	Mensajes desenergetizadores
		<ul style="list-style-type: none"> - Internos - Externos
		Boicot
	Dispersión	Cansancio por situación estresante
		Movilización dispersa
Fase 8. Planificación *	Distorsión	Enganche en situaciones anteriores
		Agitación
	Bloqueo	Impulsividad
Pasividad o dependencia de la planificación externa		
Dispersión	Percepción de sí mismo como impotente	
	Carencia de habilidades para planificar	

Fase 9. Ejecución de la acción	Distorsión	integradamente Percepción de sí mismo como impotente Descuento de opciones	
	Bloqueo	Pasividad motórica Evitación	
	Dispersión	Compulsividad Actuación dispersa	
	Distorsión	Carencia de habilidades Boicot Juegos de poder	
Fase 10. Encuentro	Bloqueo	Deflexión	
	Dispersión	Dispersión del encuentro	
	Distorsión	Juegos psicológicos Dificultades de comunicación	
Fase 11. Consumación	Bloqueo	Interrupción del logro Falsas expectativas Concepción masoquista de la vida	
	Bloqueo	Aferramiento Fuga	
		Dispersión	Consumación dispersa
Fase 12. Relajamiento	Distorsión	Dicotomía Ignorancia de síntomas de acabamiento	
	Bloqueo	Corporal: Tensión crónica Práxico: Activismo Mental: pensamiento obsesivo Emocional: sentimiento parásito	
		Dispersión	Perderse en el vacío con malestar
		Distorsión	Relajación angustiante

(*) Fases incorporadas por el modelo de la PIH respecto al ciclo de la experiencia propuesto por la Psicoterapia de la Gestalt.

Nota: Adaptado de Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2001). *Psicoterapia Integradora Humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensores, cognitivos y emocionales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

El paso de un ciclo a otro viene dado por un nuevo estado de desequilibrio provocado por una necesidad a partir de una motivación de déficit o por una meta-motivación. Cuando la gestalt queda inacabada por alguno de los mecanismos antes mencionados se producen los problemas que dan lugar a los trastornos psicopatológicos. Esta

conceptualización permite la descripción y aplicación de más de cien problemas (bloqueos, dispersión o distorsiones) que pueden manifestarse en el ciclo de la experiencia y que admiten ser identificados y tratados en el marco de una o varias sesiones de psicoterapia.

Cabe decir que este modelo, que se plantea como un esquema centrado en la solución de problemas, no agota, ni lo pretende, la complejidad del funcionamiento humano. Más por el contrario, integra conceptos de mayor o menor complejidad como por ejemplo las *posiciones vitales* que constituyen actitudes básicas ante la vida o los *juegos psicológicos* en torno a los que se construyen las llamadas relaciones tóxicas o patológicas -ambos heredados del Análisis Transaccional (AT)-. También constituyen ejemplos válidos de esta integración conceptos del AT que, como las *emociones parásitas* y las *emociones prohibidas*, subyacen al malestar psicológico. Pero éstas serán abordadas de forma más amplia en los apartados posteriores, dedicados a tal efecto, dada la relevancia que tienen en este trabajo de investigación.

Nos interesa destacar especialmente la visión de la existencia como macro-proceso constituido a la vez por micro-procesos y la idea de psicopatología como interrupción del proceso vital porque ofrece una explicación más holista, flexible e idiosincrásica del malestar psicológico y psicosomático -cuestiones que condicionan inevitablemente la intervención psicoterapéutica-. Además esta visión es complementaria a las clasificaciones diagnósticas internacionales, a la sistematización que hacen Millon y Everly (1994) de los trastornos de personalidad y al diagnóstico psicodinámico a nivel estructural y funcional de los *estados del yo* descritos anteriormente.

1.3.3. Visión del cambio

En cuanto al modelo psicoterapéutico teniendo en cuenta lo dicho hasta el momento se puede decir que la PIH es un modelo integrador y holista que integra la visión del proceso psicoterapéutico como un proceso de solución de problemas orientado al crecimiento personal. Se ha visto también que concede una importancia relevante al papel de las funciones dependientes del hemisferio derecho, especialmente a la creatividad. En los apartados posteriores se verá cuales son las metas de la psicoterapia y como se enfatiza la importancia del vínculo terapéutico. También se destaca la pluralidad de las técnicas empleadas en torno a las fases del ciclo del *fluir*

vital y el carácter experiencial de las intervenciones. Posteriormente, nos detendremos en las peculiaridades de la intervención grupal en el marco de este modelo por estar implicadas en el tratamiento propuesto en esta investigación.

1.3.4. Metas de la psicoterapia

La psicoterapia generalmente se entiende como un proceso orientado al tratamiento de los síntomas y a la recuperación de las capacidades anuladas o deterioradas. En cambio, Rogers considera que en la Psicología Humanista el foco es el individuo y no el problema. La meta de la psicoterapia no es resolver un problema particular o trastorno, sino ayudar a crecer a la persona de modo que sea capaz de afrontar el problema presente y los que se presenten en el futuro (Gondra, 2002). Por tanto se concibe como un proceso de reeducación y autoeducación, en el que se trata de *conocer para ser* porque "en tanto en cuanto cada uno de nosotros nos hagamos responsables de nuestro comportamiento individual y social, interno y externo, podremos emprender una tarea de elección o de cambio" (Gimeno-Bayón, 2002, p. 25). Desde esta perspectiva se comprende que adquieran gran relevancia elementos como la dimensión ética de la persona, la vivencia de la libertad humana, el desarrollo de la voluntad y sobretodo de la creatividad (Maslow, 1990).

La creatividad se considera una característica primordial del ser humano, signo de salud mental y/o crecimiento personal que consiste en la reorganización de forma nueva y valiosa de un todo que se manifiesta en cualquier actividad humana. Desde el punto de vista de la terapia, la creatividad constituye una actitud necesaria en el proceso psicoterapéutico que se orienta a un quehacer más flexible y en consecuencia más adaptativo. A la vez el desarrollo de la creatividad o actitud creadora del cliente pasa por la integración de todas las dimensiones de su persona y por la conciencia de la propia responsabilidad en la construcción de su realidad. Esta posición a la que Kelly denomina *alternativismo constructivo* es un aspecto clave en el proceso psicoterapéutico en cuanto conlleva una redefinición operativa del presente en vistas a la apertura al cambio que permita un avance significativo del proceso existencial (Rosal y Gimeno-Bayón, 2001).

Coherente con lo anterior, son objetivos prioritarios del proceso psicoterapéutico en la PIH, potenciar la reconstrucción creativa de símbolos, superar la simbiosis y provocar

cambios en la actitud vital. En vistas a estos objetivos se requiere por parte del paciente/cliente¹ la toma de conciencia de los bloqueos, dispersiones y distorsiones de la energía que dificultan el fluir vital de su existencia a fin de poder superarlos. Para ello el proceso pasa por el análisis estructural y funcional de los *estados del yo* de la personalidad, por explorar a través de diferentes estrategias el *guión de vida* que rige la existencia del cliente y la posición actitudinal que adopta ante la misma, la llamada *posición vital*. También a lo largo del proceso psicoterapéutico se busca poner de manifiesto los *juegos psicológicos* que rigen las relaciones que establece la persona que acude a terapia, las emociones parásitas y prohibidas que subyacen a su malestar, etc.

En definitiva, el proceso psicoterapéutico en el marco de la Psicoterapia Integradora Humanista pasa por una aceptación del sí mismo genuino, por la superación de las interrupciones del ciclo de la experiencia y por el desarrollo de las capacidades personales que orientan hacia un estilo creativo en el pensar, el amar y el trabajar para el logro de una personalidad y conductas sanas. Los elementos que se consideran indispensables para la consecución de esta meta son dos: la relación terapéutica dada la relevancia de la experiencia relacional para el crecimiento personal y las técnicas o estrategias empleadas en el proceso terapéutico que permiten la utilización integrada de la energía psicológica y corporal.

1.4. La relación terapéutica

De lo expuesto hasta el momento se desprende que plantear la psicoterapia como proceso de crecimiento personal implica por una parte la aceptación de la realidad con sus límites y por otro el deseo de superación por parte del cliente/paciente en vistas al logro de una "vivencia auténtica" (Rosal, 2002). Pero sobretodo, interesa destacar que esta visión del cambio implica entender la psicoterapia como un proceso que va mucho más allá de la mera mejoría de los síntomas observables. Este aspecto -que se pondrá en evidencia en el capítulo en el que se describe el tratamiento diseñado para esta

¹ Tradicionalmente la Psicología Humanista ha tendido al empleo del término "cliente" considerando que este permite una conceptualización más simétrica de la persona que acude a terapia. No obstante, a lo largo de este documento nos referiremos indistintamente a los términos "cliente" y "paciente". Entendemos que el término "paciente" más allá de las connotaciones peyorativas que se le puedan atribuir, implica principalmente la condición de sufriente como indica su origen etimológico (*patior* que significa sufrir). "Por tanto ratifica la estructura esencial de la relación terapéutica al dar protagonismo a aquel del que nos preocupamos conjunta e intencionadamente" (Craig, 2004, p. 49).

investigación- adquiere gran importancia en las metas y objetivos que se plantean pero también en las actitudes que adopta el terapeuta, puesto que estas afectan indiscutiblemente a la relación que establece con el cliente.

Y puesto que "la psicoterapia no se puede concebir al margen del establecimiento de una relación interpersonal entre cliente y terapeuta" (Corbella y Botella, 2003, p. 205) la Psicología Integradora Humanista presta especial atención a los elementos a partir de los que se co-construye esta relación. Bording (1976) identificó tres componentes de la alianza terapéutica: el vínculo terapéutico, el acuerdo en las metas y el acuerdo en las tareas. Componentes que se han mostrado como aspectos clave del éxito de la terapia en numerosos estudios posteriores (e.g., Bachelor, 1991; Barber, Luborsky, Crits-Christoph, Thase, Weiss, Onken y Gallop, 1999). En el presente apartado se aborda brevemente cada una de estas cuestiones y a lo largo de él se enfatizará en que "la existencia de una relación empáticamente armoniosa y respetuosa, en la que el terapeuta afirma la experiencia del cliente y le aprecia con autenticidad, en vez de evaluarlo, aumenta la confianza de la persona en sus propias capacidades" (Greenberg, Rice y Elliott, 1996, p. 21).

La relación terapéutica se entiende como un encuentro profundo interpersonal e intrapersonal en el que debe darse un clima de cambio creativo. Desde esta perspectiva, se destaca la importancia del vínculo en la relación terapéutica y se propone que el terapeuta adopte una serie de actitudes, entre las que se encuentran las actitudes rogerianas de empatía, aceptación incondicional y congruencia por considerarse que son favorecedoras de dicho clima (Rogers, 2000). Además en la Psicoterapia Integradora Humanista se espera del terapeuta que adopte un papel activo en el proceso porque como afirma Polster (1973) "el terapeuta es su propio instrumento" (p. 34).

Las actitudes del terapeuta a las que se hace referencia son fruto de la antropovisión en la que se justifica el modelo y pueden deducirse de lo dicho en apartados anteriores. Respecto al cliente/paciente las actitudes a adoptar por parte del terapeuta consisten en considerar al cliente como una personalidad singular e irrepetible que es experto en su propia experiencia. Confiar en sus capacidades psíquicas para un comportamiento creativo a lo largo del proceso terapéutico y estar receptivo a

cualquiera de las dimensiones de su conducta son actitudes que el terapeuta humanista considera necesarias. También se concede gran importancia al hecho de estar atento al efecto de resonancia, es decir, a las vivencias emocionales y cognitivo-intuitivas que experimenta el propio terapeuta, respecto a las conductas del cliente en la sesión.

Dentro de estas actitudes se incluyen del mismo modo aquellas que hacen referencia al terapeuta respecto a sí mismo y respecto al proceso, así como a otras que aluden al modelo desde el que se trabaja. La evitación de conductas de salvador (Berne, 1995) y de actitudes que favorezcan el establecimiento de una neurosis de transferencia, la conciencia de las propias limitaciones y la consecuente necesidad de cuidado de sí mismo forman parte de las primeras. Estar atento a los acontecimientos de cambio que se producen en el paciente tanto dentro como fuera de la sesión de las segundas. En cambio, ser consciente de los límites de todo modelo psicoterapéutico estaría entre las terceras. Además, el terapeuta cuenta con elementos técnicos facilitadores del proceso que complementan estas actitudes (Rosal y Gimén-Bayón, 2001).

Se entiende que la relación terapéutica no es, ni puede ser un hecho aislado de las técnicas y estrategias empleadas por el terapeuta, ya que el empleo que se haga de las mismas constituye un factor que puede o no favorecer esta relación. Por ello en la PIH los elementos técnicos y estratégicos que se contemplan son numerosos, entre ellos se encuentran: el uso del espacio, de los elementos materiales y del tiempo, la utilización de la experiencia del encuentro interpersonal, el empleo de la dramatización y la expresión corporal, el uso de la regresión y el uso de la fantasía. Aunque aquí solo nos detendremos en aquellos que consideramos más relevantes para la comprensión de la propuesta psicoterapéutica que planteamos.

La capacidad para el contacto pleno con la realidad presente requiere centrar el trabajo terapéutico en el "aquí y ahora". La intervención no está focalizada en la experiencia pasada sino en cómo dicha experiencia condiciona la construcción del momento presente. Dado que desde el modelo se pretende que el cliente oriente con libertad y responsabilidad el sentido de su vida, la tarea del terapeuta consiste entonces en ofrecer alternativas válidas de construcción de la realidad que permitan el desarrollo de la creatividad. Devolviendo a la persona la responsabilidad sobre su propia vida para

construir y reconstruir su experiencia de manera más creativa. En este contexto, la intervención terapéutica se dirige a confrontar y abordar los aspectos que inhiben la autenticidad emocional. La capacitación o recuperación del contacto con las experiencias emocionales genuinas de cada persona es un elemento clave de la terapia así como su expresión y comunicación. Las manifestaciones del crecimiento emocional se pueden observar especialmente en la dimensión intrapsíquica a partir del contacto con las propias emociones "aquí y ahora" y en la dimensión relacional con la expresión de las emociones en forma socializada y auténtica (Rosal y Gimeno-Bayón, 2001).

La integración de la actividad imaginaria y la dimensión corporal en psicoterapia se justifica por varios motivos. Por un lado, se entiende la imaginación como un proceso creativo de la psique que permite una mayor integración individual e interpersonal. Además, el uso de la fantasía permite el acceso a material emotivo no consciente y permite evitar la racionalización a la que se tiende con las técnicas exclusivamente verbales. La actividad imaginaria constituye la frontera entre lo cognitivo y lo emocional, lo psíquico y lo somático. Por otro lado, integrando la dimensión corporal el cuerpo se convierte en objeto directo de la terapia ya que este se utiliza como recurso para la toma de conciencia de los conflictos del cliente. Es a través del cuerpo que se hace posible la dramatización y la expresión corporal de dichos conflictos tanto a nivel intra como interpersonal dentro de la sesión. Este aspecto reviste gran interés porque, como defienden autores como Moreno (1966) es distinto narrar una experiencia que actuarla.

Una vez expuestas las cuestiones relativas a las actitudes que favorecen la relación terapéutica y a los recursos técnicos de los que puede hacer uso el terapeuta solo queda hablar de cómo se lleva a cabo la intervención del terapeuta en el modelo de la PIH. En este sentido, Gimeno-Bayón y Rosal (2001) advierten que contemplar los problemas existentes en cada una de las fases y la búsqueda de cambios intra e inter-sesión no pueden convertirse en los únicos protagonistas del trabajo terapéutico. La intervención necesita de un contexto que la haga significativa para el paciente a fin de evitar que se convierta en una amalgama de parches que no afectan a la estructura de su persona. Por tanto, es necesario enmarcar las intervenciones en torno a la demanda del cliente "que tiene que poder relacionar los cambios buscados y obtenidos por cualquier intervención con lo que él desea cambiar" (Gimeno-Bayón y Rosal, 2001, p.

194). Para ello se debe tener en cuenta el momento de la terapia y aspectos del cliente como la etapa evolutiva en la que se encuentra, el marco cultural desde el que parte y el conjunto de su proyecto vital.

1.5. El grupo como contexto terapéutico

Es frecuente que autores como Corey (1995) distingan entre terapia de grupo o grupo de crecimiento personal y psicoterapia de grupo. El grupo de crecimiento personal tiene como meta la prevención, la autoconciencia y la superación de los obstáculos que impiden el crecimiento de las personas. En cambio la psicoterapia de grupo implica el tratamiento de un trastorno psicopatológico y la reconstrucción personal de los miembros. En la PIH no se distingue entre psicoterapia de grupo y grupo de crecimiento personal porque, como se ha señalado anteriormente, para este modelo la meta de la psicoterapia es el crecimiento personal. En apartados previos se ha argumentado que la superación de la psicopatología pasa por un proceso de aprendizaje creativo orientado al crecimiento personal y no meramente por la disminución o desaparición de la sintomatología. Las metas y objetivos que se plantean son dobles, por una parte hacen referencia al proceso de grupo en general y por otra a cada miembro en particular.

Desde la Psicoterapia Integradora Humanista se entiende que, en la terapia grupal, el grupo no es sólo el contexto del tratamiento, sino que constituye el instrumento clave (Traube, 1990). Tanto es así que se parte de la idea que la terapia en-grupo ofrece la oportunidad de experiencias personales y relacionales que no pueden encontrarse en otro lugar ni tan sólo en otras modalidades terapéuticas. Yalom identifica once factores terapéuticos específicos de la psicoterapia de grupo: infundir esperanza, universalidad, transmitir información, altruismo, desarrollo de habilidades de socialización, aprendizaje vicario, catarsis, recapitulación correctiva del grupo familiar primario, factores existenciales, cohesión de grupo y aprendizaje interpersonal (Vinogradov y Yalom, 1996; Yalom, 1986). Algunas de estas experiencias surgen de la propia dinámica grupal, por este motivo desde esta perspectiva la tendencia es respetar el proceso propio de cada grupo. El grupo es mucho más que la suma de los individuos que lo componen, tiene vida propia y cada grupo es único e irrepetible.

La retroalimentación grupal es un aspecto fundamental a tener en cuenta en la práctica de esta modalidad terapéutica ya que es un factor curativo en sí mismo (Yalom, 1984, 1986). Ofrece a quien la recibe la posibilidad de relacionar una conducta a sus consecuencias interpersonales en el plano de la vinculación emocional así como descubrir elementos de dicha conducta que le eran desconocidos, es decir tomar conciencia, y de este modo, abrir posibilidades de cambio hacia un auto-concepto más realista y adaptativo (Gimeno-Bayón, 1994). Por otra parte, ofrece también la oportunidad de establecer relaciones de intimidad, éstas son, relaciones sinceras, ausentes de juegos psicológicos, en la que las personas implicadas dan y reciben libremente sin ningún tipo de manipulación (Berne, 1995). Para ello es preciso que las aportaciones realizadas por los miembros del grupo estén orientadas al crecimiento personal del que las recibe y del que las ofrece. En este sentido, hay dos aspectos muy importantes en el contexto de la intervención grupal: las actitudes del terapeuta y las técnicas o estrategias empleadas.

A fin de potenciar al máximo los beneficios de una retroalimentación grupal constructiva y creativa el terapeuta debe adoptar las actitudes descritas en el apartado anterior. Pero además, el terapeuta de grupo debe ser capaz, como afirma Shapiro (1978), de integrar dos tipos de liderazgo, uno orientado a la dimensión intra-personal y otro a la dimensión interpersonal (citado en Corey, 1995). El liderazgo interpersonal está orientado especialmente a la calidad de la interacción. En este sentido, para que la interacción sea positiva debe ser: responsable, flexible, rítmica, elegida, subjetiva, propuesta, no impuesta, clara y sencilla, espontánea, precisa, empática, creativa y activa (Rosal y Gimeno-Bayón, 2001). Se trata que el terapeuta sea capaz de crear y potenciar una dinámica en la que los participantes sientan "al grupo lo suficientemente seguro y capaz de prestarles apoyo como para estar dispuestos a expresar las diferencias y tensiones básicas" (Vinogradov y Yalom, 1996, p. 34).

La selección de técnicas y estrategias empleadas en el contexto de la terapia grupal deben potenciar la retroalimentación positiva por parte de los miembros. Aunque con frecuencia dichas técnicas son similares a las utilizadas en la psicoterapia individual, existen una serie de intervenciones más específicas de la psicoterapia de grupo. En la PIH se distingue entre las intervenciones de grupo y las intervenciones en grupo. Las primeras, se entienden como intervenciones grupales en las que son invitados a

participar simultáneamente todos los miembros del grupo y se centra en el tratamiento de las interacciones entre ellos. En cambio, las segundas hacen referencia a aquellas intervenciones individuales dentro del contexto grupal, las llamadas intervenciones *en pecera*. Se trata de un trabajo individual por parte de uno de los participantes pero realizado dentro del grupo. Este tipo de trabajos ofrece, entre otras, la ventaja de contar con la retroalimentación no sólo del terapeuta sino también con la de todos los miembros del grupo lo que, sin duda, enriquece la intervención.

Además, en el contexto grupal, a diferencia del individual, pueden ser planteadas intervenciones en las que se requiere la participación de diversos miembros. Zinder (1978) opina que estas intervenciones requieren del terapeuta una actitud activa y directiva además de sensibilidad, inventiva, empatía y un profundo respeto por los miembros del grupo (citado en Corey, 1995). Algunas de las estrategias y técnicas más empleadas en la PIH son los experimentos con diálogos gestálticos, trabajos con fantasía guiada, técnicas psicodramáticas, trabajos de recreación y representación de sueños, técnicas de inversión de roles, ensayo de conductas, etc.

En resumen, puede decirse que la intervención psicoterapéutica en el contexto grupal conlleva ventajas específicas de aprendizaje puesto que ofrece la oportunidad de tener experiencias que gozan de la riqueza que supone la presencia de pares implicados. Concretamente, en los grupos que se desarrollan bajo la perspectiva de la PIH -en los que psicopatología y normalidad no son mutuamente excluyentes- se pretende la integración de todas las dimensiones de la persona y se concibe el proceso psicoterapéutico orientado al desarrollo de sus potencialidades. Es por ello que la participación en éstos conlleva un mayor nivel de implicación emocional, de auto-apertura y de confrontación por parte de los miembros del grupo que en otros modelos psicoterapéuticos.

Capítulo segundo: El papel de las emociones en psicoterapia

2.1. ¿Qué son las emociones?

2.2. Aportaciones importantes desde la psicología de la emoción.

2.2.1. Las emociones resultan de la interacción de la persona con el entorno

2.2.2. La emoción constituye un proceso complejo

2.2.3. El proceso emocional es dinámico

2.2.4. La emoción es anterior a la conciencia

2.2.5. Funciones de la emoción

2.3. Las emociones básicas

2.3.1. Las emociones básicas: miedo, rabia, tristeza y alegría

1.5. El trabajo con las emociones en psicoterapia

"No hay nada que nos haga sentir tan humanos como las emociones, tan humanos y tan dependientes." (Morgado, 2006, p. 13).

Introducción

Hebb, en 1949, afirmó que el hombre pertenece a la más emocional de todas las especies, poniéndose con esto en contra de la idea que el grado de emotividad correlaciona negativamente con el desarrollo filogenético y la sofisticación del SNC (Fernández-Abascal, Palmero y Martínez-Sánchez, 2002). Este capítulo no se entra en el debate de si las emociones están por encima de la razón o si la razón lo está por encima de las emociones, ya que desde la perspectiva holista e integradora desde la que partimos entendemos que ambas dimensiones son imprescindibles y están íntimamente relacionadas entre sí. Tal y como lo expresa la División 32 de la American Psychological Association (2004) al decir que:

Es absurdo considerar a los seres humanos separados de sus cuerpos orgánicos. Las emociones y la experiencia emocional son una parte intrínseca del ser humano, y el cuerpo y la vida emocional no son "menos" que la racionalidad. A la inversa, la racionalidad es más racional cuando está ligada al cuerpo y la emoción. (p. 59)

Las siguientes páginas se centran en el tema de las emociones desde el punto de vista psicoterapéutico. Aunque antes, se presentan algunas de las principales contribuciones que desde la psicología de la emoción se han hecho a este ámbito. A lo largo del capítulo se describen los distintos fenómenos psíquicos que constituyen la dimensión emocional de la personalidad, se hace referencia al desarrollo evolutivo de las emociones, al proceso emocional, a las diversas funciones que pueden atribuirse a la emoción, a los criterios de clasificación que utilizan distintos autores, etc. para finalmente, enfocar el interés en las emociones denominadas auténticas y el abordaje psicoterapéutico de las mismas.

2.1. ¿Qué son las emociones?

Ante la pregunta ¿qué es una emoción? observamos que no hay en la literatura una definición consensuada de emoción. Como afirman Wenger, Jones y Jones (1962) casi todo el mundo piensa que sabe qué es una emoción hasta que intenta definirla, momento en que prácticamente nadie afirma poder entenderla (citado en Fernández-Abascal, et al., 2002). Si bien existen numerosas definiciones (Kleinginna y Kleinginna, 1981), ninguna abarca la multidimensionalidad de este fenómeno. Seguramente debido a la complejidad del proceso emocional (Scherer, 1994) y a que el concepto de emoción ha evolucionado paralelamente a los paradigmas teóricos-culturales dominantes a lo largo de la historia. Ambos factores han contribuido al hecho de que no se dispusiera de una teoría emocional estructurada hasta 1884, año en que apareció de la mano de William James.

Actualmente, las investigaciones sobre la emoción son numerosas, así como las dimensiones de la emoción que son estudiadas: fisiológica, cognitiva, afectiva, relacional, etc. Pero desde el punto de vista psicoterapéutico para adentrarse en el complejo mundo de la emoción hay que remitirse a la dimensión afectiva de la personalidad. La afectividad hace referencia a un mundo de vivencias íntimas y subjetivas que hacen que nuestra posición ante la realidad no sea neutra. En el marco de la afectividad se pueden distinguir, según Gimeno-Bayón (2002), cuatro tipos de fenómenos psicofísicos: emoción, sentimiento, humor o estado de ánimo y pasión.

La **emoción** es una experiencia afectiva intensa, pasajera, brusca y aguda, con un fuerte componente somático que proporciona energía y constituye una fuerza que impulsa hacia determinados comportamientos (Gimeno-Bayón, 2002).

Otros autores elaboran definiciones con un mayor o menor grado de complejidad (e.g., Bizquerra, 2003; Casacuberta, 2000; Fernández-Abascal et al., 2002; Fernández-Abascal, Jiménez y Martín, 2003; Páez y Casullo, 2000). Del conjunto de todas estas definiciones se pueden extraer algunas ideas importantes a tener en cuenta en el abordaje terapéutico de los trastornos psicopatológicos:

1. La emoción resulta de la interacción de la persona con el entorno (Frijda, 1994).

2. La emoción constituye un proceso complejo.
3. El proceso emocional es dinámico
4. La emoción es anterior a la conciencia.
5. La emoción atiende a numerosas funciones

Todos estos aspectos se exponen de forma más detallada en apartados posteriores por las implicaciones que suponen en el tratamiento psicológico de las emociones.

Los **sentimientos** son estados afectivos más estables, conscientes, complejos, estructurados y globales que las emociones pero menos intensos y con menos implicación fisiológica. "Mientras que las emociones son modos de *sentirse afectado* por el mundo exterior, el sentimiento es el modo en que *nos proyectamos* sobre él desde nuestra afectividad" (Gimeno-Bayón, 2002, p. 104). De este modo es posible sentir rabia, en un momento dado, hacia una persona por la que experimentamos un sentimiento habitual de confianza y amistad.

Aunque el concepto de sentimiento es culturalmente muy posterior al de emoción -la palabra sentimiento no aparece hasta el siglo XVIII- (Marina, 1996) podemos encontrar también numerosas definiciones y conceptualizaciones de este fenómeno (e.g., Marina, 1996; Morgado, 2006; Martín-Sánchez, Fernández-Abascal y Palmero, 2002). Pero en líneas generales parece que el sentimiento se entiende como la experiencia subjetiva de la emoción. Los sentimientos vienen a ser como actitudes emocionales que predisponen la respuesta afectiva (Frijda, 1994), son menos intensos pero más duraderos que la emoción.

El **humor** o **estado de ánimo** para Gimeno-Bayón (2002) constituye la "atmósfera interior" (p. 102) de la persona. Puede entenderse como la tendencia básica de la persona para aportar a los estados psíquicos un tono agradable o desagradable (Villagarán, 1996). Implica las creencias acerca de la probabilidad de experimentar afecto positivo o negativo en el futuro. Sus principales características son que dura varios días, suele ser de baja intensidad, tiene carácter global y difuso, la causa puede ser remota en el tiempo (Frijda, 1994; Isen, 1984) y la activación cortical es tónica (Panksepp, 1994).

Gimeno-Bayón (2002) incluye las **pasiones** que considera estables como los sentimientos pero intensas como las emociones, y que en ellas tiene un importante papel la dimensión cognitiva. Se utilizan también para describir una emoción o afecto muy extremos hacia algo o alguien. Otros autores (e.g., Fernández-Abascal, Palmero y Martínez-Sánchez, 2002) no incluyen las pasiones pero si el **afecto**, que está relacionado con la valoración que hacemos de la situación y constituye una tendencia natural hacia lo positivo (bienestar). Tiene dos dimensiones básicas unipolares: placer/displacer (Diener y Larsen, 1984) o sistemas aversivo/apetitivo (Lang, 1995) y se caracteriza porque es difuso, duradero y su activación cortical es tónica.

Las diferencias entre los distintos fenómenos psicofísicos o descriptores emocionales se basan en parámetros que como la especificidad, la intensidad o la duración, no afectan a la cualidad de la experiencia afectiva. Por este motivo a lo largo de este documento se hará referencia a la emoción entendida como la unidad básica del mundo afectivo.

2.2. Aportaciones importantes desde la psicología de la emoción a la psicoterapia

2.2.1. Las emociones resultan de la interacción de la persona con el entorno

Hobson (1991) propuso las emociones como la vía para conocer a los demás y dar carácter de persona. En este sentido, se entiende que si las emociones son básicas, primarias, y de naturaleza social, para su desarrollo, expresión y comprensión se necesitaran experiencias sociales. De acuerdo con esto, Abe e Izard (1999) elaboran una teoría sobre el desarrollo evolutivo de las emociones en la que se observa la influencia recíproca entre el desarrollo socio-emocional y cognitivo. El sistema emocional, que es filo y ontogenéticamente anterior al cognitivo, sirve como sistema motivacional primario a través del ciclo vital. Las transacciones emocionales que tienen lugar en el ambiente social estimulan los avances en el funcionamiento socio-cognitivo, y estos a su vez contribuyen al desarrollo emocional.

Según estos autores, las emociones primarias o básicas aparecen antes de los 2 años y la expresión de éstas juega un papel fundamental en la formación del vínculo de apego. Bebés de tan solo un año son capaces de reconocer si una expresión emocional

adulto es relevante y hacia qué objeto esta dirigida (Moses, Baldwin, Rosicky y Tidball, 2001). El temperamento, que constituye el estilo de respuesta del bebé ante los estímulos ambientales, se entiende como fundamento de la conducta emocional (Buss y Plomin, 1975).

Entre los 2-5 años se consolidan las emociones básicas y empiezan a ser explicitadas verbalmente. Los niños a esta edad desarrollan una "toma de perspectiva afectiva" (Borke, 1971) y empiezan a experimentar emociones aprendidas como la vergüenza y la culpa por la aparición de la autoconciencia. A partir de los 6 años se consolidan las emociones auto-evaluativas por internalización y comprensión de las normas sociales y morales (Villanueva, Clemente y Adrián, 2000). El niño aprende a regular sus sentimientos y a encubrir o fingir sus emociones influenciado por las reglas de expresión emocional de la sociedad (Cole, 1986; Saarni, 1984), denominadas reglas regulativas (Averill, 1994). Posteriormente, en la adolescencia se da una revolución emocional por la co-ocurrencia de emociones opuestas e intensas, labilidad emocional, etc. y fuertes sentimientos (miedo, tristeza, ansiedad, vergüenza, culpa...) ante la evaluación de los demás que previenen o provocan transgresiones sociales y morales.

En resumen, se puede decir que aunque las emociones básicas están presentes desde el nacimiento, hay que tener en cuenta que el desarrollo emocional se lleva cabo gracias a un proceso de maduración y aprendizaje (De Leonardo, 2005). Por tanto pueden estar influidas por factores culturales y sociales como los procesos educativos y de socialización, las normas sociales, la estructura de valores y las prescripciones morales que afectan a la expresión emocional (Páez y Casullo, 2000) y a su experiencia. En cierto modo las emociones también pueden considerarse como construcciones sociales (Parkinson, 1995). Además, hay que destacar la fuerte influencia recíproca que se da entre el desarrollo de las habilidades emocionales y las cognitivas (Abe e Izard, 1999).

2.2.2. La emoción constituye un proceso complejo

La vivencia emocional constituye un proceso complejo que requiere para su estudio un análisis longitudinal y transversal. A continuación se enumeran brevemente las fases del proceso emocional.

Fase 1. Antecedente.

Para que se produzca una emoción es necesaria la presencia de un estímulo antecedente cuyas características dependen de la interpretación que hace la persona y de la demanda de adaptación, en base a criterios de urgencia y significación.

Fase 2. Percepción del estímulo

Hay variables personales que modulan la percepción del estímulo desencadenante como el tono emocional o nivel hedónico (grado de ajuste y bienestar subjetivo), el grado de labilidad emocional (inestabilidad o tendencia al cambio), la reactividad emocional (intensidad personal de la respuesta), el rasgo emocional (Watson y Clark, 1984; Eysenck, 1997; Gutiérrez-Calvo y García, 2000) y el estado de ánimo.

Fase 3. La evaluación

Para que un estímulo desencadene una emoción es necesaria la evaluación emocional, que consiste en un proceso muy complejo, porque a su vez implica dos sub-procesos: la interpretación y valoración. La valoración o estimación de la repercusión personal de estímulo cumple una doble función: la evaluación afectiva de la situación por una parte, y la evaluación del significado del estímulo y de la capacidad de afrontamiento, por otra.

Fase 4. La experiencia emocional.

El sentimiento implica la evaluación y valoración consciente de todos los cambios internos, situacionales o contextuales, y de las experiencias personales previas para que pueda darse la experiencia subjetiva de una emoción. Está conformado por esquemas emocionales (Geenberg et al., 1996) a partir de los cuales es posible otorgar cualidad particular a la emoción experimentada. La experiencia emocional puede clasificarse en torno a tres dimensiones: el grado de placer-desagrado que causa, la intensidad y el grado de control autopercebido (Schmidt-Atzert, 1985). El sentimiento se considera auténtico cuando es coherente con el estímulo que realmente genera la emoción (Averill, 1994).

Fase 5. La respuesta emocional

La respuesta emocional es multidimensional en cuanto abarcan al organismo en su totalidad (Cacioppo, Klein, Berntson y Hatfield, 1993) y se expresa, casi

simultáneamente, mediante tres sistemas de respuesta; la triada cognitiva, fisiológica y conductual (Lang, 1968). Estos sistemas presentan un funcionamiento independiente denominado fraccionamiento de respuesta, lo que comporta una serie de implicaciones tanto para la evaluación como para la etiología y tratamiento de los trastornos emocionales. Pero además existen otros factores como la sensibilidad afectiva y el estado de preparación pre-emocional de la persona que influyen en la respuesta emocional. En general, esta respuesta se manifiesta a partir de conductas complejas pero también incluyen el control de la expresión emocional y la represión emocional que se observa frecuentemente en el contexto terapéutico.

Fase 6. La **orexis**

Es la dimensión motivacional de la emoción. Describe las tendencias de acción, el deseo y los impulsos fruto de procesos emocionales experimentados con anterioridad. Permite entender cómo los sub-procesos evaluativos-valorativos provocan conductas intencionales y como, en ocasiones la emoción funciona como fuente de motivación (Izard, 1993) y en otras surge como resultado de una conducta motivada hacia un fin.

Fase 7. La **expresión** emocional

En la expresión emocional se añaden a la tríada reactiva (Lang, 1968) el sentimiento subjetivo y la tendencia a la acción (Scherer, 1984; Martín-Sánchez et. al, 2002). Hace referencia a la comunicación y exteriorización de la emoción a través de conductas, expresiones faciales, procesos de comunicación verbal y no verbal, etc. Implica la existencia de reglas (constitutivas, regulativas y procesuales) que gobiernan la expresión de las emociones (Averill, 1994). Los mecanismos socioculturales de control emocional, que constituyen reglas regulativas o "reglas de despliegue" (Heider, 1991), pueden provocar sesgos en la expresión emocional manifiesta. Estas reglas pueden variar entre las diferentes culturas e individuos. La inhibición, exacerbación y distorsión son algunas de ellas y están muy relacionadas con la presencia de trastornos orgánicos y psicopatológicos (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002; Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001).

Fase 7. El **afrontamiento**

Es el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas internas y externas valoradas como excedentes para los propios recursos

(Lazarus y Folkman, 1984). Se trata de un proceso psicológico que se pone en marcha cuando los cambios del entorno son no deseados o estresantes, o cuando sus consecuencias no son las esperadas. El aprendizaje y la cultura filtran los procesos de afrontamiento y con el desarrollo las formas más básicas de afrontamiento se transforman en formas elaboradas más cercanas a la resolución de problemas que a patrones automáticos de conducta.

2.2.3. El proceso emocional es dinámico

La emoción en cuanto a proceso también implica una dinámica. Existen numerosos modelos y propuestas explicativas sobre como se desarrolla la dinámica emocional que enfatizan en diferentes fases del proceso (e.g., Frijda, Ortony, Sonnemans y Clore, 1992; Martínez- Sánchez et al., 2002; Lang, 1995).

Gimeno-Bayón (Gimeno-Bayón, 2002; Gimeno-Bayón y Rosal, 2001) describe la dinámica de la emoción utilizando como metáfora un entramado de tuberías en el que pueden distinguirse tres conductos principales: el plano físico, el cognitivo y el afectivo. El agua que fluye de forma constante por este sistema de cañerías representa la vida, los acontecimientos, las cosas que suceden dentro y fuera de nosotros. Si nada lo impide el "agua" fluirá hacia la cañería correspondiente, en caso contrario se desviará hacia aquellas que estén accesibles. Según la autora, a nivel afectivo determinados estímulos externos o internos constituyen una sensación básica de comodidad o incomodidad, que con el desarrollo se diferencian en cuatro sensaciones: peligro, daño, pérdida y satisfacción. Estas sensaciones que entrarían por el conducto de la afectividad, desembocarían, en función de su cualidad cómodo o incómodo, en el circuito de una de las emociones básicas.

Bajo nuestra perspectiva, que difiere ligeramente de esta propuesta, aunque está basada en ella, se entiende que prácticamente cualquier estímulo es susceptible de provocar en nosotros una sensación básica de agrado o desagrado a lo largo de toda la vida. Posteriormente, fruto de la interacción de los subsistemas fisiológico, cognitivo y afectivo que procesan el *input* o sensación a distintos niveles surge la experiencia emocional específica de cada emoción. En base a la intensidad del estímulo y del significado que la persona le atribuye –en términos de funcionalidad- la emoción será experimentada de forma más o menos consciente. Porque puede suceder que la experiencia emocional permanezca inconsciente aunque sea suficientemente intensa si

la persona no la procesa como significativa y funcional, en los distintos niveles (fisiológico, cognitivo y afectivo). No obstante, la energía generada por la experiencia emocional, sea la persona consciente o no, permanece a la espera de una salida que permita el restablecimiento del equilibrio entre los distintos subsistemas. Si el aprendizaje emocional ha sido adecuado la reacción y la expresión de la emoción serán coherentes a su experiencia y la persona podrá experimentar la sensación de haber cerrado el proceso. La propuesta que planteamos puede observarse de forma esquemática en la figura 1.

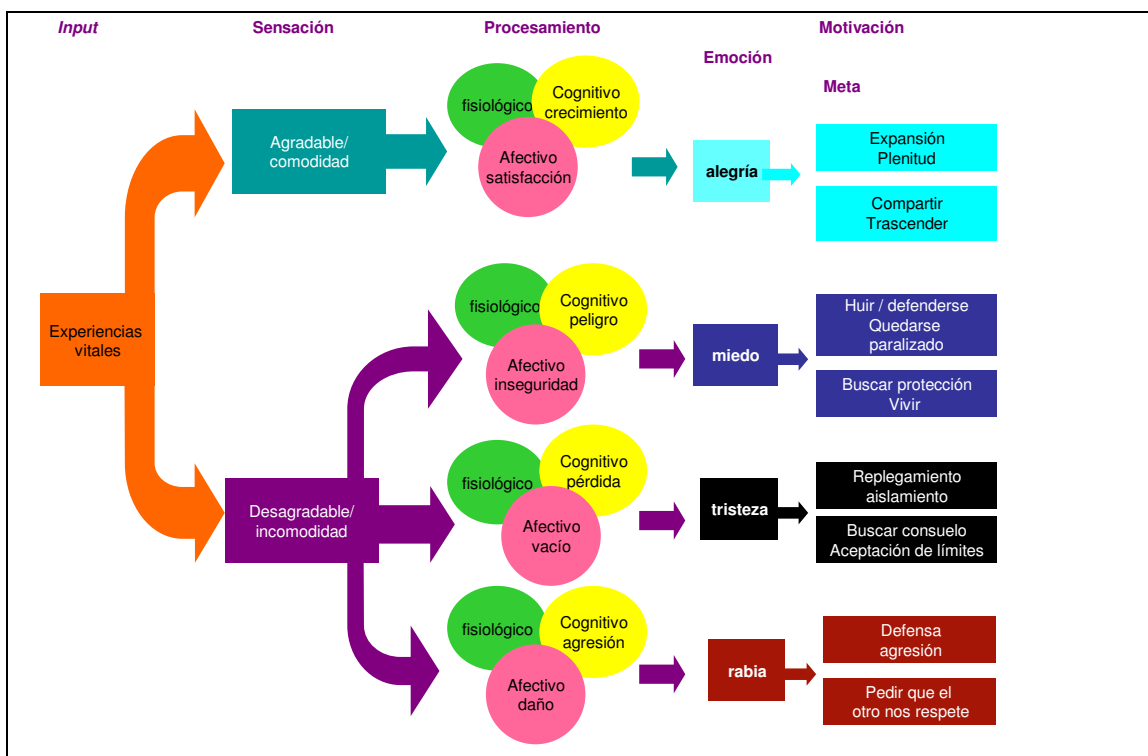


Figura 1. Dinámica del proceso emocional.

Como puede observarse en el esquema las experiencias vitales, los acontecimientos, las relaciones, etc. provocan en la persona la sensación de agrado o desagrado. Una vez dissociadas estas sensaciones entran en el circuito de lo agradable o lo desagradable. A partir de aquí la sensación es procesada de forma específica –tal y como será descrito en el apartado de emociones básicas- a nivel fisiológico, a nivel cognitivo en el que se le atribuye un significado y a nivel afectivo en el que se la asocia a una necesidad. En base a este procesamiento multinivel la persona experimenta una de las emociones básicas que le motivará hacia determinadas conductas (como huir en

el miedo) orientadas a la satisfacción de las metas específicas de cada emoción (como encontrar consuelo en la tristeza). Las estrategias con las que la persona pretenda alcanzar dichas metas están condicionadas por factores personales, de aprendizaje y culturales.

2.2.4. La emoción es anterior a la conciencia.

Que la emoción es anterior a la conciencia es en muchos sentidos una evidencia pero requiere tener en cuenta el nivel de análisis desde el que se realiza.

A nivel filogenético se sabe que es anterior a la conciencia y está presente en todas las especies que poseen dotación genética de *proceso afectivo esencial*, es decir aproximación a lo grato y evitación de lo desagradable (Martínez-Sánchez et al., 2002). También se ha demostrado la existencia de vías que transmiten la información sensorial desde el tálamo a la amígdala sin intervención de los sistemas corticales. Lo que parece una evidencia de que existe un procesamiento emocional pre-cognitivo o pre-consciente (LaBar y LeDoux, 1996; LeDoux, 1999). LeDoux propone el concepto de sistema de evaluación amigdalino, con funciones de valoración sobre estímulos emocionalmente relevantes.

A nivel ontogenético, en apartados previos se ha visto como las primeras competencias del recién nacido de intercambio y de relación con el mundo son básicamente emocionales (Abe e Izard, 1999). George Herbert Mead ya en 1910 mantenía que el primer motor del desarrollo y de construcción de significado y de conocimiento estaba en las emociones. El recién nacido está preparado para captar a nivel emocional lo que conscientemente le resulta aún inapreciable. Al nacer ya sabemos muchas cosas, venimos al mundo con necesidades y sensores para distinguir lo conveniente y lo perjudicial. En este sentido, somos seres dirigidos por valores, las emociones constituyen la guía sin la cual no sabríamos cómo orientarnos en el mundo ni como obrar en él (Marina, 1996).

A nivel de proceso se ha estudiado si en personas adultas es necesario que la evaluación sea consciente para suscitar una emoción. De estos estudios surgen tres posturas: la de los que consideran que es necesaria la evaluación consciente (post-cognitiva), la pre-cognitiva o los que consideran que la emoción puede ser elicitada en

ausencia de valoración consciente del estímulo (Zajonc, 1980, 1984) y la postura integrada que defiende que en las emociones básicas el proceso valorativo es escasamente consciente pero en las emociones complejas la conciencia juega un papel determinante (e.g., Öhman, 1994).

2.2.5. Funciones de la emoción

Otro aspecto muy importante de las emociones es que cumplen numerosas funciones a lo largo de nuestra vida y constituyen el principal sistema de evolución y adaptación. Estas funciones son descritas de modos distintos según los autores y los marcos teóricos desde los que parten (e.g., Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001; Fernández-Abascal, Palmero y Martínez-Sánchez, 2002; Marina, 1996; Scherer, 1994). Para la exposición de este apartado se ha tomado la clasificación que proponen Fernández-Abascal et al. porque incluye las funciones identificadas por la mayoría de autores. Además se incluyen otras que se ha considerado revisten cierto interés.

- **Función Adaptativa**

La función adaptativa filo y ontogenética (Scherer, 1994) permite la detección, percepción y evaluación de estímulos ambientales y la preparación de los sistemas de respuesta psicofísicos. Estas funciones están ligadas a un sistema de respuesta con dimensión expresiva propia (Damasio, 2000), que presenta dos importantes ventajas adaptativas: es rápida y es automática.

- **Función Intra-personal**

Las emociones permiten coordinar los sistemas de respuesta subjetivos, fisiológicos y conductuales, incluso cambiar las jerarquías conductuales. Puede hacer que por encima del aprendizaje emerjan respuestas instintivas. Además favorecen el procesamiento de la información facilitando posibilidades de acción para adaptarse a las demandas.

- **Función Extrapersonal**

Las emociones permiten comunicar a los demás a través de la cara, los gestos, la voz y las posturas, nuestro estado emocional así como influir o controlar la conducta de los otros. También establecen y estructuran nuestra posición en relación a los demás y sus ideas, establecen un espacio entre nosotros y los otros, nos aproximan o alejan, provocan atracción o rechazo.

- **Función Motivacional**

Las emociones permiten movilizar recursos, acompañadas de respuestas fisiológicas que incrementa la activación. Tienen una función social-motivadora - no podemos olvidar que las emociones se dan en un contexto social, son elicítadas por acontecimientos ambientales y provocan actividad relacional- cuando por ejemplo el miedo nos lleva a buscar protección y la tristeza a buscar ayuda. Para Greenberg y colaboradores (1996) la emoción es motivacional porque, como dicen, influye en el establecimiento de las metas y objetivos de la persona.

- **Función Comunicacional**

Algunos autores (e. g., Schwarz y Clore, 1988) piensan que la función principal de las emociones es proveer de información a los otros mediante la expresión de nuestro estado emocional, regulando la interacción con los demás. La expresión es funcional o disfuncional en base a la coherencia de la información transmitida, que depende, en gran parte, de como el sujeto analiza las consecuencias de su expresión emocional. Pero las emociones también actúan como estímulo interno que alerta a recabar información en situaciones ligadas a emociones específicas.

- **Función Valorativa**

La ocurrencia de una emoción implica sensibilidad ante un estímulo, facilitando que se valore como placentero o no. La sensibilidad emocional supone un proceso general de valoración y las emociones cumplen la función de señalamiento de lo relevante, puesto que están siempre elicítadas y dirigidas hacia un fin.

Además de las funciones enunciadas, algunos autores identifican otras más o menos relacionadas con las anteriores. Por ejemplo, Greenberg et al. (1996) destacan que la emoción es **atencional** en cuanto influye en la información que sobresale, dirige nuestra atención y establece prioridades, nos indica hacia qué interesa concentrar la atención e invertir nuestra energía mental, ejerce una función directiva sobre los procesos psicológicos. La emoción también es **memoria** en cuanto su procesamiento esquemático condiciona nuestros recuerdos. "El esquema emocional es una matriz asimiladora y productora de información cuyo principal rasgo es la actividad. Se construyen mediante las diferencias percibidas y asimiladas" (Marina, 1996, p. 95). Castilla del Pino (2000) destaca la "**función vinculativa**" (p. 55) de la emoción muy relacionada con las funciones comunicativa, motivacional y valorativa.

Estas aportaciones pueden resumirse en unas cuantas ideas básicas que deben tenerse en cuenta en el trabajo psicoterapéutico con las emociones:

- ◆ La dimensión emocional es primordial para el ser humano hecho que se justifica por su permanencia y diferenciación a lo largo de la evolución filo y ontogenética.
- ◆ La emoción es multifuncional y multidimensional implica y afecta a todas las dimensiones de la persona (afectiva, cognitiva, corporal, ética,...).
- ◆ El carácter funcional o disfuncional de las emociones dependerá, en gran parte, de un adecuado aprendizaje de las habilidades emocionales.
- ◆ La cualidad e intensidad de las emociones es personal depende de muchos factores que influyen en la forma en que éstas son procesadas por quien las experimenta (Clore y Ortony, 2000).
- ◆ El conocimiento de las fases del proceso emocional y de su dinámica posibilita la identificación y diferenciación de múltiples disfunciones emocionales que se observan en psicoterapia.

Todo ello indica que las emociones influyen en nuestras reacciones, en nuestra forma de pensar, en lo que nos genera interés, en nuestros recuerdos, en las decisiones que tomamos, en como planificamos el futuro, en la relación con los otros, en nuestra forma de entender el mundo y en la forma de comportarnos en él. "Resultan críticas para establecer el sistema de valores, las convicciones y los prejuicios que guían la conducta y determinan también el comportamiento ético" (Morgado, 2006, p. 14). En definitiva, resulta imposible separar las emociones del bienestar psicológico y de las relaciones sociales (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001).

Más a pesar de la indudable funcionalidad de las emociones hay que tener en cuenta que:

- La experiencia emocional siempre es adaptativa pero la expresión de la emoción puede no serlo (e.g., Keltner y Gross, 1999).
- La conducta emocional puede ser funcional a corto plazo pero puede no serlo a largo plazo (e.g., Greenberg y Pavio, 2000).
- Las emociones pueden ser disfuncionales en función de su intensidad, frecuencia, duración y aparición inapropiada (e.g., Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001).

2.3. Las emociones básicas

Previo a la descripción de las emociones básicas se ha considerado necesario dedicar unas líneas a precisar qué se entiende en esta investigación por emociones básicas. Para ello y dado a la multitud de clasificaciones existentes se introduce este apartado con la presentación de aquellas que han suscitado nuestro interés; bien por la frecuencia con la que se presentan, bien por la aportación original que suponen. A partir de la bibliografía revisada las emociones se pueden distinguir entre:

- *Emociones primarias o simples y emociones secundarias o complejas* en función de su naturaleza biológica o social (la mayoría de autores).

- *Emociones positivas y emociones negativas*, en función del grado de placer o displacer que provocan (e.g., Vázquez y Pérez-Sales, 2003).

- *Emociones básicas, emociones sociales y emociones mixtas* (aquellas en que se experimentan a la vez más de una emoción) en función del grado de complejidad (e.g., Martínez-Sánchez et al., 2002).

- *Emociones alovalorativas y emociones autovalorativas* en función de criterios de vinculación con los demás y con uno mismo (Castilla del Pino, 2000).

- *Emociones desagradables, emociones existenciales, emociones provocadas por condiciones de vida desfavorables, emociones provocadas por condiciones de vida favorables y emociones empáticas* clasificación más compleja que atiende a distintos criterios (Lazarus y Lazarus, 2000).

- *Emociones de la vitalidad, emociones del yo individual y emociones peculiares o transitivas*, en función de las tendencias o motivaciones hacia las que se orientan (Lersch, 1966; citado en Rosal y Gimeno-Bayón, 2001)

- *Emociones primarias adaptativas, primarias desadaptativas, secundarias adaptativas, secundarias desadaptativas, instrumentales desadaptativas e instrumentales adaptativas* en función de su dinámica y aprendizaje (Greenberg y Pavio, 2000).

Como se ha comentado en apartados anteriores desde pequeños los niños aprenden a reconocer y expresar sus emociones. Hay emociones universales que derivan de las formas posibles de enfrentarse al mundo, con la realidad y con uno mismo. Estas emociones se modulan de distinta manera en las diferentes etapas de la vida, en las diferentes culturas y en los diferentes momentos históricos (Marina, 1996). Es por esto

que también desde pequeños los niños aprenden qué expresiones emocionales son toleradas, premiadas, prohibidas o ignoradas en su contexto familiar y social, es lo que se conoce por cultura emocional. En estos casos puede suceder que “el proceso energético que abre la emoción queda privado de salidas coherentes con la dinámica psicofísica” (Gimeno-Bayón, 2002, p. 113). En base a estas observaciones, a lo largo de este trabajo se emplea la siguiente clasificación que resulta especialmente útil en la práctica psicoterapéutica.

- En base a su naturaleza:
 - emociones básicas
 - emociones complejas
- En base a su funcionalidad:
 - emociones auténticas
 - emociones parásitas
 - emociones prohibidas

Por *emociones básicas* se entienden aquellas que son innatas y universales, onto y filogenéticamente primarias, poseen un importante sustrato biológico. Un aspecto importante es que están asociadas a expresiones faciales así como a patrones neuroendocrinos y localizaciones cerebrales, cosa que no sucede con las emociones complejas. Se perciben como agradables o desagradables, son adaptativas nos activan para la acción, forman parte de la comunicación con los demás y actúan como poderosos motivos de la conducta. Son naturales en cuanto su experiencia no está mediada por la cultura aunque si puede estarlo su expresión. Estas emociones básicas son la alegría, el miedo, la tristeza, la rabia y el asco que se abordarán de forma más amplia en el apartado posterior. Sin embargo a diferencia de otros autores (e.g., Palmero y Fernández-Abascal, 2002; Izard, 1991; Plutchik, 1994) no incluimos aquí la sorpresa³.

³ No incluimos la sorpresa como emoción básica porque todavía existe un debate abierto sobre si la sorpresa realmente constituye una emoción. Bajo nuestro punto de vista no se trataría de una emoción en sí misma ya que carece de valencia positiva o negativa, por su brevedad no constituye un verdadero proceso emocional y no está directamente asociada a ningún sentimiento – recuérdese que el sentimiento es la vivencia subjetiva de la emoción-. Más bien la entendemos como una cualidad del estímulo que afecta a la intensidad de la experiencia y a la respuesta de otras emociones. Es decir, es la cualidad de novedoso o inesperado del estímulo lo que hace que una emoción se experimente de forma sorprendente. Así un estímulo que desencadena miedo si se presenta de forma imprevista

Las *emociones complejas* son secundarias ya que resultan de la evolución cultural y social de las emociones básicas. Son aquellas que en origen constituyen emociones básicas pero que se matizan por factores socio-culturales o que resultan de la combinación de más de una emoción básica. Algunos autores (Martínez-Sánchez et al, 2002) consideran que emociones complejas como la vergüenza o la culpa cuando están orientadas a un fin cumplen una función reguladora de la motivación social; provocan conductas prosociales, ejercen funciones de anticipación y prevención, favorecen la coherencia y la prudencia en las relaciones interpersonales y marcan la jerarquía en y entre los grupos.

También se contempla la presencia de *emociones auténticas o genuinas*, *emociones parásitas* y *emociones prohibidas* (Berne, 1995) que se basan en la funcionalidad de la experiencia emocional para la persona y que se han tomado del Análisis Transaccional. Desde esta perspectiva se distinguen cuatro emociones auténticas: miedo, rabia, tristeza y alegría. Estas emociones coinciden con las emociones básicas, citadas anteriormente, aunque aquí no se incluye el asco⁴.

Cuando se da un aprendizaje distorsionado de la vivencia emocional puede darse la eliminación automática y sistemática de las emociones, a éstas se las denomina ***emociones prohibidas***. La persona no puede o no se permite expresar alguna emoción, porque ha aprendido que no le es funcional. En este caso la energía emocional puede desviarse hacia otra emoción permitida la ***emoción parásita*** que se experimentará de forma desproporcionadamente fuerte y cuya expresión no corresponde a la situación presente. Estas emociones contaminan la expresión pero

provocará un *susto*, la noticia de una pérdida repentina provoca consternación, una fiesta inesperada de cumpleaños genera alegría, etc.

⁴ El **asco**, que es una emoción básica, no se ha incluido entre las emociones auténticas por varios motivos. El primero, es que se trata de una emoción que ha sido poco investigada, y las pocas investigaciones existentes se centran en los rasgos característicos de la expresión facial de esta emoción (Ekman y Friesen, 1982). El segundo, es que la experiencia subjetiva de asco, que se limita al rechazo del estímulo desencadenante, es muy instintiva pero, en la mayoría de los casos, carece de componentes cognitivos susceptibles de ser elaborados en un proceso terapéutico. Seguramente sea debido a que los estímulos que elicitán esta emoción son fundamentalmente químicos, relacionados con ciertos alimentos, secreciones corporales, conductas sexuales inapropiadas, etc. (Rozin, Haidt y McCauley, 1999).

también la experiencia emocional de otras emociones básicas y ambas llevan a la persona hacia un estado de confusión emocional. Esto sucede cuando, por ejemplo, el niño aprende que es más ventajoso o útil –en términos afectivos- expresar miedo que rabia. El miedo se constituye como la emoción parásita que impide la expresión coherente con la experiencia emocional auténtica de rabia. Este ejemplo concreto puede observarse frecuentemente en nuestra sociedad en la que la expresión natural de la rabia no está socialmente aceptada, especialmente en las mujeres, pero sí el miedo. En cambio, en los hombres la rabia puede actuar como emoción parásita de una emoción prohibida que puede ser el miedo o la tristeza. ¿Quién no ha oído decir alguna vez que los hombres no lloran?

Para finalizar este apartado queremos expresar nuestro desacuerdo con aquellos que conciben las emociones en términos positivas o negativas (e.g., Vázquez y Pérez-Sales, 2003). En su lugar optamos por la denominación de emociones agradables o placenteras y emociones desagradables o displacenteras. Entendemos, por las razones que se han expuesto y las que se expondrán más adelante, que la experiencia emocional es siempre positiva se viva o no como una experiencia agradable. En todo caso, para que la vivencia emocional sea realmente positiva la reacción, la experiencia y la expresión emocional deben mantenerse coherentes, es decir, la vivencia emocional debe de ser "auténtica".

2.3.1. Las emociones básicas: miedo, rabia, tristeza y alegría

La persona organiza su mundo afectivo de forma particular en función de sus características fisiológicas, psicológicas y de las experiencias vividas, que le llevan a interpretar la realidad de forma particular. Como se ha visto en apartados anteriores la respuesta emocional es multidimensional e incluye manifestaciones somáticas, cognitivas, conductuales y afectivas y éstas además son específicas para cada emoción. Cada emoción posibilita un estado único y especial que permite al organismo reaccionar ante situaciones concretas (Fernández-Abascal, Palmero y Breva, 2002). En cada una de las emociones estas dimensiones (somática, cognitiva, conductual y afectiva) interaccionan entre sí de forma compleja. Tal vez sea éste uno de los principales motivos por el que carecemos de una definición consensuada de emoción.

El presente apartado se destina a describir cada una de las emociones auténticas dado que el tratamiento que proponemos en esta investigación se basa en el desarrollo de las habilidades en torno a estas emociones. A lo largo del mismo, se abordarán aspectos como la conceptualización de cada una de ellas, la experiencia que generan, sus funciones específicas, las respuestas fisiológicas y conductuales con las que se expresan y las estrategias de afrontamiento a las que están asociadas. Y aunque no nos detendremos en la descripción de las emociones complejas, si se expondrán los aspectos más relevantes de la culpa, por las implicaciones que tiene en psicoterapia.

El miedo

Atiende a la principal finalidad de cualquier ser vivo: la supervivencia. Tal vez por ello, sea la emoción que más atención ha recibido por parte de los investigadores y teóricos. Aunque el miedo puede ser desencadenado por cualquier estímulo, en alguna persona, se ha intentado clasificar estos estímulos y se ha propuesto la existencia de 3 tipos de miedos (Mayr, 1974): el miedo no comunicativo (producidos por seres no vivos), el miedo inter-específico (producido por otras especies animales) y el miedo intra-específico (producido por individuos de la misma especie). El denominador común es que activa, en quien lo experimenta, su sistema de conducta aversiva, que proporciona la activación necesaria para evitar o escapar de la situación. La activación rápida y automática de las respuestas se encuentra programada en la dotación genética de casi todos los mamíferos. LeDoux (1999) propone la existencia de 2 vías: la vía larga formada por el tálamo, corteza sensorial, amígdala, hipotálamo y los centros efectores y la vía corta formada por el tálamo, hipotálamo, amígdala y los centros efectores, que garantiza la inmediata actividad conductual del organismo.

La **experiencia** de miedo se da cuando un estímulo es valorado consciente o inconscientemente por la persona como una amenaza física, psíquica o social. Aunque el **desencadenante** prototípico es la amenaza a perder la vida, también se desencadena cuando aparece cualquier otra variable asociada a la misma o a su calidad. Pero especialmente se produce cuando la amenaza se encuentra próxima ya que la inmediatez denota peligro y el peligro desencadena miedo. La **experiencia subjetiva** que genera son sentimientos de aprensión, desasosiego y malestar. Su característica principal es la sensación de tensión, preocupación y recelo por la propia seguridad o salud, habitualmente acompañada por la sensación de pérdida de control.

Su **función** específica está relacionada con la adaptación y la supervivencia, y se manifiesta a través de diferentes procesos:

- El miedo es un sensor que avisa del riesgo vital, se activa cada vez que detecta la presencia de un estímulo o situación que amenaza la integridad vital o su equilibrio.
- Tomar conciencia de la dificultad de la situación, de lo que se puede perder y en consecuencia decidir escapar o enfrentarse.
- Activación de todos los mecanismos y procesos relacionados con la defensa, así como de las conductas que distancien al estímulo del sujeto. Por lo que se refiere a la respuesta se ha observado que hay una asociación ente el tipo de estímulo y el patrón psicofisiológico de defensa o huida (Hamm, Cuthbert, Globisch y Vaitl, 1997). Pero a pesar del indudable papel de esta emoción en la supervivencia, hay que decir que también puede desembocar en **ataques de pánico**. Estos ataques constituyen la respuesta ante condiciones extremas de bloqueo o de miedo profundo acompañados de una actividad fisiológica inusual (hiperventilación, temblores, mareos y taquicardia, con sentimientos catastrofistas y pérdida total de control).
- También las funciones motivadoras y sociales del miedo están relacionadas con la supervivencia afectiva a lo largo del desarrollo. Desde el nacimiento los miedos innatos en el recién nacido fomentan el vínculo con la madre y las figuras de referencia.

La **respuesta fisiológica** se da por un incremento en la secreción de epinefrina que produce la activación simpática del SNA. Luego provoca el aumento de la frecuencia cardiaca, de la presión arterial y de la conductancia de la piel, así como la reducción de la volemia y de la temperatura periférica – sensación de quedarse “helado”-, sequedad de boca y sudoración. A nivel somático se producen elevaciones fásicas en la tensión muscular, aumento de la frecuencia respiratoria (respiración superficial e irregular) y proporciona el tono muscular adecuado para emprender la huida o evitación. Según LeDoux (1999), los cambios fisiológicos y las manifestaciones expresivas son las mismas tanto cuando funciona la vía corta como la vía larga. En cuanto a la **conducta motora y expresiva**, la evitación de la amenaza puede ser activa o pasiva. Es activa en el momento que se lleva a cabo alguna conducta dirigida

a alejarse de la situación o estímulo y pasiva cuando se trata de pasar desapercibido o de no sufrir daño, mediante la ausencia de conducta de huida.

Las **estrategias de afrontamiento**, relacionadas con las conductas que desencadena la emoción, pueden ser también pasivas o activas. El afrontamiento pasivo se da cuando la persona estima o cree que no posee los recursos para imponerse a la situación. Por tanto sus esfuerzos se orientan hacia la protección a fin de minimizar, paliar o mitigar los efectos negativos que se prevén. En cambio, el afrontamiento activo se da cuando la persona utiliza recursos para imponerse o dominar con la creencia que sus habilidades le permitirán evitar las consecuencias negativas de la situación. En estos casos también es posible que el miedo actúe como motivación para afrontar nuevos peligros, ya que son vividos como retos.

La rabia

Hay quien piensa que no tiene fundamento biológico ni básico (Averill, 1982), sin embargo para la mayoría esta emoción tiene una fundamentación biológica ineludible. La rabia prepara al organismo ante situaciones que significan ofensa, desprecio (Russell y Fehr, 1994; Solomon, 1993) o injusticia y está marcadamente presente en todas las especies emocionales por su utilidad adaptativa. La **experiencia subjetiva** que genera son sentimientos de irritación, enojo, furia e ira frecuentemente acompañados de obnubilación, incapacidad o dificultad para la ejecución eficaz de los procesos cognitivos y focalización de la atención. Los **estímulos** que la desencadenan son muy variables, cualquiera que implique necesidades insatisfechas lo es potencialmente. El proceso de valoración y significación, muy influido por la cultura, se relaciona con el bloqueo o frustración de una meta.

La **función** de la rabia es la protección y defensa de la propia integridad, de la descendencia y de los bienes (materiales o no como las creencias, valores o juicios). Se trata de una emoción básica para entender la vida afectiva y la supervivencia humana, que posee funciones de regulación interna y comunicación social. Fisiológicamente prepara al organismo para iniciar y mantener intensos niveles de activación focalizada y dirigida a un objetivo. A nivel psicológico está relacionada con la autoprotección y la aparición de conductas de agresión, pero las dificultades en su

regulación pueden tener consecuencias negativas para la salud y el bienestar de la persona (e.g., Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002).

La **respuesta fisiológica** presenta un patrón particular en la rama simpática del SNA (Berkowitz, 1999). Se produce un incremento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial sistólica y diastólica (menos que en el miedo), así como el aumento del nivel y número de fluctuaciones en la conductancia de la piel (más que en el miedo) y de la temperatura corporal, por vasodilatación periférica. A nivel somático se percibe una sensación de calor en el rostro, un aumento general de la tensión muscular y el aumento de la frecuencia pero no de la amplitud respiratoria. El incremento en la secreción de noradrenalina proporciona un aumento significativo de energía, que posibilita acciones enérgicas.

La **conducta motora y expresiva** en la rabia prepara para la acción con connotaciones motoras agresivas y dirigidas hacia alguien (Frijda, Kuipers y ter Schure, 1989). Pero, aunque frecuentemente se observa una clara relación entre rabia y conductas de agresión no siempre tiene que darse, y la rabia, como veremos, puede también expresarse a través de acciones constructivas. Es cierto que activa un programa motor dirigido hacia la agresión, pero también que existen mecanismos genéticos de control cuyo objetivo es el de proteger a los individuos y a la propia especie. En cuanto sus características expresivas son la tensión muscular en todo el cuerpo y especialmente en la cara, la tendencia a mostrar los dientes (derivada de una ancestral tendencia animal a morder), los ojos muy abiertos en conductas amenazantes de ataque o entrecerrados en conductas defensivas de protección. El complejo afectivo-cognitivo-conductual (Breva, 2000; Fernández-Abascal y Palmero, 1999) ayuda a explicar las diferencias entre ira, hostilidad y agresión. Bajo esta perspectiva, la ira se entiende como el componente emocional, la hostilidad como el componente cognitivo y la agresión como el componente conductual manifiesto. Finalmente, las **estrategias de afrontamiento** en la rabia son la defensa ante el ataque o el ataque dirigido al obstáculo/s que impide alcanzar el objetivo.

La tristeza

La tristeza como emoción ha recibido poca atención en psicología, aunque si su disfunción más conocida, la depresión. El proceso de valoración puede estar asociado

al fracaso de una meta valiosa actual o posible, pero especialmente está asociado a la pérdida de una persona u objeto. La pérdida de un ser querido es el prototipo de esta emoción, aunque para que se desencadene la tristeza, la pérdida no tiene porqué ser irreversible o permanente (Lazarus, 1991). También puede experimentarse cuando la pérdida es sufrida por alguien próximo. La **experiencia subjetiva** que genera son sentimientos de desánimo, melancolía, desaliento y pérdida de energía. La atención se focaliza en el ámbito interno, la aflicción y la pena dan lugar a estados de desconsuelo, pesimismo y desesperación con sentimientos de autocompasión. Los estímulos desencadenantes vienen matizados por factores sociales, culturales y religiosos. La estructura temporal de la tristeza puede ubicarse en el pasado, presente o futuro (Power, 1999), aunque algunos autores dudan de que sea posible experimentarla cuando se ubica en el futuro (Palmero y Fernández-Abascal, 2002).

La **función** de la tristeza es la conservación de recursos, por tanto no es inherentemente negativa como algunos la consideran. Socialmente es interpretada como petición o demanda de ayuda, de este modo se incrementa la cohesión social y la unión entre los miembros del grupo, fomentando conductas de ayuda y altruistas (Izard, 1993). Su manifestación expresiva desencadena en los demás sentimientos de empatía, a nivel personal es la emoción más reflexiva que hay, permite la introspección, realizar un balance personal acerca de la situación, del futuro y de la propia vida en general.

La **respuesta fisiológica** tiene efecto sobre el SNA en forma de moderadas elevaciones de la frecuencia cardíaca, la presión arterial sistólica y diastólica (menos que en el miedo) y de la resistencia vascular. Se producen elevaciones en la conductancia de la piel (con incrementos mayores que en el miedo y en la ira), reducción de la volemia y moderado descenso de la temperatura por vasoconstricción periférica. A nivel somático se da una elevación general de la tensión muscular y el aumento de la amplitud respiratoria pero no de la frecuencia. En la tristeza, a diferencia que en otras emociones como la rabia, el aumento de la actividad neuronal se mantiene de forma prolongada.

Conducta motora y expresiva. A nivel conductual se da una importante pérdida de tono muscular del organismo, la apatía motora, el abandono conductual y la pérdida de

interés son las expresiones más evidentes. En la tristeza lo característico es la ausencia de conducta motora, incluso ausencia de preparación para la acción. Esta desmotivación conductual, que incluso puede restringir las conductas que proporcionan información a los demás, puede ser interpretada como una forma diferente de salir de la situación, a partir de la ayuda de los demás. Porque no hay que olvidar que la función motivacional de esta emoción está relacionada con la petición de ayuda. Como en el resto de emociones las acciones se orientan a recuperar el equilibrio perdido por el estímulo que las desencadena, aunque no sea de forma manifiestamente conductual. La conducta motivada esta orientada a solucionar la situación presente y futura en términos de aceptación y reconstrucción de la realidad.

Las **estrategias de afrontamiento** permiten reducir la actividad para focalizarla hacia uno mismo, así se facilita al organismo la restauración de la energía y se prepara para auto-exámenes constructivos (Cunningham, 1988) que ayudan a prevenir traumas. Además, cumple importantes funciones de cohesión con otras personas comunicándoles que no está bien y reclamando de esa forma ayuda (Averill, 1979).

La alegría

Existen pocas investigaciones sobre la emoción de la alegría. De una parte, debido a la escasa importancia que se ha prestado a emociones placenteras desde la ciencia psicológica, mucho más vinculada a las alteraciones, desórdenes y conflictos emocionales. De otra parte, algunos autores opinan que estas emociones tienen menos impacto en los procesos de adaptación y bienestar psicológico (Smith y Lazarus, 1993). Afortunadamente en los últimos años parece que esta tendencia está empezando a cambiar porque se ha visto que tan relevantes son las emociones placenteras como las que no lo son, ya que, al final el objetivo que persigue el organismo siempre es el mismo: mantener o recuperar el equilibrio.

La **función** de la alegría es mantener el equilibrio y el bienestar (Ortony, Clore y Collins, 1996; Lazarus, 1991). Como todas posee funciones adaptativas específicas que consisten en la liberación de tensión acumulada y la vinculación afectiva (Izard, 1991). Favorece el equilibrio entre mente y cuerpo de manera que permite recuperarnos del estrés y la tensión diaria. Pero sobretodo contribuye a la recuperación de la homeostasis tras emociones desagradables, las repara o contrarresta sus efectos

negativos (Fredrickson y Levenson, 1998). También produce efectos beneficiosos sobre el sistema inmunitario (DeCatanzaro, 2001) y la salud en general. A través de sus manifestaciones informa a otros de nuestro estado afectivo actual y ejerce la función de regular la interacción social (Schwarz y Clore, 1988). La risa y otras de sus expresiones características adquieren sentido en el contexto social dónde facilitan la interacción interpersonal, fomentan la diversión y las manifestaciones afectivas, y ayudan a suavizar tensiones. Incluso cuando se expresa sin ser sentida facilita la interacción social (Reeve, 1996). Bajo nuestro punto de vista, una de las principales funciones de la alegría es movernos a evolucionar tanto a nivel individual o personal como a nivel social o grupal. Es la alegría la que nos mueve, en la mayoría de ocasiones, a emprender nuevos proyectos, nuevas relaciones, a proponernos nuevos objetivos, etc. y nos permite reparar estados emocionales que nos llevan al estancamiento. Todo ello hace de la alegría una emoción expansiva en el tiempo y en el espacio.

El **desencadenante** puede presentar una mayor influencia cultural (Rosenman y Smith, 2001) que en otras emociones. Esta emoción suele ser breve, muy intensa y provocada por estímulos específicos (Izard, 1991; Plutchik, 1991; Ekman, 1993) o más duradera, menos intensa y provocada por la percepción holista de las situaciones. Pero no está claro con qué problema o situación está asociada (Levenson, 1999). Las teorías cognitivistas son las que más han estudiado este tema y, en general, consideran que la valoración o interpretación de un evento es el componente clave que la suscita. En concreto, Lazarus (1991) considera que se produce por la valoración referida al progreso razonable respecto a la consecución de un fin deseado, tras una evaluación positiva de las consecuencias e implicaciones. En esta línea, para otros autores la alegría se produce como consecuencia de la valoración de que las metas u objetivos se encuentran próximos, pueden ser mantenidos o se pueden recuperar (Fernández-Abascal, Palmero y Breva, 2002).

La **respuesta fisiológica** cuando es calmada provoca una deceleración de la frecuencia cardiaca y activación del músculo zigomático (sonrisa). En cambio, cuando es exaltada provoca incremento frecuencia cardiaca y tensión muscular. La risa produce cambios hormonales, disminuye niveles de colesterol, epinefrina y hormona del crecimiento en sangre. Aunque no parece que haya un patrón específico que la

diferencie de otras emociones y que los cambios vegetativos que se dan están más vinculados a la intensidad de la emoción que a su cualidad (Lang, Greenwald, Bradely y Hamm, 1993). A nivel somático se produce una gran activación de los músculos del pecho, los pulmones, la garganta y las cuerdas vocales (Izard, 1991). La risa, que supone un elevado gasto de energía, puede interferir en el proceso atencional y, por tanto, en la concentración en la tarea.

Conducta motora y expresiva. La alegría se manifiesta por todo el cuerpo, pero es en la cara dónde más se aprecia con la apertura de los ojos y de la boca que dibujan la sonrisa. Se distinguen 3 tipos de expresiones para la alegría (Ekman y Friesen, 1982):

- Las auténticas o sentidas, que surgen de forma espontánea y natural, mantienen la coherencia entre experiencia y expresión. Presentan un patrón universal, diferenciado de los otros tipos con la implicación del músculo orbicular (DeCatanzaro, 2001), el tono de voz, la postura erguida, la cabeza alta...

- Las falsas que se identifican por la incongruencia entre la experiencia y la expresión. Al manipular la expresión, la sonrisa es asimétrica y carece de otros signos característicos (Ekman, 1980).

- Las miserables que son aquellas en las que se manipula la expresión facial para enmascarar otra emoción con valencia negativa.

No se incluyen las estrategias de afrontamiento para esta emoción porque puede considerarse la alegría como una estrategia de afrontamiento en sí misma.

Respecto a la **experiencia-sujativa** de la alegría (Izard, 1991) existen pocas investigaciones y las que hay la identifican con felicidad. En todo caso, en ambas se da una vivencia positiva, placentera y reforzante acompañada de sentimientos de placer, confort y bienestar. La mente y el cuerpo se hayan en equilibrio, por lo que se experimenta sensación de relajación. Además, de ser placentera la alegría incrementa aspectos que como la autoestima y la auto-confianza son valiosas aliadas para afrontar los desafíos e interpretarlos como retos hacia los objetivos deseados. En general, fomenta una actitud positiva hacia el mundo, optimismo sobre la naturaleza humana y los acontecimientos. Y juega un papel fundamental en conceptos relacionados que como las experiencias cumbre (Maslow, 1994) o las experiencias de flujo (Csikszentmihalyi, 1998; 2003) dejan en aquellos que las experimentan una huella indeleble.

La culpa

La culpa puede diferenciarse de otras emociones complejas como la vergüenza en base a su carácter adaptativo (Olthof, Schouten, Kuiper, Stegge y Jennekens-Schinkel, 2000) y prosocial, también por el grado en el que se centran en el yo (Eisenberg, 2000; Tangney, 1998). Con la culpa la preocupación fundamental proviene de una conducta concreta por lo que no existe amenaza del *yo social* pero puede generar mucho sufrimiento. En muchas ocasiones son simultáneas en la experiencia emocional, los niños son propensos a esta combinación (Ferguson, Stegge, Miller y Olsen, 1999). La capacidad para diferenciar entre situaciones que provocan culpa y vergüenza aparece sobre los 6 años, y no es hasta los 9 años cuando los informes se aproximan al de los adultos (Olthof et al., 2000).

La culpa igual que otras emociones sociales tiene **funciones** de regulación de la motivación social ya que provocan conductas pro-sociales, de anticipación y prevención, de coherencia y prudencia en las relaciones interpersonales, y si están orientadas a un fin cumplen funciones de regulación social. Se gestan en la infancia a consecuencia de estilos de educación represora o muy centrada en los valores como la responsabilidad, la auto-exigencia y el perfeccionismo. Es importante distinguir entre culpa y error porque muchas veces nos sentimos culpables cuando cometemos errores. El error es una equivocación involuntaria, no buscada ni querida, en cambio la culpa es fruto de una falta que se comete voluntariamente. El sentimiento de culpabilidad es el que consume mayor cantidad de energía emocional, porque inmoviliza a la persona en el presente por algo que ya pasó. No obstante la culpa es útil cuando incita a una acción positiva, se acompañada de un sentimiento más desarrollado (justicia, igualdad, generosidad), ayuda a aceptar la realidad, nos hace madurar, invita a perdonar y a perdonamos a nosotros mismos, fomenta la empatía, duele por haber hecho daño a otros y lleva a superarse.

La culpa puede ser auto-impuesta cuando la persona se siente inmovilizada por cosas que ha hecho y es impuesta cuando se infringe una norma o código moral. Puede ser sana o neurótica, depende de su origen y de cómo la resolvamos, pero también puede ser residual cuando ha sido generada en la infancia. Existen motivos frecuentes relacionados con esta culpa: sentimientos, actitudes y comportamientos pasados pueden hacer surgir sentimientos de culpa, tener metas demasiado altas y excesivos

"deberías" (autoexigencia) que llevan a experimentar sentimientos negativos hacia situaciones o personas, dedicarse tiempo a sí mismo entendido como manifestación de "egoísmo", etc,

Para concluir este apartado se presentan algunos datos de investigaciones sobre emociones básicas que deben tenerse en cuenta en vistas a su abordaje terapéutico.

Estas investigaciones apuntan que:

- Las conductas expresivas y subjetivas se relacionan positivamente (Adelmann y Zajonc, 1989), pero existen diferencias individuales en la expresión y experiencia emocional.
- Se ha demostrado que la congruencia de la expresión conductual con la experiencia subjetiva varía con la intensidad del evento emocional (Rosenberg y Ekman, 1994).
- La rumiación es más duradera en las emociones desagradables (Frijda et al., 1992).
- El afecto positivo y el negativo son dimensiones separadas (Diener, Larsen, Levine y Emmons, 1985) que pueden darse conjuntamente, lo que explicaría porque algunas emociones complejas pueden estar constituidas por una emoción agradable y otra desagradable.
- En todas las emociones básicas durante el episodio emocional la intensidad fluctúa en el tiempo (Solomon y Corbit, 1974). Se establecen fases agudas de gran activación en las que se da interferencia con otras tareas, y fases menos agudas en las que el estado puede caracterizarse como humor o estado de ánimo consecuente.

2.4. El papel de las emociones en psicoterapia

En este apartado dedicado al trabajo con las emociones en psicoterapia es ineludible hacer referencia a las aportaciones de Greenberg y sus colaboradores. Una observación que hacen estos autores es que "en la última década la psicología, en general, y la psicoterapia, en particular, parecen encaminarse, en gran medida, hacia una nueva apreciación del papel fundamental de la emoción en el funcionamiento humano y en el proceso de cambio," e incluso "hacia la apreciación de la utilidad de los métodos vivenciales para ayudar a que los clientes cambien" (Greenberg et al., 1996,

p. 364). Aunque, no siempre ha sido así. A menudo el tratamiento psicológico se ha reducido a dotar a la persona de habilidades para controlar o neutralizar las emociones con la finalidad de que no interfieran el trabajo terapéutico y así poder trabajar aspectos que se consideran más importantes (Gimeno-Bayón, 2003b).

A lo largo de la historia de la psicoterapia vemos que el tratamiento de las emociones ha ido variando en función del paradigma dominante. Así vemos que Freud no reconoció adecuadamente la existencia de sistemas emocionales dedicados a los distintos procesos sociales, aunque este error ha sido subsanado por psicoanalistas posteriores. El conductismo se centró en el abordaje de los estados emocionales disfuncionales. Las intervenciones como la relajación, la exposición, la desensibilización o el modelado van dirigidas hacia el control o modificación de las emociones. Los cognitivos consideran la emoción como un fenómeno dependiente de los procesos cognitivos y el tratamiento se centra en la modificación de las cogniciones distorsionadas. La Psicología de los Constructos Personales (Kelly, 1955/1991) entiende las emociones como la conciencia de las transiciones en el sistema de constructos, permiten ver la capacidad predictiva de los constructos y transformar estados fisiológicos en experiencias emocionales conscientes.

La Psicología Humanista ha destacado siempre el valor adaptativo de las emociones en el funcionamiento humano. Las emociones se han entendido como sistema de motivación y orientación. La meta de la terapia no es deshacerse de ellas sino comprender su significado y aprovechar positivamente la energía que generan de forma orientada. Lo que no se debe confundir con la aprobación incondicional de cualquier expresión emocional que pueda fomentar actitudes narcisistas, reduccionismo emocional o que lleven a lo que Rowan (1986) llamó *emocionismo*. Perls (1973; 1974) propuso como experiencia auténtica permanecer en contacto con la emoción y observar cómo evoluciona y hacia dónde, en lugar de escapar de ella buscando alivio al malestar que genera. Gendlin (1983) hizo hincapié en el sentimiento y el significado que subyace a cada experiencia emocional a la hora de explicar el sentido de la emoción dentro del conjunto de la personalidad.

Todas estas aportaciones nos han llevado a un presente en el que afortunadamente "existe una conciencia cada vez mayor en psicología respecto a la consideración de la

emoción como un componente clave en el estudio de la mente” (Greenberg y Korman, 1993, p. 5). En este contexto están apareciendo bastantes intervenciones terapéuticas centradas en el trabajo emocional y algunos enfoques integradores como el de Greenberg, desde el que se afirma rotundamente que una terapia que no se centre en la emoción corre el peligro de no producir cambios significativos.

En la Psicoterapia Integradora Humanista, que constituye el marco conceptual de este trabajo, el mundo emocional es concebido de la siguiente forma (Gimeno-Bayón, 2003b):

- Las emociones comportan como su propia etimología indica una invitación al movimiento, por lo que es difícil encontrar un lugar mejor desde el cual facilitar el cambio en terapia.

- En el subsistema emocional convergen otros subsistemas que lo convierten en un cruce de caminos desde dónde se puede gestionar una integración coherente de la personalidad. En la emoción converge todo el sistema afectivo, pero también todos los subsistemas de la persona: el subsistema corporal, el subsistema motivacional u oréctico y valorativo, el subsistema cognitivo y el subsistema motriz.

- Se parte de una valoración positiva del mundo emocional, de la orientación teleológica inmediata que facilita la emoción por lo que se enfatiza en la bondad básica de la emoción.

- Incluso en aquellos casos en los que la emoción es disfuncional (emociones parásitas y emociones prohibidas) su presencia o ausencia nos sirve para alertar de la presencia de un problema sin resolver que debe tenerse en cuenta en el proceso psicoterapéutico.

- Las emociones son transculturales y transpersonales, nos permiten comprender tanto a personas cercanas como a otras lejanas en el tiempo y el espacio, por lo que constituyen un puente que permite comprendernos y facilita el acercamiento.

Esta conceptualización del mundo emocional es contraria a las intervenciones dirigidas a reprimir las emociones que niegan el valor de la emoción en la construcción de la personalidad humana. También es contraria a aquellas que fomentan el descontrol de las emociones ya que éstas deben expresarse de forma socializada y en el contexto de la interacción dónde se puedan dar y recibir de forma creativa y respetuosa. Tampoco

se comparte la idea irresponsable de que la expresión de las emociones sean fenómenos espontáneos sobre el que no tenemos ningún control. Partiendo de una concepción variable de las motivaciones (Allport, 1975), el cambio terapéutico está orientado hacia la madurez emocional, que comportará la posibilidad de experiencias en relación a emociones y motivaciones más complejas.

Y a pesar de que bajo nuestra perspectiva no existen emociones negativas, si es cierto que las emociones pueden darse en ocasiones de forma patológica. Las reacciones emocionales patológicas son aquellas en las que se da un desajuste en la frecuencia o intensidad. Cuando se da tal desajuste puede provocar un trastorno de salud tanto mental como físico. Por un lado cuando la reacción emocional alcanza niveles demasiado frecuentes o intensos de activación tienden a producir cambios en la conducta y pueden deteriorar nuestra salud si se cronifican. Por otro, la supresión o control de la experiencia emocional puede conllevar niveles altos de activación fisiológica y un cierto grado de inmunosupresión (Cano Vindel y Miguel Tobal, 2001).

De los apartados anteriores también puede deducirse que cuando las emociones están influidas por alteraciones biológicas o socialización inadecuada pueden dar lugar a desórdenes o síndromes emocionales que se manifiestan de forma patológica en la expresión y la vivencia subjetiva de la emoción. Desde la Psicoterapia Integradora Humanista los principales **problemas o distorsiones emocionales** que dificultan la consecución de la madurez emocional son según Gimeno-Bayón (2002, 2003b):

- No tener conciencia de las sensaciones o alguna de ellas, lo que impide el normal desarrollo del proceso emocional.
- No tener conciencia de las emociones. En estos casos la energía se desvía hacia otros canales, se produce el desplazamiento de la emoción hacia otros subsistemas como alternativa de la experiencia emocional. Un ejemplo de ellos son las somatizaciones.
- No actuar las emociones o alguna de ellas aunque se tenga conciencia de ellas. Se da la expresión verbal de la emoción pero no la actividad correspondiente como en el caso de la intelectualización en la que no se percibe una auténtica conexión emocional.

- No tener conciencia de alguna de las emociones básicas o no expresar las emociones o alguna de ellas aunque se tiene conciencia de ellas. Como sucede en las emociones prohibidas comentadas anteriormente.

- Descontrol emocional que puede observarse en diferentes trastornos psicopatológicos como la depresión o sentimiento parásito de tristeza, las fobias con miedo desproporcionado y no adecuado a la situación, conductas violentas fruto de una rabia mal gestionada o en la euforia maniaca que aparenta una expresión descontrolada de la alegría. En estos casos más que de reprimir o controlar las emociones se trata de gestionarlas de forma que puedan encauzarse hacia metas constructivas y creativas.

- Falsa identificación afectiva de la realidad por proyección en el presente de una situación pasada que suele pasar con situaciones emocionalmente inacabadas o no resueltas. La persona queda enganchada en el pasado lo que le impide vivir de forma auténtica las experiencias emocionales presentes.

- Generar emociones manipulativas y buscar deliberadamente sensaciones que corresponden a un tipo de emoción.

- Conflicto entre distintas emociones contradictorias. Es frecuente ante emociones complejas, generadas por más de una emoción básica. Como afirma Marina (1996) en estos casos no todas las emociones se dan en el mismo nivel de afectividad, por esto hay algunas contradictorias. Un ejemplo sería experimentar rabia, en un momento dado, hacia una persona que apreciamos profundamente. La rabia en este caso es la emoción y el aprecio el sentimiento.

- Presencia de actitudes de pseudosensibilidad emocional en quien aparentemente dispone de sensibilidad emocional, pero desconoce el fondo de sus vivencias emocionales genuinas. Se da en personas que sienten lo que toca sentir según dictados externos pero que en realidad no saben discernir lo que sienten desde su yo auténtico (Rosal, 2003).

En la mayoría de ocasiones estas distorsiones se viven de forma inconsciente o semiconsciente y se toman como experiencias básicas y genuinas sin conciencia de alteración. En origen fueron respuesta adaptativa de un niño que tiene pocas opciones y quiere lograr su equilibrio orgánico, evitando el dolor y buscando el bienestar. Surgen en contextos relacionales insanos en los que frecuentemente se dan juegos psicológicos (Berne, 1995) habitualmente en la infancia, aunque también pueden darse

en la edad adulta. Cuando el niño no obtiene los cuidados que necesita, puede aprender a manipular para obtenerlos o cuando la simbiosis con las figuras parentales se prolonga más allá de lo necesario, la persona vive con la sensación de que necesita de los demás para sobrevivir. En casos de abandono por parte de los cuidadores en alguna área o cuando éstos hacen demandas de ayuda al niño demasiado prematuramente (Gimeno-Bayón, 2002).

Desde esta perspectiva, el **trabajo psicoterapéutico** con las emociones se lleva a cabo atendiendo tanto a su proceso como a su contenido. Para ello también resulta útil como recomiendan Greenberg y Pavio (2000) categorizar los trastornos emocionales en: falta de habilidad, evitación o disociación, problemas de regulación, experiencias traumáticas y procesos de construcción de significado. En este contexto, se valora especialmente la importancia de la emoción como factor que moviliza hacia el cambio significativo. Motivo por el que durante la sesión se facilitan experiencias de alto contenido emocional que confronten y desestructuren patrones disfuncionales, a la par que se vela por que la expresión de la emoción sea modulada y socializada. Se busca la distinción entre la respuesta automática de la emoción y la peculiar manera de cada persona de vivir sus valores propios. También se presta mucha atención a las emociones del terapeuta ya que éstas pueden constituir un instrumento de diagnóstico (Hoyt y Goulding, 1989) y son muy relevantes a la hora de establecer el vínculo, comprender y orientar o guiar la sesión hacia el cambio terapéutico. En definitiva, desde este modelo se concibe la emoción como momento del fluir de la experiencia que tiene su sentido en el conjunto del proyecto vital de la persona y no meramente como un hecho aislado.

En base a esta conceptualización de las emociones y de las posibles distorsiones emocionales que pueden presentarse y teniendo en cuenta que un elevado porcentaje de los pacientes que acuden a psicoterapia lo hacen para que les ayudemos a cambiar su mundo afectivo. El tratamiento de las emociones, sin duda, debe ocupar un lugar central en psicoterapia y es difícil pensar que si no las abordamos pueda lograrse el cambio terapéutico. Por lo que la actitud y las intervenciones del terapeuta deben favorecer la acogida de la experiencia emocional del paciente como reconocimiento a su derecho a la subjetividad. Algunas de estas intervenciones pretenden que el paciente pueda:

- Tomar conciencia del riesgo de desorientación que suponen para la persona las emociones inexistentes o prohibidas y las diferentes distorsiones emocionales. A la vez que se toma conciencia del rango de libertad del que se dispone respecto a la expresión emocional.
- Reemplazar las emociones incoherentes que perturban la percepción funcional del "aquí y ahora" y distorsionan el momento en base a la proyección de situaciones pasadas o futuras, por emociones coherentes. Estas emociones serán coherentes en tanto que su calidad e intensidad se corresponda con la situación actual, y por tanto con una utilización positiva de la energía que generan hacia el logro de objetivos al servicio del proyecto global de la persona.
- Poner en evidencia movimientos emocionales desacertados y movimientos de manipulación ambiental o chantaje emocional que no son apropiados para obtener el resultado al que están sanamente orientadas. Y permitir, con ello, la experiencia emocional subyacente y el afloramiento consecuente de la sabiduría que encierran.
- Capacitar al paciente para reconocer las invitaciones emocionales que hacen los demás, discriminar entre emociones y sentimiento o actitudes afectivas, buscar un equilibrio entre el derecho y la necesidad a manifestar sus emociones y el derecho de los demás a que se realice de forma no destructiva. Teniendo en cuenta, que en el marco de libertad emocional y afectiva, la sinceridad afectiva no está reñida con la delicadeza hacia los demás.

Las intervenciones se llevan a cabo a través de diversos **procedimientos** que incluyen actividad imaginaria y corporal que evitan caer en la racionalización y facilitan la autenticidad emocional. Además tienen en cuenta los niveles de conciencia emocional del cliente, que han sido descritos por Lane y Schwartz (1993). Estos autores defienden que la intervención terapéutica debe adaptarse al nivel de conciencia emocional del paciente porque de lo contrario la intervención corre el riesgo de no ser efectiva. El nivel en el que se encuentra el paciente puede identificarse en terapia, entre otras formas, por las habilidades de las que dispone para describir sus emociones. Por ejemplo: una persona en el nivel 1 sólo es capaz de describir sus emociones a través de sensaciones corporales, en cambio otra en el nivel 5 puede describir estados emocionales complejos y diferenciados.

La meta final de cualquier proceso de intervención terapéutica es la madurez emocional, característica de una personalidad sana que implica principalmente:

- La conciencia de las propias emociones y la aceptación de todas ellas como positivas en sí mismas cuando son respuesta a un estímulo adecuado y genuino.
- Tolerar la amplitud de la experiencia emocional y desarrollar el conocimiento emocional que lleva a experimentar las emociones básicas de forma más compleja, reconociendo la multitud de matices con las que se presentan.
- Distinguir entre sentir y expresar o actuar una emoción ya que los adultos disponemos de la capacidad para decidir cómo y cuando expresar una emoción.
- Permitirnos y permitir la vivencia íntima de las emociones y sus respuestas instintivas en el contexto adecuado. Aprender y enseñar que las emociones cuando son expresadas en formas socializadas contribuyen al bienestar propio y ajeno.
- Alcanzar la independencia emocional que nos permita distinguir entre emociones genuinas y propias de aquellas que no lo son (Rosal, 2003).

“Por tanto en psicoterapia es necesario conocer y aceptar la dinámica procesual de las emociones, respetarla y permitirle un desarrollo integrador y creativo orientado al crecimiento del paciente, aprovechando la energía que generan” (Gimeno- Bayón, 2002, p. 105).

Finalmente y para concluir este capítulo se puede decir que las emociones ocupan un papel fundamental en nuestra vida. Cuando son auténticas nos permiten la adecuada adaptación al medio y constituyen fuente de salud mental y física. Por el contrario, cuando se distorsionan o reprimen son fuente de numerosas patologías orgánicas y psicológicas. En estos casos parece que el conocimiento de su dinámica, desarrollo evolutivo, funcionalidad, etc. constituye un paso previo, incluso imprescindible, para su eficaz tratamiento. A lo largo de este último apartado se ha argumentado que la personalidad madura implica un mayor conocimiento emocional así como un mejor manejo de éste. Por tanto, parece lógico suponer la existencia de una inteligencia de las emociones o “inteligencia emocional” (Salovey y Mayer, 1990). En el capítulo siguiente se hará referencia al modelo de habilidad de inteligencia emocional y se evidenciarán los motivos que nos llevan a utilizar este modelo como guía de trabajo con las emociones en psicoterapia.

Capítulo tercero:

La Inteligencia Emocional: Una guía para el trabajo con las emociones en psicoterapia

3.1. ¿Qué es la Inteligencia Emocional?

3.2. El modelo de habilidad de Salovey y Mayer

3.2.1. Descripción del modelo

3.2.2. Evaluación de la Inteligencia Emocional

3.2.3. Instrumentos para evaluar la Inteligencia Emocional

3.2.3.1. Escalas de autoinforme

3.2.3.2. El test de habilidad: MSCEIT

3.3. Investigaciones sobre IE en psicología de la salud

3.3.1. Inteligencia Emocional y bienestar

3.3.2. Inteligencia Emocional y ajuste psicológico

3.3.3. Inteligencia Emocional y psicopatología

"el hábito de trazar fuertes límites conceptuales en el pensamiento, la acción y la emoción como regiones de la mente, puede tener luego que requerir construir puentes conceptuales para conectar lo que nunca se debía haber separado". (Bruner, 1986, p. 112)

Introducción

Este tercer capítulo se dedica a la inteligencia emocional que, bajo nuestra perspectiva, es el constructo que ha permitido integrar dos aspectos fundamentales de la persona, la inteligencia y la emoción. Aspectos que a lo largo de la historia frecuentemente han sido separados e incluso confrontados.

Uno de los primeros precursores en la integración de la inteligencia y la emoción fue Thorndike (1920). Este autor entendió la inteligencia humana como una capacidad constituida por diferentes tipos de habilidades: la *inteligencia abstracta* -habilidad para manejar ideas-, la *inteligencia mecánica* -habilidad para manejar objetos- y además propuso el concepto de *inteligencia social* que definió como la habilidad que permite comprender y orientar a las personas para actuar sabiamente en las relaciones humanas (citado en Chamarro y Oberst, 2004; Salovey y Mayer, 1990).

Posteriormente, algunos autores retoman el interés por vincular los aspectos emocionales a la inteligencia. En 1966, Leuner presenta un trabajo en *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* donde vincula el papel de la familia con el desarrollo de la IE en la etapa preverbal del niño, pero el concepto de Inteligencia Emocional no queda suficientemente desarrollado.

Gardner publica en 1983 "Frames of Mind", donde reformula el concepto de inteligencia y propone una teoría multidimensional: la Teoría de las Inteligencias Múltiples. Sostiene que poseemos diferentes tipos de inteligencias relativamente independientes unas de las otras y sugiere la existencia de siete tipos de inteligencias. De todas ellas, las que presentan mayor interés en el estudio de la IE son la intrapersonal y la interpersonal, que configuran la inteligencia personal, y que mayor influencia tienen en la capacidad de adaptación de la persona. Según Gardner (1997):

La *inteligencia interpersonal* se construye a partir de una capacidad nuclear para sentir distinciones entre los demás: en particular, contrastes en

sus estados de ánimo, temperamentos, motivaciones e intenciones. En formas más avanzadas, esta inteligencia permite a un adulto hábil leer las intenciones y deseos de los demás, aunque se hayan ocultado... (p. 40).

La *inteligencia intrapersonal* es el conocimiento de los aspectos internos de la persona: el acceso a la propia vida emocional, a la propia gama de sentimientos, la capacidad de efectuar discriminaciones entre las emociones y finalmente ponerles un nombre y recurrir a ellas como medio de interpretar y orientar la propia conducta... (p. 42).

Se observa que en este último siglo las teorías de inteligencia han pasado de una visión unidimensional, en la que sólo se tenían en cuenta los aspectos cognitivos, a una visión multidimensional, en la que los aspectos cognitivos se integran con las diferentes dimensiones de la persona, especialmente con la emocional. Esto explicaría el hecho de que hoy en día la idea que subyace al concepto general de inteligencia es la capacidad de adaptación, como defendía Sternberg (1997).

El carácter adaptativo y universal de las emociones al que se ha hecho referencia en el capítulo anterior ha sido reconocido por la mayoría de autores y tradiciones teóricas. Actualmente, se sabe que las emociones más allá del sustrato biológico que las caracterizó durante épocas comprenden aspectos cognitivos, motivacionales y relacionales. Actúan como poderosos motivos de la conducta, tiene un papel importante en las relaciones interpersonales y están fuertemente implicadas en el proceso de "salud y enfermedad" (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001).

En este contexto y a partir de la evolución de los conceptos de inteligencia y emoción surge de la mano de los investigadores Peter Salovey y John Mayer en 1990 la primera formulación del modelo de Inteligencia Emocional (IE). En el presente capítulo, se describirá el concepto y se abordarán aspectos como la validez del constructo, las diferentes aproximaciones teóricas al mismo y los principales instrumentos de los que se dispone para su evaluación. Posteriormente, se revisan las principales investigaciones que relacionan la IE con el bienestar y el ajuste psicológico para finalizar con aquellas que relacionan este concepto con distintos trastornos psicopatológicos.

3.1. ¿Qué es la Inteligencia Emocional?

En 1990 los investigadores John D. Mayer y Peter Salovey acuñaron el término Inteligencia Emocional entendido como un conjunto de habilidades que nos permiten utilizar el conocimiento emocional propio y ajeno para orientar nuestro pensamiento y nuestras acciones. Con esta primera formulación sentaron las bases de su modelo sobre las que iniciaron un proceso de validación del constructo gracias a la creación de diferentes instrumentos de evaluación que han permitido llevar a cabo numerosas investigaciones. Desde entonces son diversas las propuestas teóricas y modelos que han surgido en el empeño de conceptualizar este término.

Poco tiempo después, con la publicación del Bestseller *Emotional Intelligence*, Daniel Goleman (1995) despertó el interés de los científicos y del público en general por este nuevo y hasta cierto punto revolucionario concepto. En su obra presentaba un modelo que, a pesar de basarse en el de Salovey y Mayer (1990), distaba de él en algunos aspectos sustanciales. Concibe la IE de un modo más amplio y recoge aportaciones de diferentes autores que trabajan en torno a conceptos como el pensamiento creativo, el optimismo o el bienestar subjetivo (Mestre, Palmero y Guil, 2004). Por este motivo no sorprende que para Goleman y sus seguidores la IE incluya habilidades tan variadas como celo, persistencia, autocontrol, automotivación, control de impulsos, retraso de gratificaciones, autorregulación de los estados afectivos, evitación del estrés, etc. considerándola un "sinónimo de *carácter*" (Oberst y Lizeretti, 2004).

Por otra parte, Bar-On define la IE como "un conjunto de capacidades no cognitivas, competencias y habilidades que influyen sobre la capacidad de alcanzar el éxito al afrontar las demandas y las presiones del entorno" (Bar-On, 1997, p. 15) y considera que tiene 10 factores clave (habilidades) que son potenciados por cinco facilitadores de la conducta emocionalmente inteligente (rasgos de personalidad). En la misma época, Cooper y Sawaf (1997) en *Estrategia emocional para ejecutivos* presentan un modelo basado en "cuatro pilares" sobre los que se sustentaría la figura del líder emocionalmente inteligente, dónde la IE es una aptitud que permite captar, entender y aplicar de forma eficaz la fuerza y la perspicacia de las emociones en tanto que son generadoras de energía, información, relaciones e influencias.

A pesar de existir algunos elementos comunes, las diferencias que presentan estos modelos son suficientemente importantes como para que no pueda hablarse de una única conceptualización de IE. La principal diferencia es que algunos autores consideran la IE como un conjunto de habilidades emocionales, en cambio otros consideran que incluye diversos rasgos de personalidad. A partir de esta diferencia los modelos desarrollados en torno a la IE pueden clasificarse en dos categorías generales: modelos de habilidad y modelos mixtos (ver tabla 3).

Tabla 3.

Principales modelos teóricos de Inteligencia Emocional

Conceptualización de la IE	Modelo	Componentes de la IE
Modelo de habilidad	Salovey y Mayer (1990)	Identificación y expresión de emociones Regulación emocional Uso de la emoción
	Mayer y Salovey (1997)	Identificación y expresión de emociones Comprensión de emociones Facilitación de las emociones Gestión de emociones
Modelo mixto	Goleman (1995)	Conciencia de uno mismo Autorregulación Motivación Empatía Habilidades sociales
	Bar-On (1997)	Factores de la IE: auto-consideración, auto-conocimiento emocional, asertividad, empatía, relaciones interpersonales, tolerancia al estrés, control de impulsos, valoración fiable, flexibilidad y resolución de problemas.
	Cooper y Sawaf (1997)	Alfabetización emocional Agilidad emocional Profundidad emocional Alquimia emocional

Los modelos que definen la IE como habilidades cognitivo–emocionales parten de las teorías del procesamiento de la información. La principal implicación que comporta esta perspectiva es que las habilidades, a diferencia de los rasgos de personalidad, son susceptibles de ser desarrolladas a lo largo de la vida y pueden ser observadas en conductas concretas. Entre los modelos de habilidad destacamos el propuesto por Mayer y Salovey en 1997 y lo tomamos como referente en este trabajo de investigación. Por este motivo, en los apartados posteriores se describirán de forma más amplia los aspectos teóricos y los instrumentos de medida que permiten su viabilidad operativa.

Los modelos mixtos incluyen en la conceptualización de la IE, además de las habilidades emocionales, aspectos próximos a la personalidad, motivaciones y disposiciones afectivas (Bastian, Burns y Nettelbeck, 2005). La principal implicación que comporta es que los rasgos constituyen dimensiones estables en el tiempo y en diversidad de situaciones. El inconveniente que supone esta perspectiva es que las dimensiones de la IE puedan solaparse con diferentes factores de la personalidad y en consecuencia requieren su desglose en conductas típicas para ser interpretadas. Entre los modelos mixtos, encontramos las propuestas de Goleman (1995), la de Bar-On (1997) y la de Cooper y Sawaf (1997).

Como no constituye objetivo de este trabajo profundizar en dichos modelos sólo cabe destacar que actualmente los modelos que presentan mayor apoyo empírico son: el modelo de habilidad de Mayer y Salovey, el modelo de Inteligencia Emocional Social de Bar-On y el modelo de competencias emocionales de Goleman (Fernández-Berrocal y Extremera, 2006a). Con ello se da por concluida la presentación de las diferentes aproximaciones teóricas a la IE para centrar el interés en el modelo de habilidad de Salovey y Mayer, que como se dijo anteriormente se ha tomado como referente en esta investigación. A lo largo de los apartados siguientes se intentará demostrar y justificar la conveniencia de esta decisión.

3.2. El modelo de IE de Salovey y Mayer

Aunque el debate acerca de lo que es y lo que no es la IE dista de estar concluido, numerosos estudios realizados en estos años confirman que nos encontramos ante un

nuevo constructo. La mayoría de estos estudios se han llevado a cabo desde el modelo de IE de Salovey y Mayer. Seguramente, el motivo por el que este modelo ha despertado mayor interés entre investigadores de distintos ámbitos de la psicología es que además de ofrecer una conceptualización clara y estructurada de lo que es la IE, ofrece las herramientas necesarias para su investigación: los instrumentos de medida.

Salovey y Mayer definen la IE como una "inteligencia" en el sentido tradicional del término (Mayer, Salovey y Caruso, 2000) y las investigaciones realizadas bajo esta perspectiva apuntan que la IE conceptualiza realmente un tipo de inteligencia (e.g., Bastian et al., 2005; Mayer y Salovey, 1997; Schulte, Ree y Carretta, 2004). Lo que sitúa al modelo entre las modernas teorías cognitivas, concretamente entre las teorías del procesamiento de la información. Sin embargo, aunque han desarrollado un modelo consistente sobre las habilidades que configuran la IE no han abordado la cuestión de los mecanismos implícitos que suponen estas habilidades emocionales. En el presente trabajo se adopta el concepto de esquema emocional a fin de ofrecer una explicación en este sentido.

Los esquemas emocionales explicarían los mecanismos que subyacen a la IE coherente con los supuestos básicos de las actuales teorías del procesamiento de la información (véase Greenberg et al., 1996) y con las recientes investigaciones en el campo de las emociones (e.g., Damasio, 2006; LeDoux, 1999). Los estudios realizados desde la psicología de la emoción, como se ha visto en el capítulo anterior, contribuyen a consolidar la idea de que exista una inteligencia de las emociones. No obstante, la verdadera fundamentación de un modelo teórico se halla en su validación empírica. Por tanto, será en los apartados dedicados a la exposición de las investigaciones en torno a la IE dónde la validez del modelo quedará fundamentada.

En el apartado siguiente se pasará a la descripción del modelo de habilidad de Salovey y Mayer, y de las principales características que presenta para posteriormente adentrarnos en las cuestiones que hacen referencia a la evaluación del constructo.

3.2.1. Descripción del modelo

En 1990 Salovey y Mayer enuncian el término de Inteligencia Emocional que "incluye la habilidad de controlar nuestras emociones y las de los demás, discriminar entre ellas y

usar dicha información para guiar nuestro pensamiento y nuestras acciones” (Salovey y Mayer, 1990, p. 189). En esta primera formulación la IE estaría formada por tres grupos de habilidades (ver figura 2):

- **Percepción y expresión de emociones.** Los procesos que subyacen a la IE se inician cuando la información entra en el sistema perceptual. La percepción de la emoción condiciona la experiencia emocional y en consecuencia la expresión emocional. Además, la expresión emocional constituye una fuente de información para los demás de nuestra propia experiencia emocional. Las habilidades de la IE que son recogidas en este grupo incluyen la percepción y expresión de la emoción a través de los canales verbal y no verbal.
- **Regulación de la emoción.** La experiencia emocional puede ser vivida en dos niveles distintos: la experiencia directa y la reflexión acerca de la experiencia. Esta última constituye la meta-experiencia de la emoción y puede ser conceptualizada como el resultado de un sistema de regulación que permite gestionar, evaluar y a veces actuar para cambiar el estado emocional.
- **Uso de las emociones.** Las emociones tienen sistemáticamente una influencia sutil en las habilidades y estrategias que utilizamos en la resolución de problemas. Esto es debido a que la emoción puede alterar la organización de la memoria y es generadora tanto de pensamientos como de planes de acción.

Algunas ideas importantes que pueden extraerse son:

La primera, es que la inteligencia se entiende como una capacidad innata en todo ser humano constituida por habilidades que se desarrollan a lo largo de la vida. Esta concepción, de la inteligencia en general y de la emocional en particular, lo hace distinto –como vimos- de otros modelos como el de Bar-On (1997) o el de Goleman (1996) dentro de los modelos llamados mixtos que consideran la IE un aspecto de la personalidad. En este sentido, el interés del modelo de Salovey y Mayer estriba en que una habilidad es susceptible de ser modificada, en cambio los rasgos de personalidad son características más estables y duraderas a lo largo de la vida.

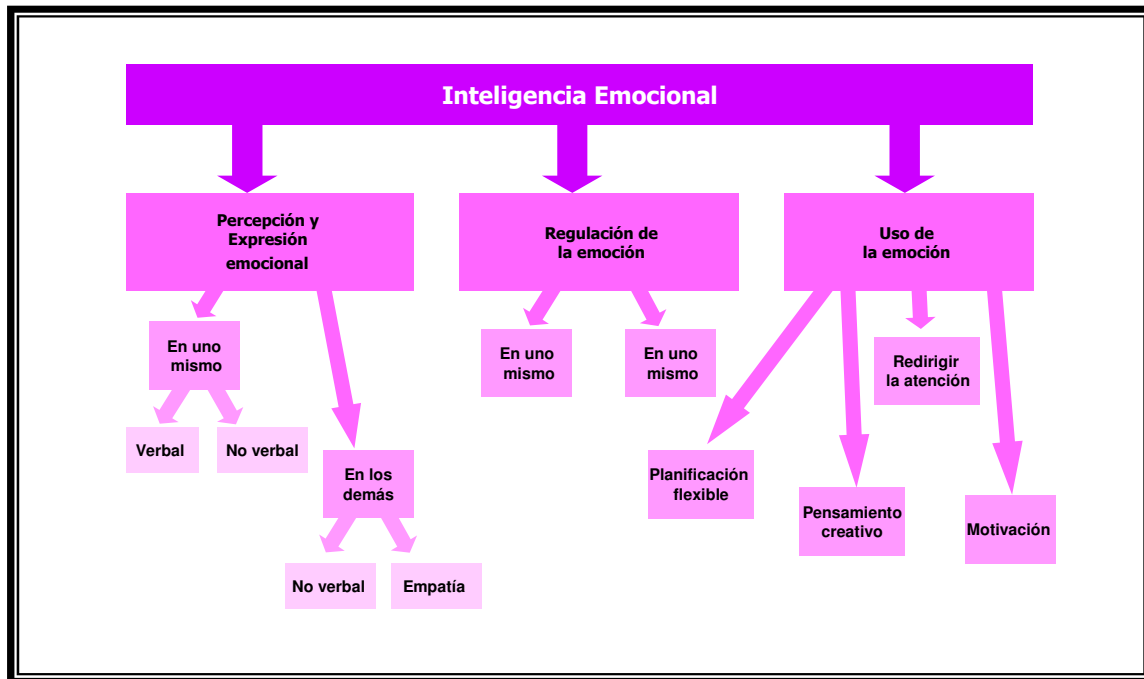


Figura 2. Primera propuesta del modelo de habilidad de la Inteligencia Emocional. Adaptado de Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). "Emotional Intelligence". *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.

La segunda, es que parten del supuesto de que las diferentes tareas y situaciones de la vida conllevan información afectiva y que ésta información es determinante, lo que explicaría que existan diferencias individuales en las habilidades con las que las personas llevan a cabo dichas tareas.

La tercera, es la idea de que posiblemente la información emocional sea procesada de forma distinta que otros tipos de información lo que contribuiría a explicar la IE como un tipo más de inteligencia. Los esquemas emocionales (Greenberg et al., 1996) de los que se habló anteriormente ofrecen una explicación de cómo se procesa la información emocional coherente con este modelo.

La cuarta, es que hipotéticamente la IE formaría parte de la Inteligencia Social de Thorndike y la Inteligencia Personal de Gardner porque al igual que éstas incluye el conocimiento de uno mismo y de los demás. Pero a diferencia de las anteriores la IE estaría focalizada en el reconocimiento de los estados emocionales propios y ajenos, en la regulación y en el empleo de las emociones para la resolución de problemas.

Unos años después, Mayer y Salovey (1997) propusieron una reformulación teórica de la IE en la que dieron mayor énfasis a los aspectos cognitivos y desarrollaron una definición completa y coherente que abarca tanto habilidades básicas como otras más complejas. Estas habilidades presentan niveles jerárquicos de complejidad en las que las primeras están incluidas en las segundas, las segundas en las terceras, etc. De este modo la regulación emocional (nivel 4) implicaría todas las habilidades anteriores y constituiría un mayor nivel de IE. En la figura 3, se ofrece una representación gráfica del modelo en el que observamos que se ha llevado a cabo una revisión en la que la IE ahora “implica la habilidad para percibir con precisión, evaluar y expresar emociones; la habilidad de acceder y/o generar sentimientos cuando facilitan el pensamiento; la habilidad de entender la emoción y el conocimiento emocional; y la habilidad de regular las emociones para fomentar el crecimiento intelectual y emocional” (p. 10).

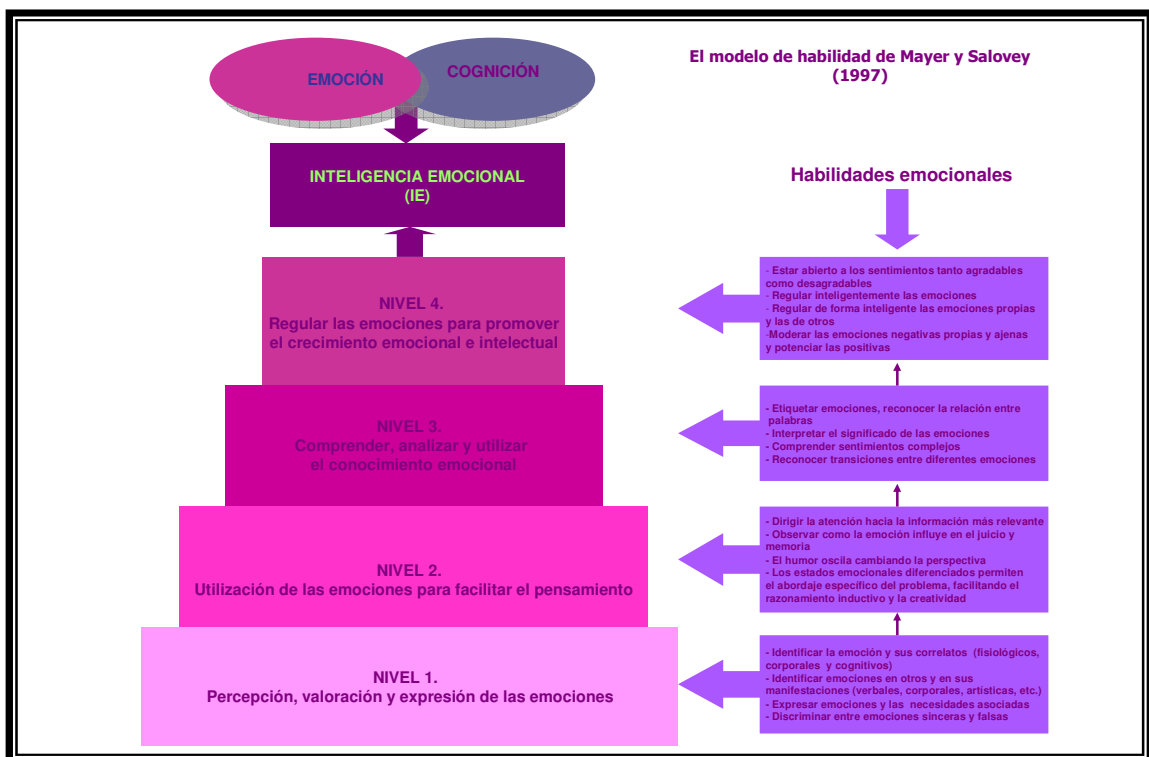


Figura 3. Reformulación del modelo de habilidad de Inteligencia Emocional. Adaptado de Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is Emotional Intelligence? In P. Salovey & D.J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence educational implications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.

También se observa que se han incorporado las habilidades implicadas en la *comprensión, el análisis y la utilización del conocimiento emocional*, seguramente porque el razonamiento sobre la evolución de los sentimientos en las relaciones

interpersonales y en uno mismo es esencial, en cuanto contribuye al bienestar personal e interpersonal. Además, se destaca la importancia de prestar atención a los sentimientos porque como afirman "sólo si una persona presta atención a los sentimientos, puede aprender de ellos" (p. 14) y al logro emocional que representa el aprendizaje que se obtiene con este tipo de información.

Algunas de las investigaciones empíricas en torno a las habilidades que componen la IE permiten identificar las destrezas implicadas en cada una de ellas.

Mayer, DiPaolo y Salovey (1990) llevaron a cabo un estudio en el que observaron la existencia de reglas universales para la identificación de emociones primarias y que la habilidad para percibir dichas emociones correlaciona positivamente con la empatía. Por lo que concluyen que para comprender las emociones de los demás es necesario primero identificarlas.

Otras investigaciones demuestran que las emociones positivas favorecen el pensamiento creativo facilitando las tareas de razonamiento inductivo y que las emociones negativas favorecen las tareas de razonamiento deductivo (Fielder, 1988; Isen, 1987; Schwarz, 1990; Schwarz y Bless, 1991; citado en Fernández-Berrocal y Ramos, 1999). En esta línea el estudio de Palfai y Salovey (1993) destacó la importancia del tiempo de reacción en las tareas de emoción inducida. Pero ante tareas complejas la emoción intensa dificulta la ejecución (Ellis y Ashbrook, 1988; Mackie y Worth, 1989; Oaksford, Morris, Grainger, Williams y Mark, 1996; citado en Fernández-Berrocal y Ramos, 1999) por lo que es necesaria una adecuada regulación emocional.

Las investigaciones sobre conocimiento emocional, indican que éste es necesario para el reconocimiento de emociones complejas (Mayer y Salovey, 1995) y que esta habilidad correlaciona significativamente con la empatía (Mayer y Geher, 1996). Por otra parte, la claridad que proporciona el conocimiento emocional se muestra como un buen predictor de la regulación de los propios estados emocionales (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995).

La regulación emocional está relacionada con la capacidad de los sujetos de recurrir a recuerdos positivos tras haber sido inducidos a experimentar emociones desagradables (Josephson, Singer y Salovey, 1996) y también con el hecho de mostrarse menos estresados tras dicha experiencia (Salovey et al. 1995).

En resumen, la IE representa la capacidad de razonar acerca y con las emociones, permite lograr un aprendizaje de ellas y desarrollar una competencia emocional. Se asume que la persona emocionalmente inteligente debe haber alcanzado un cierto nivel de competencia emocional en las distintas habilidades. Sin embargo, la competencia emocional desde esta perspectiva constituye un proceso constante de investigación personal.

3.2.2. Evaluación de la Inteligencia Emocional

La elaboración de una teoría o modelo acerca de un concepto psicológico, requiere de un proceso paralelo de construcción de instrumentos de medida que permita su validación. Esto se da especialmente cuando los conceptos a los que nos referimos constituyen construcciones abstractas necesarias para conceptualizar fenómenos complejos.

Los constructos psicológicos revisten, a menudo, altos niveles de complejidad ya que hacen referencia simultánea a diversos procesos cognitivos, emocionales, fisiológicos y motivacionales, como sucede en el caso de la Inteligencia Emocional. Además, el método científico exige que ofrezcan la capacidad de ser cuantificados, medidos o evaluados. Esto implica que, como se apuntaba, el valor de estas construcciones abstractas radica tanto o más en los instrumentos que nos permiten su medición que en la teoría que los sustenta. La interacción dinámica entre los procesos de construcción teórica y validación empírica es imprescindible en cuanto que permite ir logrando una conceptualización más precisa de estos constructos.

Gardner (1997) afirma que no podemos evaluar la inteligencia, a lo sumo, podemos evaluar la aptitud de la persona para realizar distintas tareas. Del mismo modo, no podemos medir directamente la IE de las personas y por ello es necesario "demostrar que las habilidades incluidas bajo el término IE son significativamente distintas de la

inteligencia general pero lo suficientemente relacionadas como para calificarlas de inteligencia” (Mayer y Salovey, 1997, p. 16)

En este sentido, no se pueden ignorar algunas cuestiones que comporta la evaluación de la IE señalados tanto por sus defensores como por sus detractores (Caruso, Mayer y Salovey, 2002; Davies, Stankov y Roberts, 1998; Mayer et al., 2000; Mayer, Caruso y Salovey, 1999; Mayer y Salovey, 1997).

- La primera hace referencia a la posibilidad que el constructo IE pueda ser operativizado.
- La segunda, a si es posible evaluar la IE con instrumentos que presenten adecuados índices de fiabilidad.
- La tercera a si la IE es realmente un nuevo constructo y si éste puede ser diferenciado de otros ya existentes como rasgos de personalidad u otros tipos de inteligencia.
- La cuarta, se refiere a qué predicen y a qué nivel lo hacen los instrumentos de evaluación de la IE.
- Y finalmente está la cuestión de cómo determinar que las respuestas en un test de IE sean correctas o no.

En respuesta a las cuestiones planteadas se puede decir que cada vez se conocen más estudios que demuestran la existencia de la IE. Según Mayer y Salovey (1997), para que sean estudios válidos en la consecución de este objetivo deben cumplir tres criterios: evaluar una habilidad contemplada en el modelo, evaluar directamente una habilidad y no una auto-descripción de la inteligencia emocional de una persona y finalmente dichos estudios deben asociar entre sí múltiples habilidades de la IE o asociar una o más de estas habilidades a una variable criterio importante.

Algunas investigaciones realizadas siguiendo estos criterios han mostrado evidencias que respaldan que hay una habilidad básica que explica las diferencias individuales en reconocer la emoción no sólo en las caras sino en estímulos visuales ambiguos (Mayer et al., 1990), que la percepción emocional correlaciona con las puntuaciones de las calificaciones académicas, con la empatía y con la apertura a la experiencia emocional (Mayer y Geher, 1996) y que “la creatividad emocional correlaciona con la comprensión de las emociones” (Averill y Nunley, 1992; citado en Mayer y Salovey, 1997, p. 17).

Estos estudios, entre otros, demuestran que las habilidades de la IE correlacionan entre ellas y que son, en parte, independientes de la inteligencia general.

Respecto a qué predicen los instrumentos de evaluación de la Inteligencia Emocional no se sabe mucho acerca de lo que predicen. Pero se piensa que la inteligencia general predice algunos aspectos del éxito, entendido como logro académico y estatus profesional, concretamente entre el 10% y el 20%, dejando entre el 80% y el 90% para ser explicado por otros factores. Por lo que es posible que la IE pueda predecir una parte de estos logros. Se cree que la IE puede contribuir al éxito en la vida, al menos cuando el éxito se define en términos generales (Mayer y Salovey, 1997).

La cuestión que hace referencia a cómo encontrar la respuesta correcta a un ítem en un test de habilidad de IE será retomada en el apartado siguiente dónde estas medidas de evaluación son descritas detalladamente.

3.2.3. Instrumentos para evaluar la IE

Los instrumentos desarrollados para la evaluación de la Inteligencia Emocional desde el modelo de habilidad son:

- Escalas de autoinforme
- Test de habilidad o ejecución

Aunque son ya numerosos los instrumentos de evaluación creados para evaluar la Inteligencia Emocional (para una revisión véase Extremera, Fernández-Berrocal, Mestre y Guil, 2004) se ha centrado la exposición en aquellos que se han desarrollado en el seno del modelo que nos ocupa. A lo largo de las páginas siguientes se describen los instrumentos más empleados en las investigaciones sobre IE.

3.2.3.1. Escalas de autoinforme

Las primeras escalas de autoinforme que se desarrollaron bajo esta perspectiva fueron el SMMS (State Meta-Mood Scale; Mayer y Gaschke, 1988) y el TMMS-48 (Trait Meta-Mood Scale; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995) para evaluar de forma específica actitudes personales sobre las emociones. Estas actitudes son importantes en sí mismas pero sobre todo porque predicen indirectamente reacciones emocionales actuales (Salovey y Mayer, 1990). Ambos instrumentos se diseñaron para medir el meta-conocimiento que tienen las personas de sus estados de ánimo o lo que

actualmente conocemos por Inteligencia Emocional Percibida (IEP). El interés por evaluar la IEP viene dado porque "a medida que el individuo va madurando, surge una reflexión consistente o meta-experiencia del estado de ánimo y la emoción (...) una cualidad importante es que las emociones se entiendan sin exagerar ni minimizar su importancia" (Mayer y Salovey, 1997, p. 14).

El primero de estos instrumentos, el SMMS, apenas ha tenido repercusión en las investigaciones de la IE. Por el contrario, se han realizado y se siguen realizando numerosas investigaciones con la escala rasgo de meta-conocimiento de los estados de ánimo, el TMMS.

El ***Trait Meta-Mood Scale*** (TMMS-48; Fernández-Berrocal, Alcaide, Domínguez, Fernández-McNally, Ramos y Ravira, 1998; versión original de Salovey et al., 1995) consiste en una escala de autoinforme de 48 ítems que evalúa tres factores de la IE (atención, claridad y reparación) desde la percepción que tienen las personas sobre sus propias habilidades más que sus niveles reales de habilidad. En España son abundantes las investigaciones que emplean la versión adaptada al castellano por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004), el TMMS-24, para el estudio de la IE. Esta escala está basada en la original pero reducida a los ítems que presentaban mejores propiedades psicométricas. Mide el nivel de inteligencia emocional desde el meta-conocimiento de los estados emocionales del sujeto a través de 24 ítems de respuesta tipo Likert. Presenta una correlación apropiada y en la dirección esperada con variables criterio tales como depresión, ansiedad, rumiación, satisfacción vital, etc. Además, demostró ser la que presenta mejores propiedades psicométricas tanto en su versión original (e.g., Davies et al., 1998) como en su versión española (e.g., Extremera, Fernández-Berrocal y Ramos, 2003) cuando se compara con otras medidas autoinformadas de IE (las propiedades psicométricas se presentan en el capítulo sexto).

Otro instrumento desarrollado en el marco de este modelo, es el ***Schutte Self Report Inventory*** (SSRI; Schutte, Malouff, Hall, Haggerty, Cooper, Golden y Dorheim, 1998). Existe una versión validada en lengua española por Chico (1999) que consiste en una escala de 33 ítems que evalúan tres dimensiones de la IE: valoración y expresión emocional, regulación emocional y utilización de las emociones, con cinco opciones de

respuesta tipo Likert. La validez de esta escala en su versión original ha sido fuertemente criticada y cuestionada por Petrides y Furnham (2000) porque plantea algunos problemas psicométricos como la presencia de un cuarto factor. Sin embargo un estudio posterior confirma la estructura trifactorial del instrumento en su versión española (Ferrandiz, Marín, Gallud, Ferrando, López-Pina y Prieto, 2006).

Las escalas de auto-informe TMMS y SSRI son con diferencia las más utilizadas en investigación. Pero la IE bajo la perspectiva de habilidad configura un nuevo tipo de inteligencia y, como se dijo anteriormente, no puede ser evaluada directamente. La única forma de conocer el nivel de inteligencia de una persona es a través de su desempeño en determinadas tareas. El desempeño exitoso de las tareas de resolución de problemas requiere de la puesta en práctica de determinadas habilidades. Por este motivo la IE debe ser evaluada a partir de tareas de ejecución que permitan el empleo de las habilidades emocionales que se quieren evaluar.

Salovey y Mayer junto a sus colaboradores desarrollaron un instrumento basado en tareas de ejecución con el objetivo de ser coherentes con el modelo de inteligencia de las emociones que defienden. La gestación de este instrumento fue un proceso largo y costoso fruto del cual han surgido distintas versiones mejoradas del mismo. El test al que hacemos referencia es el Mayer-Salovey-Caruso Emocional Intelligence Test (MSCEIT V2.0; Mayer, Salovey, Caruso y Sitarenios, 2003, 2005).

3.2.3.2. Test de habilidad: MSCEIT

Como destacaron Chamarro y Oberst (2004), un instrumento de autoinforme suele medir la conducta típica, mientras que un instrumento tipo test pretende evaluar la conducta máxima. De hecho, la utilización de auto-informes para evaluar la inteligencia emocional ha sido muy criticada (Brackett y Mayer, 2003). La utilización de expresiones descriptivas de uno mismo como forma de medir habilidades de inteligencia depende del auto-concepto de la persona que responde, de su grado de auto-conocimiento y de la deseabilidad social de los ítems.

Por otra parte, una de las cuestiones fundamentales que afecta a los test de habilidad de IE es, como se apuntó anteriormente, saber cual es la respuesta correcta a un ítem. Desde esta perspectiva se considera que son diversos los métodos que pueden

utilizarse para valorar si una respuesta es correcta o no. Los métodos utilizados han sido descritos en varios lugares (Mayer et al., 1999; Mayer et al., 2003; Mayer et al., 2005a) y son:

- Método de corrección **general**, basado en el consenso general, consiste en considerar como correctas aquellas respuestas dadas por la mayoría de las personas de una muestra estandarizada.
- Método de corrección **experto**, basado en el consenso de un grupo de expertos en emociones.
- Método **target**, este método no puede ser empleado en todos los ítems porque se basa en contrastar la respuesta dada a un ítem con la de la persona en la cual se basa dicho ítem. La puntuación depende del grado en que la respuesta de los participantes se asemeje a la dada por la persona que escribió la historia.

El **Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test V2.0** (MSCEIT V2.0; Mayer, Salovey, Caruso y Sitarenios, 2003, 2005) de ahora en adelante simplemente MSCEIT. Es el único instrumento conocido basado en la ejecución de tareas para evaluar la IE a excepción de sus antecesores el MEIS (Mayer, Caruso y Salovey, 1999) y el MSCEIT R1.1. (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test; Research versión, Mayer et al., 2000). Fue construido a partir de la reformulación del modelo (Mayer y Salovey, 1997) y tiene como objetivo evaluar las habilidades que configuran la IE de una forma más objetiva que las escalas de autoinforme. Como en los test de inteligencia, la persona pone a prueba sus habilidades a través de diferentes tareas de ejecución que permiten conocer su grado de destreza en cada nivel. Se ha comprobado que, además, la evaluación de la IE con este test no es susceptible al estado de ánimo actual del sujeto evaluado (Lopes, Salovey y Straus, 2003; Matews, Zeidner y Roberts, 2002) y que existen menos posibilidades de que puedan ser falseadas las respuestas que en los cuestionarios de auto-informe (Day y Carroll, 2008).

Está compuesto por 141 ítems con cinco opciones de respuesta cada uno, que miden a partir de ocho tipos de tareas de ejecución los cuatro niveles de habilidad de la IE. La evaluación con este instrumento permite obtener las siguientes puntuaciones (en la figura 4 puede verse la estructura factorial del test):

- Inteligencia Emocional Total: esta puntuación proporciona un índice global de la inteligencia emocional del sujeto.
- Área *Experimental* proporciona un índice de la habilidad del sujeto para percibir información emocional, relacionarla con otras sensaciones como el color y el sabor, y utilizarla para facilitar el pensamiento.
- Área *Estratégica o de razonamiento* proporciona un índice de la habilidad del sujeto para entender la información emocional, auto-gestionarla y utilizarla estratégicamente para planificar el pensamiento y la acción.
- Rama de *Percepción y expresión de las emociones* indica el grado con el que el sujeto puede identificar la emoción en sí mismo y en otros.
- Rama de *Facilitación emocional* indica el grado con el que el sujeto puede utilizar sus emociones para mejorar el pensamiento.
- Rama de *Comprensión de las emociones* indica si el sujeto entiende bien las complejidades de los significados emocionales, transiciones emocionales y situaciones emocionales.
- Rama de *Regulación emocional* muestra si el sujeto gestiona bien las emociones en su propia vida y en la de los demás.

Además, pueden obtenerse puntuaciones para cada una de las tareas y tres puntuaciones complementarias: puntuación de Dispersión, puntuación de Predisposición Positiva-Negativa y Tasa de Omisión.

La validación de la versión española ha sido realizada por Extremera, Fernández-Berrocal y Salovey (2006). En el estudio se administró el test a una muestra de 946 estudiantes de enseñanza media y universitaria. Los resultados mostraron buena fiabilidad y consistencia interna del instrumento (entre ,63 y 90), altas correlaciones entre los métodos de corrección, que las mujeres puntúan más que los hombres en IE total y en todas las ramas del test y que la edad correlaciona positivamente con las puntuaciones del MSCEIT. Esta versión del instrumento se mostró válida para su aplicación en población española aunque no se encuentra a la venta en nuestro país.

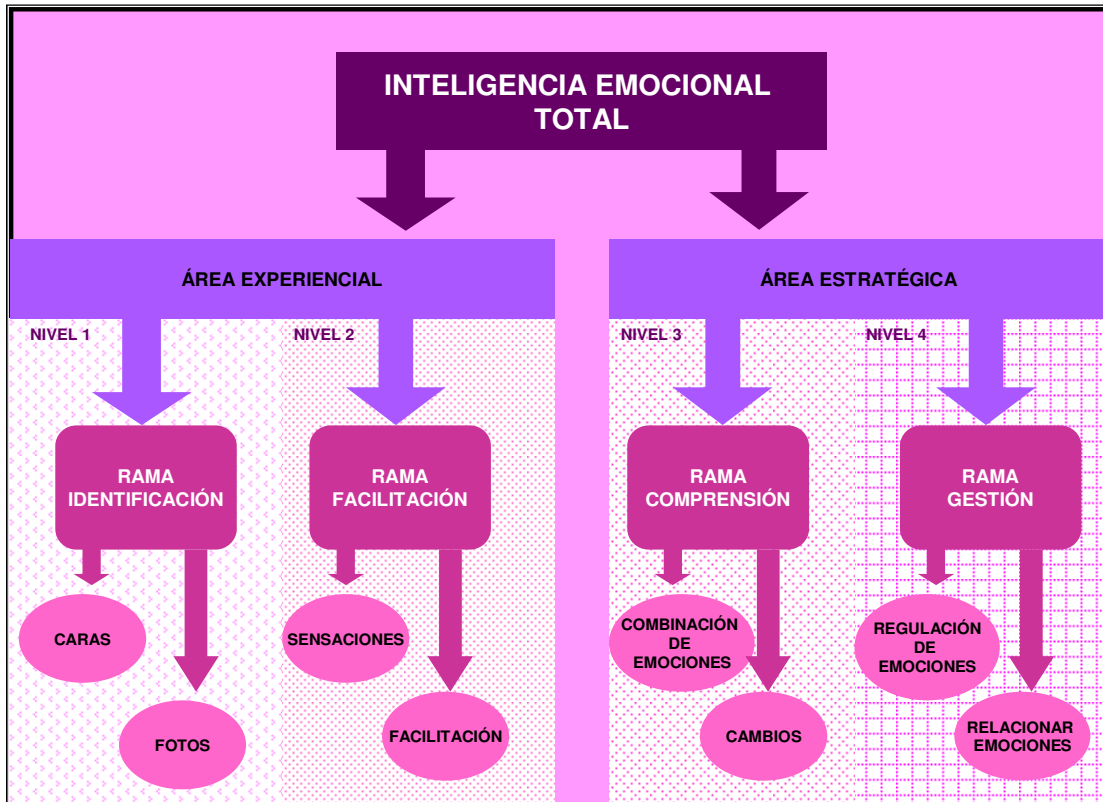


Figura 4. Estructura factorial del MSCEIT. Adaptado de Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. & Sitarenios, G. (2005). Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) user's manual. Toronto, Notario, Canada: MHS Publishers.

Por otra parte, sorprende que, a pesar de las ventajas que ofrece un instrumento de ejecución como el MSCEIT, la mayoría de estudios sobre IE se han llevado a cabo con escalas de auto-informe. Algunas razones que justificarían este hecho son, entre otras, que el desarrollo de los test de habilidad ha sido mucho más lento, por lo que sólo se dispone de ellos desde hace escasamente un lustro; que son más largos por lo que requieren más tiempo para ser administrados; que suponen, especialmente el MSCEIT V2.0., una importante inversión de recursos económicos y humanos para su administración.

Las escasas investigaciones que se han realizado con el MSCEIT indican que la IE evaluada con este test de habilidad correlaciona positiva y significativamente con el bienestar psicológico (Brackett y Mayer, 2003), la empatía (Mayer et al., 1999) y permite predecir mejores interacciones positivas en las relaciones interpersonales de estudiantes universitarios (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004). Zeidner y Kaluda

(2008) observaron como la IE predice parcialmente el amor romántico y Amitay y Mongrain (2007) encontraron que las personas con puntuaciones altas en IE perciben a sus parejas menos hostiles, críticas y distantes que los que obtienen bajas puntuaciones, percibiendo más apoyo de ellas. También se ha encontrado que la IE correlaciona con la inteligencia cristalizada pero no con las habilidades de procesamiento de información (no emocional) relacionadas con la inteligencia fluida (Farrelly y Austin, 2007), aunque permite discriminar entre estudiantes superdotados y no superdotados (Zeidner, Shani-Zinovich, Matthews y Roberts, 2005).

Se observa que en investigaciones más recientes el interés se centra en examinar los distintos criterios de validez del MSCEIT. Los resultados obtenidos por algunos de estos estudios destacan una frágil validez para el factor *facilitación emocional*, y sugieren la revisión de la estructura factorial del test así como del modelo en el que se sustenta (Keele y Bell, 2008; Rode et al., 2008; Rossen, Kranzler y Algina, 2008). Sin embargo cuando se examina la validez de criterio se observa que las puntuaciones en el MSCEIT correlacionan significativamente con las otorgadas por observadores externos (Amitay y Mongrain, 2007; Mestre, Guil, Lopes, Salovey y Gil-Olarte, 2006; Muniz y Primi, 2007).

Existen también algunos estudios que comparan medidas de autoinforme con medidas de habilidad en los que se evidencian ciertas discrepancias entre los resultados encontrados con los diferentes procedimientos de evaluación. Mayer et al. (1999) utilizando el MEIS encontraron que mayores puntuaciones en IE correlacionaban con un elevado nivel de empatía. Sin embargo, otros estudios utilizando el TMMS encontraron que sólo la escala de Atención correlacionaba significativa y positivamente con empatía (e.g., Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002). Por otra parte, Extremera y Fernández-Berrocal (2004) corroboraron ciertas evidencias de validez predictiva de la IE evaluada con medidas de autoinforme y de habilidad en variables de tipo personal. Los resultados indicaron que la subescala de gestión de emociones (MSCEIT) predice mejor la calidad de las relaciones interpersonales y que regulación emocional (TMMS) predice mejor aspectos empáticos.

En otro estudio, en el que compararon los resultados obtenidos con el SSRI,, el MSCEIT y la escala de vocabulario del WISC-R-95 en un grupo de estudiantes, los

resultados indicaron que las diferencias individuales obtenidas en IE dependen del procedimiento de evaluación empleado. Además, sugieren que la IE evaluada con el MSCEIT parece un tipo de inteligencia mientras los resultados con el SSRI no permiten identificar de forma clara la IE como un tipo de inteligencia (Zeidner et al., 2005).

Mestre et al. (2006) investigaron la relación entre IE (evaluada con el MSCEIT y el SSRI), inteligencia, personalidad y variables de adaptación social y académica (valoradas por compañeros y profesores) en adolescentes. Observaron que las chicas puntúan significativamente más alto que los chicos en IE Experiencial, IE Estratégica, IEP, y en adaptación social y académica. Para ambos géneros la IE Estratégica correlacionaba positivamente con las variables de adaptación y en los chicos además la IE Experiencial correlacionaba con adaptación académica. Después de controlar el CI y la personalidad, la IE Estratégica permaneció significativamente asociada a la adaptación académica en los chicos y la social en las chicas. Sin embargo no se observaron diferencias de género en las puntuaciones en el SSRI. Los autores concluyen que las variables de IE reflejan habilidades de adaptación y que los datos obtenidos con los dos instrumentos de IE no son consistentes.

En esta línea, en un estudio (Lizeretti, Oberst, Chamarro y Farriols, 2006) se compararon las puntuaciones en IE e IEP en población clínica con distintas patologías y hallaron que las subescalas del TMMS-24 no correlacionaban con las del MSCEIT, a excepción de atención con uso de emociones que presentaba una correlación positiva pero débil. Curiosamente, se observó que la variable reparación del TMMS-24 correlacionaba negativamente aunque no de forma significativa con el área experiencial del MSCEIT y sus subescalas (percepción y uso de las emociones). En otro estudio con pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad la variable claridad emocional fue el único factor de la IEP que correlacionó positiva y significativamente con IE total (Lizeretti, Farriols, Castell, Rodríguez, Palma, Oberst y Bonet, 2008).

Una posible explicación para estos resultados sería, como sugieren Extremera y Fernández-Berrocal (2004), que el TMMS fue diseñado a partir de la primera formulación teórica de Salovey y Mayer en 1990 para evaluar aspectos más intrapersonales de la IE. En cambio, los test de habilidad (MEIS y MSCEIT) se desarrollaron a partir de la reformulación del modelo -mucho más elaborado- para

medir el constructo de una forma más objetiva y que atendería más a aspectos interpersonales del mismo. No obstante, hay que recordar que la rama de comprensión emocional, evaluada por ambos instrumentos, fue desarrollada por los autores en la segunda formulación del modelo en 1997 y no antes. En cambio el uso de la emoción para facilitar el pensamiento, que no se evalúa con el TMMS, ya estaba presente en la primera formulación.

Por nuestra parte, nos planteamos que la inconsistencia entre ambos instrumentos pueda ser debida, en parte, a una imprecisión terminológica. Numerosos estudios emplean los términos reparación y regulación emocional indistintamente, cuando entendemos que no hacen referencia al mismo aspecto de la gestión emocional. La reparación emocional evaluada con el TMMS alude a la capacidad de la persona para reparar sus propios estados emocionales ante estados de ánimo negativos. En cambio, el término regulación emocional evaluada con el MSCEIT incluye un conjunto de habilidades entre las que se incluye la habilidad de reparar los propios estados emocionales negativos, pero también implica la capacidad de reparar los estados de ánimo negativos en otros, la gestión adecuada de los estados de ánimo positivos, tolerar y abordar los estados de ánimo negativos cuando éstos son adecuados a la situación, regular los estados emocionales en uno mismo y en los demás, aprender de las experiencias emocionales tanto agradables como desagradables, etc. Dicho de otro modo, la reparación emocional constituye sólo una pequeña parte de lo que se entiende por regulación o gestión emocional. Por tanto, es comprensible que las correlaciones entre ambas variables no sean significativas.

A lo largo de la exposición de este capítulo se ha destacado en distintos momentos la conveniencia de evaluar la IE a partir de test de habilidad y se ha argumentado que dichos instrumentos permiten una medición más objetiva y coherente con la concepción de la Inteligencia Emocional como auténtica inteligencia. Sin embargo, en los estudios en los que se han comparado las puntuaciones en escalas de autoinforme y test de habilidad respecto a variables de personalidad e inteligencia los resultados indican que la IE evaluada con escalas de autoinforme correlaciona de forma significativa con variables de personalidad pero no con variables de inteligencia (Ferrandiz et al., 2006). En cambio, las subescalas de los test de habilidad

correlacionan con variables de inteligencia pero no con variables de personalidad (Bastian et al., 2005; Schulte et al., 2004; Warwick y Nettelbeck, 2004).

Por tanto y dado que todo parece apuntar a que el test de habilidad y los cuestionarios de autoinforme miden dimensiones distintas de la IE (dimensión ejecutiva y dimensión subjetiva), pero igualmente importantes, podría ser recomendable el empleo conjunto de ambos procedimientos de evaluación (e.g., Mestre y Guil, 2006). Esta combinación permitiría obtener una información más completa respecto a la inteligencia emocional de los sujetos, aportando datos de cómo se perciben y de su funcionamiento particular en los diferentes niveles de habilidad. Pero además sería posible conocer la consistencia entre ambos tipos de conocimiento emocional y estudiar aspectos como de que factores depende que las personas con una elevada IE se perciban a sí mismas emocionalmente inteligentes o no, si son más adaptadas y felices las personas que se perciben emocionalmente inteligentes o aquellas que disponen de una IE alta, etc. Es decir, si en la práctica es más ventajoso ser emocionalmente inteligente o creerse emocionalmente inteligente, o si por el contrario es imprescindible el cultivo de ambas dimensiones.

Para poner fin a este extenso apartado dedicado a la descripción del modelo de IE de Salovey y Mayer (1997) y de sus instrumentos de evaluación, se exponen seguidamente a modo de resumen las principales características que presenta:

- Desde que surgiera el interés por el estudio de la inteligencia se observaron dos posturas claramente diferenciadas: la determinista y la ambientalista. Actualmente, se observan en psicología posicionamientos intermedios en los que se integra la influencia de la genética y del ambiente. En este sentido, la característica principal de este modelo es que concibe la inteligencia emocional como un conjunto de habilidades entendidas como dimensiones de la persona que se desarrollan sobre la base de capacidades comunes a la especie.

- Se trata de un modelo predominantemente cognitivo porque entiende la emoción como una respuesta organizada que focaliza la actividad cognitiva (Mestre et al., 2004).

- Es un modelo de habilidad jerárquico ya que no se pueden alcanzar las habilidades de nivel superior sin antes haber superado las de nivel inferior.

- Las emociones bajo este punto de vista no están sujetas a juicios valorativos. El modelo no hace referencia a la existencia de emociones positivas o negativas en sí mismas, la emoción es abordada desde una perspectiva adaptativa y se destaca su carácter funcionalista.

- Se concede gran importancia a la dimensión psicométrica del concepto. La evaluación constituye un factor clave en psicología porque, como se dijo, permite medir constructos teóricos que sin la posibilidad de ser evaluados carecerían de valor científico. Es por esta razón que en el marco de este modelo se han ido desarrollando y perfeccionando los diferentes instrumentos que se han detallado anteriormente.

- Además ha sido descrito como un modelo de IE cohesivo y exhaustivo por parte de sus seguidores (Schutte et al., 1998).

3.3. Investigación sobre Inteligencia Emocional en psicología de la salud

En la literatura científica se identifican tres periodos bien diferenciados en la evolución del concepto de inteligencia emocional. El primer periodo estuvo dedicado básicamente a su conceptualización y al desarrollo de los modelos teóricos. Un segundo periodo en el que los esfuerzos se destinaron a la creación de instrumentos que permitieran medir este constructo psicológico y el tercer periodo en el que se ha dado una proliferación de estudios en los que la IE se pone en relación con multitud de variables (Mayer, 2001).

En este apartado se presentan los estudios más destacados en los que se relaciona la Inteligencia Emocional con variables de bienestar y de ajuste psicológico, porque como afirman Bastian et al. (2005) la relevancia de un constructo psicológico depende de su incidencia sobre aspectos significativos de la vida. De los estudios se destacan algunos aspectos descriptivos y las conclusiones de mayor interés para la presente investigación. Previamente, se apuntan algunos resultados en los que se relaciona la IE con variables de tipo demográfico porque estos datos revisten interés para cualquiera que sea el ámbito desde el que la IE sea estudiada.

Varios estudios han encontrado diferencias de género en las puntuaciones en inteligencia emocional obtenidas con el TMMS y con el MSCEIT. Con el TMMS las mujeres presentan mayores puntuaciones en Atención que los hombres (Bastian et al.,

2005), en cambio los hombres puntúan más en Claridad y Reparación (e.g., Fernández-Berrocal y Ramos, 1999), pero con el MSCEIT las chicas presentan más IE que los chicos (Brackett, Mayer y Warner, 2004; Mayer et al., 1999; Mestre et al., 2006).

Los datos preliminares de estudios transculturales apuntan que la cultura es un factor que influye en los resultados del TMMS (Fernández-Berrocal, Salovey, Vera, Ramos y Extremera, 2001; Martines, Fernández-Berrocal y Extremera, 2006) en cambio, el nivel cultural (nivel de estudios y profesión) no parece influir en los resultados (Fernández-Berrocal, Ramos y Orozco, 2000).

3.3.1. Inteligencia Emocional y variables de bienestar

Bajo el término bienestar psicológico se incluyen una serie de aspectos personales y relacionales que actúan como factores protectores de la salud mental y física. Algunos de estos factores como la autoestima, la empatía, la calidad de las relaciones interpersonales o la satisfacción vital, entre otros, se han relacionado con la IE. Estos estudios son importantes para la presente investigación porque son el primer paso para demostrar la implicación de la IE en el proceso de salud-enfermedad.

Brackett y Mayer (2003) compararon diferentes medidas de IE y las relacionaron con indicadores de **bienestar psicológico** en estudiantes. Los resultados indicaron que el bienestar psicológico correlacionaba positivamente con las variables de IE independientemente del instrumento de medida utilizado. En otro estudio se demostró que la claridad y la reparación del TMMS-24 correlacionan significativamente con afectividad positiva (medida de bienestar subjetivo) en personal de enfermería (Landa, Berrios-Martos, López-Zafra y Aguilar, 2006).

También se ha demostrado que los componentes claridad y reparación de la IEP, correlacionan significativamente con la **satisfacción vital** en adolescentes (Extremera, Durán y Rey, 2007), en estudiantes universitarios (Bastian et al., 2005; Cabello, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Extremera, 2006; Extremera y Fernández-Berrocal, 2005) y en sus profesores, independientemente de los rasgos de personalidad y del estado de ánimo (Landa, López-Zafra, de Antoñana y Pulido, 2006). Es más, el factor claridad explica un mayor porcentaje de la varianza en satisfacción

vital que las variables de personalidad (Palomera y Brackett, 2006). Entonces las personas que saben discriminar entre sus emociones y son capaces de reparar sus estados de ánimo negativos se sienten mejor consigo mismas y están más satisfechas con su vida en general. Pero aquellas que prestan demasiada atención a sus emociones se sienten menos satisfechas.

La IE se muestra como un claro predictor de las **relaciones personales** y de amistad en estudiantes (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004) e, independientemente del instrumento de medida utilizado, correlaciona positivamente con la **cantidad y calidad de las relaciones interpersonales** (Ciarrochi, Chan y Bajgar, 2001; Lopes et al., 2003) y con mejores relaciones familiares y de pareja (Mayer et al., 1999). Por el contrario, correlaciona negativamente con el consumo de tabaco, alcohol (Ruiz-Aranda, Fernández-Berrocal, Cabello y Extremera, 2006) y drogas (Limonero, Tomás-Sábado y Fernández-Castro, 2006), conductas desviadas y pobres relaciones sociales (Brackett et al., 2004). En consecuencia, aquellos que son emocionalmente inteligentes presentan más habilidades sociales, mejores relaciones familiares y de pareja (Schutte, Malouff, Bobik, Coston, Greeson, Jedlicka y Wendorf, 2001), y más conductas pro-sociales (Mayer et al., 1999) que aquellos que no lo son.

En esta línea, Mayer et al. (1999) hallaron correlaciones significativas entre habilidades de IE y **empatía**. Otros estudios encuentran que la IEP correlaciona significativa y positivamente con la empatía (Salovey et al., 2002) y que las puntuaciones en el TMMS son más predictivas de las actitudes empáticas (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004). En cualquier caso, parece que las personas con elevada IE tienen mayor capacidad empática que aquellas con baja IE (Schutte, et al., 2001).

También se ha visto que la IE está relacionada con variables personales como la autoestima y el optimismo. Schutte y colaboradores (1998) encontraron que las personas con IE alta son más optimistas. Además, parece que las personas con una mayor capacidad para expresar y reparar sus estados emocionales presentan un nivel mayor de **autoestima** (Cabello et al., 2006).

En resumen, se ha demostrado que la IE está relacionada con la cantidad y calidad de las relaciones sociales y personales, más habilidades sociales y conductas pro-sociales,

más optimismo, mayor capacidad empática, y mayor satisfacción con la vida. Estas investigaciones permiten concluir que la IE constituye un buen indicador del bienestar psicológico de las personas y que directa o indirectamente contribuye a este bienestar. En el próximo apartado se intentará demostrar como además está implicada en el ajuste psicológico de las personas y en consecuencia es una variable que merece tenerse en cuenta en las investigaciones sobre salud mental.

3.3.2. IE y variables de ajuste psicológico

El segundo paso para demostrar la implicación de la IE en procesos de salud-enfermedad lo constituyen las investigaciones que la relacionan con el ajuste psicológico. El ajuste psicológico es un término empleado para hacer referencia a determinados factores relacionados con la vulnerabilidad a los trastornos psicopatológicos. Algunos de estos factores son el estrés, la ansiedad y la depresión. Desde esta perspectiva, el estrés es entendido como un desajuste entre las demandas externas, las motivaciones y las capacidades personales. La ansiedad, cuando no es adaptativa, supone el desajuste entre la situación o estímulo desencadenante y la reacción emocional. También implica una falta de ajuste psíquico la tendencia a atribuir un tono desagradable a los estados emocionales, como sucede en la depresión. El interés que tienen para esta investigación los estudios que relacionan la IE con estas variables es que el desajuste emocional está en la base de la mayoría de los trastornos psicopatológicos.

En las próximas líneas se presenta una revisión de las principales investigaciones que relacionan la IE y variables de ajuste psicológico como son, entre otras, la ansiedad, la depresión, el estrés y el neuroticismo.

Martinez-Pons (1997) analizó la relación entre IEP, sintomatología depresiva, satisfacción vital y la orientación hacia las metas en 108 personas con edades comprendidas entre 18 y 60 años. Los resultados mostraron que la IE correlaciona positivamente con satisfacción vital y dominio de tareas y negativamente con sintomatología depresiva. Pero parece que la influencia de la IE sobre la depresión es indirecta y está mediada por la satisfacción vital, sobre la que la IE influye directamente.

Sin embargo, se sospecha que junto a factores de riesgo como sentimientos bajos de autoestima y de auto-eficacia, los niveles bajos de IE pueden ser un factor importante a la hora de desarrollar sintomatología depresiva. Puede esperarse que si una persona tiene un nivel alto de IE se enfrentará mejor a los desafíos que se presenten a lo largo de su vida y gestionará las emociones de forma más eficaz, lo que probablemente contribuya a una mejor salud mental (Taylor, 2001). Los datos de las investigaciones que se presentan a continuación sugieren que la regulación emocional es el componente de la IE más relevante para la depresión y la salud mental en general (Salovey, 2001)

En esta línea Fernández-Berrocal y colaboradores (Fernández-Berrocal et al., 1998; Fernández-Berrocal et al., 1999; citado en Fernández-Berrocal y Ramos, 1999) analizaron la incidencia de la IE sobre el ajuste psicológico de 250 adolescentes utilizando la depresión y la ansiedad como indicadores de ajuste. Las correlaciones negativas entre Claridad y Reparación con Depresión, Ansiedad y Supresión indican que la creencia de poder prolongar en uno mismo los estados emocionales positivos y detener los negativos garantiza un nivel aceptable de salud psíquica, entendida como ausencia de ansiedad y depresión. En otra investigación (Fernández-Berrocal et al., 2000) realizada con 217 mujeres en el primer trimestre de gestación se observó que las mujeres embarazadas que presentan menos sintomatología depresiva obtienen puntuaciones más altas en IEP y que la variable reparación emocional es la variable que más influye en este resultado.

Posteriormente, Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2003) analizaron la relación entre reparación emocional y síntomas de depresión en 250 estudiantes universitarios, comparando depresión endógena (causada por factores biológicos o somáticos) versus depresión por desesperanza (producto de la combinación de un estilo de atribución negativo con un acontecimiento vital estresante). Los resultados indicaron que la variable reparación de emociones evaluada con el TMMS es capaz de discriminar entre los subtipos de depresión endógena y depresión por desesperanza. Las correlaciones de mayor magnitud con depresión por desesperanza y menores con depresión endógena pueden ser debidas a que ésta última esté menos influida por factores ambientales y por tanto sea menos reactiva.

Extremera, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Cabello (2006) analizaron la relación entre IEP (TMMS-24) e IE (MSCEIT) con los estilos de respuesta rumiativo/distractor y niveles de depresión en 625 estudiantes. Los resultados indicaron que Depresión correlaciona positivamente con Atención y negativamente con las demás dimensiones de IE. Las correlaciones entre Depresión y las subescalas del TMMS fueron mayores que las del MSCEIT. Controladas las variables demográficas y los estilos de respuesta, el 4% de la varianza total en depresión la explicaba la IEP y el 2% la IE. El predictor más importante de los niveles de depresión fue el estilo de respuesta rumiativo seguido de la IE, pero en este estudio los sujetos con depresión (leve y moderada) mostraban puntuaciones más bajas en claridad.

Por otra parte, unos cuantos estudios relacionan la IE con síntomas de **ansiedad** como indicadores de ajuste psicológico. Por ejemplo, Latorre y Montañés (2004) estudiaron la relación entre IEP, ansiedad rasgo y diferentes indicadores de salud en una muestra formada por 462 estudiantes de bachillerato. Los resultados hallados indican que las variables emocionales son importantes mediadoras en el afrontamiento de situaciones conflictivas y estresantes. Concretamente a mayor claridad y reparación emocional menor presencia de rasgos de ansiedad y menor número de síntomas informados.

Bastian et al., (2005) analizaron si la IE y la IEP predicen aspectos como pensamientos ansiógenos, resolución de problemas y la percepción de estrategias y conductas de afrontamiento una vez controlada la influencia de las habilidades cognitivas y de la personalidad en 249 estudiantes de psicología. En el TMMS la claridad y reparación correlacionan negativa y significativamente con pensamientos ansiógenos y neuroticismo, y positivamente con resolución de problemas y estrategias de afrontamiento. Atención sólo correlacionó negativa y significativamente con resolución de problemas. En el MSCEIT, gestión de emociones correlacionó positivamente con resolución de problemas, y percepción, comprensión e IE total correlacionaron negativa y significativamente con pensamientos ansiógenos. Las subescalas del MSCEIT explicaron el 6% de la varianza total en esta variable, en cambio el TMMS sólo explicó el 1%.

Extremera y Fernández-Berrocal (2006) relacionaron IE con ansiedad, depresión, salud mental y física en 184 estudiantes universitarios. Se observó que los componentes de la IEP evaluados con el TMMS-24 constituyen variables predictoras de síntomas de Depresión y Ansiedad. Los autores concluyen que una mayor atención y una menor claridad y reparación indican síntomas de ansiedad y depresión. Además, estos resultados sugieren que la IE se presenta como un constructo válido para predecir variables de salud mental, social y física.

Salguero e Iruarrizaga (2006) investigaron la relación entre la IEP, ansiedad, ira y depresión. Los resultados muestran que las variables de IEP correlacionan significativamente con todas las subescalas de ansiedad evaluada con el ISRA-B (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, sin publicar). Atención correlaciona positiva y significativamente con todas las subescalas ansiedad fisiológica, ansiedad motora, ansiedad de evaluación, ansiedad de evaluación, ansiedad interpersonal y especialmente con ansiedad cognitiva, ansiedad rasgo y ansiedad cotidiana. Claridad correlaciona negativamente con todas las variables pero de forma significativa sólo con ansiedad cognitiva y ansiedad rasgo. En cambio, reparación correlaciona negativa y significativamente con todas las subescalas excepto con ansiedad fóbica. En cuanto a la depresión (CTD; Jiménez y Miguel-Tobal, 2003), atención correlaciona positiva y significativamente con tristeza cognitiva, fisiológica, motora y tendencia suicida. Claridad correlaciona negativamente con todas aunque significativamente sólo con tristeza cognitiva y tendencia suicida. Reparación correlaciona negativa y significativamente con todas excepto con tristeza motora. Los factores de la IEP explicaron el 26,3% de la varianza total en ansiedad rasgo por este orden atención, reparación y claridad, y en depresión, el 26,6% de la varianza total fue explicado por atención y reparación.

Fernández-Berrocal, Alcaide, Extremera y Pizarro (2006) hipotetizaron que la IEP sería capaz de predecir el ajuste psicológico mejor que otras variables, que como autoestima y supresión del pensamiento, están asociadas a este concepto. Para ello examinaron la relación entre IEP, ansiedad y depresión en 250 adolescentes a los que se les administró el TMMS-24 junto con medidas de supresión del pensamiento, autoestima, ansiedad y depresión. Los resultados indicaron que reparación de emociones correlaciona positivamente con autoestima y la IEP negativamente con niveles de

depresión y ansiedad. Claridad y reparación se asociaron a mejores niveles de ajuste psicológico independientemente del efecto de la autoestima y supresión de pensamiento.

El **estrés** ha sido otro de los factores de ajuste psicológico que se ha relacionado con la inteligencia emocional. Extremera et al. (2007) examinaron la relación entre IEP, disposición al optimismo/pesimismo y ajuste psicológico (estrés y satisfacción con la vida) en 498 adolescentes. Los principales resultados indican que la IEP y la disposición optimismo/pesimismo son dimensiones relacionadas pero independientes y ambas están asociadas a la satisfacción con la vida y percepción de estrés. Los datos indican que la IEP es un buen predictor de ajuste psicológico (satisfacción vital y estrés percibido) cuando se controlan las variables demográficas (sexo y edad) y la disposición al optimismo/pesimismo. Como ya demostraron en un estudio experimental Salovey et al. (2002) la IEP esta asociada a estrategias de afrontamiento más adaptativas ante situaciones de estrés agudo y en condiciones de estrés interpersonal la reparación emocional se asocia al afrontamiento activo de la situación. Incluso se ha sugerido que la IE constituye en sí misma una fuente de estrategias de afrontamiento (Saklofske, Austin, Galloway y Davidson, 2007). Parece que estas estrategias de afrontamiento al estrés expliquen en parte como la claridad para identificar las emociones y la capacidad de reparar los estados de ánimo ayudan a la regulación del afecto (Velasco, Fernández, Páez y Campos, 2006).

Entre las investigaciones sobre IE se encuentran también algunos estudios en los que se analiza la capacidad de la IE como factor protector de conductas de riesgo para la salud. Desde esta perspectiva la capacidad de percibir, comprender y regular los estados emocionales puede reducir el riesgo de recurrir al consumo de drogas para reparar estados de ánimo negativos (Trinidad y Johnson, 2002). El consumo de sustancias adictivas se ha relacionado con importantes dificultades en el manejo de las emociones (Kassel, Stroud y Paronis, 2003) y las personas con baja IEP se implican más en conductas autodestructivas como el consumo de tabaco (Bracket y Mayer, 2003; Ruiz-Aranda et al., 2006; Trinidad y Jonson, 2002), alcohol y otras drogas (Limonero et al., 2006).

Ruiz-Aranda et al. (2006) examinaron la relación entre IEP y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. Observaron que los jóvenes consumidores prestan más atención a sus emociones pero tiene menos capacidad de reparar sus estados emocionales que aquellos que no consumen tabaco ni alcohol. A diferencia de otros (Trinidad y Johnson, 2002) no encontraron correlaciones significativas entre claridad emocional y el consumo de tabaco y alcohol. En otro estudio Limonero y colaboradores (2006) analizaron el papel de la IEP en el consumo de tabaco y cannabis como indicadores de ajuste psicológico en 133 universitarios. El principal resultado que obtuvieron fue que los consumidores presentan bajos niveles de reparación emocional y que aquellos que obtenían peores puntuaciones en esta variable eran los que empezaban a consumir más jóvenes. La claridad emocional correlaciona con el consumo ocasional de cannabis, pero los sujetos que puntúan más en esta variable consumen menos. La atención emocional no estaba relacionada con el consumo de estas sustancias.

Con el MSCEIT se encontró que bajas puntuaciones en IE especialmente en percepción y uso de la emoción para facilitar el pensamiento estaban asociadas al consumo de alcohol y drogas en adolescentes (Brackett et al., 2004). Estos datos sugieren que existe algún tipo de relación entre los componentes de la IE y el consumo de sustancias. Sin embargo, otros estudios indican que sujetos adultos adictos a la cocaína presentan puntuaciones adecuadas en IEP (Lizeretti, Castell, Farriols, Vázquez, Martorell y Oberst, 2008; Lizeretti, Farriols, Castell, Pascual y Palma, 2007) y en IE (Lizeretti et al., 2006). En vistas a estos resultados no está claro que las personas consumidoras de estas drogas presenten baja IE. Serían necesarias más investigaciones a fin de clarificar la relación entre alta o baja IE y la implicación diferencial de cada uno de sus componentes en el uso y abuso de las diferentes sustancias.

Extremera et al. (2003) analizaron la incidencia que tiene la IEP sobre el **funcionamiento bio-psico-social** en 49 mujeres pre-menopáusicas y 45 menopáusicas. Los resultados indicaron que reparación emocional se mostró como el componente más apropiado para predecir indicadores de ajuste psicológico tanto emocionales como sociales y físicos. En esta línea, algunos estudios han relacionado la IE con sintomatología clínica en general.

Lizeretti, Oberst, Vidal, Chamarro y Beranuy (2007) realizaron un estudio con 377 estudiantes universitarios en el que analizaron la relación entre IEP, **síntomas clínicos** y el uso de nuevas tecnologías. La atención correlacionó positiva y significativamente con la gravedad de los síntomas clínicos evaluados con el índice GSI (SCL-90-R) y el uso desadaptativo de nuevas tecnologías. Claridad y reparación correlacionaron negativa y significativamente con sintomatología clínica y el uso patológico de las nuevas tecnologías. También se encontró que la atención excesiva a las emociones y la dificultad en comprender los propios estados emocionales son factores mediadores entre el uso que hacen los universitarios de las nuevas tecnologías y la intensidad de la sintomatología clínica, pero la atención fue el factor de IEP más relacionado con la presencia de síntomas clínicos.

En cambio, en otro estudio Thompson, Waltz, Croyle y Pepper (2007) encontraron que el factor más relacionado con la presencia de sensaciones físicas y síntomas, evaluados con el Pennebaker Inventory of Limbic Languidness, en una muestra de 488 universitarios era claridad. Extremera y Fernández-Berrocal (2002) analizaron en una muestra de 99 mujeres de mediana edad la relación de los factores de la IEP con algunas variables de salud (Health Survey SF-36) entre las que se encontraban salud mental, dolor físico y percepción de salud general. Los resultados mostraron que la salud mental correlaciona positiva y significativamente con claridad y reparación, pero sólo reparación correlacionó positivamente con la percepción de salud general y negativamente con dolor físico.

Los resultados de estos estudios apuntan a que la atención y la claridad están más relacionadas con síntomas psíquicos y la reparación con síntomas psicósomáticos. No obstante, estos estudios han sido realizados con instrumentos de medida que pueden estar evaluando distintas dimensiones sintomáticas. Cabría explorar la relación entre los diferentes componentes de la IEP y la presencia de síntomas de forma que éstos pudieran agruparse según su naturaleza física, cognitiva, emocional o psicósomática, a fin de observar con qué tipo de síntoma se encuentra más relacionado cada uno de los factores de la inteligencia emocional.

Por su parte Matthews et al. (2002) señalan que el nivel de IE puede tener implicaciones tanto en los trastornos en los que la emoción juega un papel central como en aquellos en los que no se relaciona de forma tan directa, especialmente en los trastornos psicosomáticos que a menudo presentan comorbilidad con ansiedad o depresión. Los trastornos del estado de ánimo y los de ansiedad son ejemplos de trastornos que presentan estados de desadaptación emocional como núcleo de la sintomatología. Una mejor IE puede prevenir el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión. Las investigaciones muestran que las personas con elevada IE tienden a tener un estado de ánimo más positivo y son más capaces de reparar sus estados de ánimo tras la inducción a emociones desagradables (Fernández-Berrocal y Extremera, 2006b; Schutte, Malouff, Simunek, Hollander y McKenley, 2002).

La falta de conciencia y la dificultad para gestionar los estados emocionales es un aspecto clave de algunos trastornos de personalidad y de control de impulsos (Matthews et al., 2002). Schutte et al. (1998) encontraron que bajos niveles de IE estaban asociados con la alexitimia y un menor control de impulsos. En cambio, elevados niveles de IE se asocia con aspectos como un mejor funcionamiento psicosocial (e.g., Extremera y Fernández-Berrocal, 2004).

Algunas investigaciones relacionan la IE con factores de personalidad y se observa que la correlación entre **neuroticismo** y atención es positiva, y negativa con claridad y reparación (Bastian et al., 2005; Extremera y Fernández-Berrocal, 2005; Palomera y Brackett, 2006; Warwick y Nettelbeck, 2004). En el estudio de Leible y Snell (2004) se relacionó la IEP con rasgos de personalidad *borderline* en 1418 estudiantes universitarios y los resultados mostraron importantes déficits de IEP en personas con rasgos de personalidad límite. Por otra parte, Malterer, Glass y Newman (2008), en una muestra de 439 reclusos observaron que los déficits en inteligencia emocional percibida están relacionados con diferentes aspectos de la psicopatía, dándose una relación inversa entre atención y el factor 1 del PCL-R (crueldad e insensibilidad) y entre reparación y el factor 2 (impulsividad y conducta antisocial). En vista a estos resultados los autores proponen que la IE ofrece una perspectiva complementaria a la explicación de la psicopatía.

También se ha relacionado la IE con la **alexitimia**, entendida como un trastorno del procesamiento emocional que se caracteriza por la dificultad para identificar y expresar emociones, así como por una tendencia a focalizar y amplificar las sensaciones somáticas que acompañan a la experiencia emocional. La alexitimia está relacionada con la etiología del diversos trastornos psicopatológicos (Smith, 1983). Velasco et al. (2006) relacionaron IEP y alexitimia, en una muestra de 593 estudiantes de psicología. Las dimensiones de la IEP estuvieron relacionadas con las estrategias de afrontamiento y la regulación del afecto usando como índices el apoyo social, el estrés percibido, la depresión y el equilibrio emocional. Los resultados confirmaron que claridad y reparación muestran criterios de validez auto-informada de salud mental, equilibrio emocional y ajuste social.

Todos estos estudios confirman que la Inteligencia Emocional, tal y como la plantean Salovey y Mayer, es un factor que contribuye al bienestar y ajuste psicológico. Por lo que cabe sospechar que se tratará de un factor implicado en el proceso de salud y enfermedad especialmente en relación a la dimensión psicológica de la persona. Esta sospecha se ha visto reforzada por el metanálisis realizado por Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar y Rooke (2007). En el estudio se incluyeron 35 investigaciones en las que se relacionaba la IE con variables de salud mental, psicosomática y física. Se tuvo en cuenta el modelo teórico (de habilidad o mixto), la procedencia de la muestra y los instrumentos de medida empleados. Los resultados indican que la IE correlaciona significativamente con salud mental ($r=,29$), psicosomática ($r=,31$) y física ($r=,22$). El tamaño del efecto para la asociación IE y salud mental ($TE= 0,026$; $IC=0,23- 0,34$) fue comparable con las que se hallaron en otro estudio (Malouff, Thorsteinsson y Schutte, 2005) entre los cinco grandes factores de personalidad y síntomas psicopatológicos. Estos resultados indican que la IE explicaría entre el 5% y el 9% de la varianza en la salud general, y que el género tiene un efecto moderador en la relación entre IE y salud mental, pero no la edad.

Con el objetivo de concluir este apartado se exponen las principales conclusiones a las que han llegado estos estudios.

- Las mujeres perciben prestar más atención a sus emociones y tienen más dificultad en comprender y reparar sus propios estados emocionales que los

hombres, en cambio, muestran más habilidades en casi todas las tareas de ejecución de la IE.

- Las personas con altas puntuaciones en IE refieren mayor satisfacción con la vida, mayor calidad y cantidad de relaciones sociales, más éxito académico y mayor conducta prosocial que las que obtienen puntuaciones bajas.
- Reparar los estados emocionales negativos, prolongar los positivos y experimentar con claridad las emociones parece ser un potente predictor de ajuste psicológico. En otras palabras, una IEP elevada proporciona más competencias para afrontar situaciones estresantes de forma adaptativa.
 - Puntuaciones moderadas en Atención son necesarias para un buen ajuste psicológico. La relación entre atención a las emociones, ajuste psicológico y reparación es negativa. Sin embargo, niveles demasiado bajos en atención podrían dificultar el acceso a la información emocional, lo cual iría en detrimento de la comprensión y reparación emocional. Una explicación sería, según Salguero y Iruarrizaga (2006), que entre el nivel de atención a las emociones y las variables de ajuste psicológico se da una relación de U invertida. De forma que tanto niveles excesivamente bajos en atención como excesivamente altos den lugar a un peor ajuste psicológico, en cambio niveles moderados influirían de forma positiva.
- Bajas puntuaciones en IEP, especialmente en claridad, influyen positivamente en la sintomatología ansiosa.
- Bajas puntuaciones en reparación influyen de forma positiva en la sintomatología depresiva.
- La IE está relacionada con rasgos patológicos de personalidad.

Los resultados de todas estas investigaciones apoyan la idea que las habilidades de IE por sí mismas contribuyen significativamente al ajuste psicológico de la persona. Pero hay que tener en cuenta que en casi todas ellas la muestra está constituida por estudiantes y que la mayoría se basan en el estudio de la IEP con instrumentos de autoinforme, lo que limita la generalización de los resultados. A pesar de ello, permiten afirmar que la Inteligencia Emocional es un constructo válido para el estudio de las habilidades emocionales que nos permiten una adaptación adecuada al entorno, y en consecuencia, cabe suponer que estará claramente implicada en los procesos patológicos en los que esta adaptación no se da.

Este panorama lleva a plantear la necesidad de avanzar hacia un cuarto periodo en la evolución del concepto de IE. En el que se desarrollen estudios con muestras clínicas, que busquen establecer la relación entre carencia de habilidades emocionales y distintos trastornos psicopatológicos. Estudios en los que se evalúe con ambos procedimientos –escalas de autoinforme y test de habilidad- las habilidades emocionales deficitarias en cada trastorno mental con la finalidad de diseñar programas de intervención orientados al desarrollo de estas habilidades y proceder a su validación empírica.

3.3.3. Inteligencia Emocional y psicopatología

Tras una exhaustiva búsqueda en la base de datos PsycInfo de las publicaciones realizadas hasta noviembre del 2008 sobre inteligencia emocional y salud mental, en este apartado se exponen las únicas investigaciones conocidas que relacionan la IE con trastornos psicopatológicos en muestras clínicas.

La primera de estas investigaciones la realizaron Lizeretti et al. (2006) en la que se analizaba la IE y la IEP en una muestra de pacientes con psicopatología. A 60 pacientes diagnosticados de agorafobia, distimia y adicción a la cocaína se les administró una batería de test que incluía como medidas de IE el TMMS-24 y el MSCEIT. Algunos de los objetivos que se plantearon fueron comprobar si los pacientes con psicopatología presentaban bajos niveles de IE e IEP e identificar si el nivel de IE permitía discriminar entre los diferentes grupos clínicos en estudio. Los resultados para el conjunto de la muestra indicaron que en el TMMS-24 sólo las puntuaciones en reparación estaban por debajo de normalidad, en cambio, en el MSCEIT los pacientes puntuaron por debajo de la media en todas las subescalas y en IE total. También se observó que el MSCEIT permitía discriminar entre los diferentes grupos diagnósticos pero el TMMS-24 no y que la única variable capaz de explicar el diagnóstico de los pacientes era la variable comprensión de emociones evaluada con el test de habilidad.

Sin embargo, en una investigación posterior (Lizeretti, Farriols, Castell et al., 2007) en la que compararon la IEP de 183 estudiantes universitarios y 237 pacientes diagnosticados con distintos trastornos psicopatológicos (agorafobia, distimia, adicción a sustancias, adicción conductual). Los resultados indicaron que existen diferencias significativas en el nivel de Inteligencia Emocional Percibida entre los grupos clínico y

no clínico. Los pacientes prestan más atención a sus emociones pero tienen menos capacidad para reparar sus estados de ánimo negativos. Además, en esta investigación una vez controlado el género, los tres factores de la IEP permitieron discriminar entre los distintos grupos diagnósticos.

La capacidad del TMMS-24 para discriminar entre diferentes grupos diagnósticos en salud mental ha sido confirmada por otro estudio Lizeretti, Castell, Farriols et al. (2008). En esta investigación analizaron las diferencias de Inteligencia Emocional Percibida en 124 pacientes con agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, distimia, adicción a la cocaína, trastorno psicótico y trastorno límite de la personalidad y se relacionaron los factores de la IEP con variables clínicas. Los resultados indicaron que el factor claridad permite discriminar entre los diferentes grupos clínicos y que niveles bajos en claridad y reparación están relacionados con la presencia y gravedad de síntomas en pacientes con psicopatología. Los pacientes presentan importantes dificultades en reparar sus estados emocionales, pero es la dificultad en comprender los propios estados de ánimo la que permite discriminar entre pacientes con distintos diagnósticos clínicos.

Las principales conclusiones que pueden extraerse de estas investigaciones son:

- ✿ Tanto el MSCEIT como el TMMS se muestran como instrumentos válidos para discriminar entre pacientes con distintos diagnósticos psicopatológicos, aunque el MSCEIT se muestra más sensible ante variables clínicas.
- ✿ Las personas con psicopatología prestan más atención a sus emociones que las personas sin problemas de salud mental.
- ✿ Pacientes con trastornos mentales presentan importantes dificultades en reparar sus estados emocionales negativos.
- ✿ La capacidad de comprender los estados emocionales propios y ajenos permite diferenciar entre pacientes con distintos trastornos psicopatológicos.

Si bien es cierto, que estos resultados deben ser interpretados con cierta cautela en cuanto no han sido contrastados por investigaciones realizadas en otros centros ni con otras poblaciones clínicas. No es menos cierto que, desde un punto de vista clínico, sugieren que el abordaje psicoterapéutico de las habilidades emocionales de IE pueda constituirse como ingrediente activo en el tratamiento de los diferentes trastornos mentales.

Capítulo cuarto:

El tratamiento psicoterapéutico de los trastornos de ansiedad

4.1. Los trastornos de ansiedad

4.2. Descripción de los trastornos de ansiedad objeto de estudio

4.2.1. Trastorno de ansiedad generalizada

4.2.2. Agorafobia

4.3. Tratamiento de los trastornos de ansiedad

4.4. Tratamientos psicológicos

4.4.1. Criterios para la evaluación de los tratamientos

4.4. 2. Tratamientos eficaces para los trastornos de ansiedad

4.4.2.1. Terapia de conducta

4.4.2.1.1. La exposición

4.4.2.1.2. La relajación

4.4.2.2. Terapia cognitiva

4.4.2.3. Tratamiento Cognitivo-Conductual

4.4.2.4. Psicoterapia Psicodinámica

4.4.3. La efectividad de los tratamientos

4.4.4. El tratamiento de grupo

4.4.5. Algunas observaciones sobre los estudios de eficacia

4.5. Otros enfoques en la comprensión y el tratamiento de los trastornos de ansiedad

*"no es del mundo, de lo que tengo miedo,...
es de mi propio mundo..."*

(M. N. abril, 2008)

Introducción

La ansiedad se manifiesta a distintos niveles a través de una combinación de síntomas somáticos, cognitivos y emocionales. Según la combinación de los mismos, su interacción con variables de personalidad y sociales se conforman los diferentes trastornos de ansiedad. Se estima que el 20% de la población general sufre algún trastorno de ansiedad en grado clínico (Ibáñez, 2006). Algunos estudios sitúan su prevalencia en población general en un 28,8%, siendo los más frecuentes por delante de los trastornos afectivos y de los trastornos por abuso de sustancias (Kessler, Berglund, Demler, Jin y Walters, 2005), y su prevalencia a los doce meses se sitúa en torno al 14,5% (Abbass, Hancock, Henderson y Kisely, 2007). Además, un número importante de trastornos médicos están causados o fuertemente relacionados con elevados niveles de ansiedad (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001; Ibáñez, 2006; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002).

Las complicaciones más frecuentes de los trastornos de ansiedad son: el consumo de drogas o alcohol, enfermedades psicósomáticas, consumo innecesario de recursos sanitarios (Ibáñez, 2006) y especialmente los trastornos depresivos que se dan en el 44% de los casos (Noyes, Clancy, Hoenk y Slymen, 1980). También hay que tener en cuenta que la mitad de los pacientes que acuden a los centros de salud mental presentan un trastorno de personalidad frecuentemente en comorbilidad con un trastorno Eje I (Ozkan y Altindag, 2005) y que los trastornos de personalidad premórbida constituyen factores de mal pronóstico en los trastornos de ansiedad (Tyrrer, Seivewright, Jonson, 2004; citado en Ibáñez, 2006).

En la práctica médica no psiquiátrica, pero también en la psiquiátrica, es frecuente que estos trastornos queden sin diagnosticar y que no se tenga suficientemente en cuenta el gran sufrimiento que generan y la incapacidad que provocan en diferentes áreas de la vida, así como el importante gasto sanitario que comportan. De esta dificultad, se desprende un dato preocupante, se estima que sólo una cuarta parte de estos pacientes llegan a recibir tratamiento (Ibáñez, 2006). A pesar de ello, se calcula que en atención primaria el 25% de los pacientes presentan ansiedad clínicamente

significativa (Saiz, Ibáñez y Montes, 2001) y que en salud mental gran parte de los pacientes atendidos presentan algún trastorno de ansiedad.

Incluso bajo estas circunstancias en algunos países como Estados Unidos los costes directos e indirectos de los trastornos de ansiedad alcanzan un tercio de todos los gastos médicos durante el mismo periodo (Greenber, Sisitsky, Kessler, Finkelstein, Berndt, Davidson et al., 1999).

A lo largo de este capítulo se describirán detalladamente los trastornos objeto de estudio en esta investigación. Posteriormente, se exponen los criterios establecidos para la investigación en psicoterapia y se presenta una amplia revisión de las investigaciones sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad en estudio. Para finalizar se exponen algunas aproximaciones distintas a la comprensión y tratamiento de los mismos.

4.1. Los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son con diferencia los trastornos psiquiátricos más frecuentes (Kessler, McGanable, Zhao, Nelson, Hughes, Eshelman, Wittchen y Kendler, 1994), sin embargo su prevalencia puede variar entre diferentes países y culturas (Krisanaprakornkit, Krisanaprakornkit, Piyavhatkul y Laopaiboon, 2007). Existen varios tipos de trastornos dentro del grupo denominado trastornos de ansiedad que recogen las clasificaciones diagnósticas internacionales. Concretamente en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003) encontramos los siguientes:

- F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia [300.01]
- F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21]
- F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22]
- F40.2 Fobia específica [300.29]
- F40.1 Fobia social [300.23]
- F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) [300.3]
- F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81]
- F43.0 Trastorno por estrés agudo [308.3]
- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) [300.02]
- F06.4 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica [293.89]
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300.00]

En todos ellos pueden aparecer crisis de angustia y evitación agorafóbica.

Las **crisis de angustia**, ataques de pánico o crisis de ansiedad como también se denominan consisten en la aparición de miedo y malestar intensos acompañados de una serie de síntomas físicos y psíquicos de inicio brusco como son taquicardias, sudoración, temblor, inestabilidad, etc. que muchos pacientes definen como sensación de muerte inminente. Para que sea diagnosticada como tal la crisis debe presentar cuatro o más síntomas, cuando presenta menos se denominan crisis de síntomas limitados. Esta distinción entre completas y limitadas es bastante arbitraria y ambas pueden darse en los mismos sujetos. La frecuencia y gravedad de las crisis es muy

variable, pero las crisis, completas o no presentan componentes físicos, cognitivos y conductuales.

La **agorafobia** se caracteriza por la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones en los que pueda resultar difícil escapar en el caso de aparecer una crisis de angustia o síntomas similares, y por la evitación de estos lugares y situaciones. La ansiedad y las conductas de evitación no pueden explicarse mejor por otros motivos.

A diferencia del DSM-IV-TR en la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; Organización Mundial de la Salud, 1992) bajo el término Agorafobia quedan incluidos el trastorno de pánico con agorafobia y la agorafobia sin historia de trastorno de pánico porque se considera que el trastorno fóbico es el trastorno primario y las crisis de pánico indicadores de la gravedad del mismo.

Por otra parte, la preponderancia de mujeres con trastorno de ansiedad es un hecho constatado tanto en estudios clínicos como epidemiológicos (Sierra, Carrera, Herrán, Ayestará, Ramirez, Rodríguez et al., 2008). También es un hecho que la prevalencia de estos trastornos aumenta con el tiempo como puede observarse simplemente a partir de los datos que se recogen en el DSM-IV-TR respecto a la versión no revisada (DSM-IV; APA, 1995).

4.2. Descripción de los trastornos de ansiedad objeto de estudio

En este apartado se describirán detalladamente los trastornos de ansiedad generalizada (TAG) y Agorafobia que constituyen objeto de estudio en esta investigación. Aunque previamente, se exponen las principales razones que han llevado a esta decisión.

La primera, es que son dos de los trastornos que presentan una mayor tasa de prevalencia en los centros de salud mental. En el contexto de la atención primaria el TAG es el segundo trastorno más frecuente 22% (Katon, von Korff, Lin, Lipscomb, Russo, Wagner et al., 1990) y la Agorafobia es el trastorno fóbico más visto en la clínica (Bados, 2001; Telch, Schmidt, Jaimez, Jacquin y Harrington, 1995), incluso hay quien afirma que el trastorno de pánico con o sin agorafobia es un problema de salud

pública (Milrod, Busch, Leon, Aronson, Roiphe, Rudden, Singer, Shapiro, Goldman, Richter y Shear, 2001) por los datos epidemiológicos alarmantes, por su cronicidad, mal pronóstico a largo plazo (peor que en la depresión mayor) y los problemas asociados, especialmente alcoholismo y depresión (Botella, 2001).

La segunda, es que, en concreto el trastorno de ansiedad generalizada, responde solo de forma modesta al tratamiento cognitivo-Conductual (TCC) (e.g., Roemer y Orsillo, 2007; Durham, 2007; Wells y King, 2006). Desde el *Department of Health Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling Evidence-based Clinical Practice Guideline* se afirma que aunque las terapias cognitivo conductuales parecen ser efectivas para tratar el TAG no han sido sistemáticamente evaluados otros enfoques psicoterapéuticos. La base de la evidencia de la efectividad del TCC y su eficacia comparada con otros enfoques no ha sido suficientemente investigada por lo que falta una investigación comparativa exhaustiva (Hunot, Churchill, Silva de Lima y Teixeira, 2008). Además, si se tiene en cuenta que en general los pacientes prefieren el tratamiento psicológico que el farmacológico para los trastornos de psicopatológicos (Rielder-Heller, Matschinger y Angermeyer, 2005; Churchill, Khaira, Gretton, Chilvers, Dewey, Duggan et al., 2000; Priest, Vize, Roberts, Roberts y Tylee, 1996) los estudios de eficacia psicoterapéutica se convierten en cuestión prioritaria de la investigación en salud mental.

Por otra parte, los datos de algunos estudios refuerzan la idea de que existen dos tipos o dimensiones de la ansiedad (Nitschke, Hellery Miller, 2000) que no son excluyentes (Dien, 1999). La ansiedad cognitiva o anticipatoria, relacionada con expectativas negativas en la que la amenaza es futura, es la que se da en el TAG. La ansiedad automática o somática, que aparece por la percepción de una amenaza que supone daño inmediato, es la que se da en el pánico. El primer tipo estaría asociado al pensamiento verbalizado en un discurso y vinculada a la actividad del hemisferio izquierdo. En cambio, los ataques de pánico suponen evocar imágenes que perturban al paciente, como ocurre con las fobias en las que aumenta la actividad del hemisferio derecho (Engels, Heller, Mohanty, Herrington, Banich, Webb, y Miller, 2007).

4.2.1. Trastorno de ansiedad generalizada

Según el DSM-IV-TR la **característica clínica** esencial del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es la ansiedad y preocupación excesiva o expectación aprensiva que se observan durante un periodo superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. Estas preocupaciones constituyen el síntoma patognomónico de este trastorno y se acompañan de cómo mínimo tres de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga precoz, dificultades de concentración, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. Muchas personas con este trastorno además presentan síntomas somáticos como sudoración, náuseas o diarreas, poliuria, problemas para tragar y respuestas de sobresalto exageradas. Pero también se caracteriza por una evitación experiencial y conductual (Roemer y Orsillo, 2007). Roemer y colaboradores encontraron que la reactividad a la emoción y la evitación de la experiencia emocional está asociada a la severidad del trastorno más allá de su relación con las preocupaciones características (Roemer, Salters, Raffa y Orsillo, 2005).

El **inicio** suele darse en la segunda infancia o adolescencia, la **gravedad** del TAG tiende a fluctuar (Schweizer y Rickels, 1997) y se presenta de forma recurrente y crónica, con una baja tasa de remisión y recuperación (Tonks, 2003). Aunque es poco probable que remita de forma espontánea (Yonkers, Marshaw, Massion y Keller, 1996), algunos autores estiman que puede darse en el 20-25% de los casos (Ballenger, Davidson, Lecrubier, Nutt, Borkovec, Rickels et al., 2001). Es un trastorno frecuente en los centros de asistencia primaria, ligeramente más frecuente en mujeres (55-60%) que en hombres y con una **prevalencia** global del 5,7% (Kessler et al., 2005; Durham, 2007) y del 12% en población clínica (APA, 2003).

El **diagnóstico** presenta cierta dificultad debido a su cuadro clínico difuso, unido a la aparición frecuente de afecciones concomitantes médicas y psiquiátricas. Hasta el 90% de los pacientes muestran síntomas concomitantes de depresión, distimia, somatización, trastorno bipolar o abuso de sustancias (Kessler et al., 1994). Aunque, puede coexistir con otros trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos asociados al estrés (colón irritable, cefaleas, etc.), entre otros, el TAG presenta elevadas tasas de **comorbilidad** especialmente con depresión y abuso de alcohol (Kessler et al., 2005; Durham, 2007). También se ha encontrado una tasa de

comorbilidad del 46% con **trastornos de personalidad** (Durham, Murphy, Allan, Richard, Treliving y Fenton, 1994).

Las preocupaciones constantes y excesivas producen un importante deterioro del funcionamiento social (Wittchen, Zhao, Kessler y Eaves, 1994) y de la calidad de vida. Una mayor dependencia de los servicios sanitarios (Roy-Byrne y Keaton, 1997), elevados niveles de discapacidad y absentismo laboral (Olfson, Fireman, Weissman, Leon, Sheehan, Kathol et al., 1997), disminución de la productividad en el trabajo, de las relaciones sociales y baja satisfacción con la vida (Massion, Warshaw y Keller, 1993). Genera una incapacidad equivalente a la depresión mayor y como tal debe considerarse un problema principal de salud pública (Kessler, 2000).

Asociado a la incapacidad en múltiples dominios, los pacientes pueden manifestar dificultades laborales debido a una restricción funcional en la capacidad de la memoria de trabajo, posiblemente porque reservan una parte para tratar la información relevante para su ansiedad, aunque no esté relacionada con las exigencias del momento (Eysenck y Calvo, 1992). También supone un importante malestar, **insatisfacción con la vida** (e.g., Mancuso, Townsend y Mercante, 1993; Stein y Heimberg, 2004; Yonkers, Dyck, Warshaw y Keller, 2000) y dificultades en las relaciones de pareja (Yoon y Zinbarg, 2007).

Algunos estudios han demostrado que los aspectos relacionados con la pareja y la familia representan el área más frecuente de preocupación en estos pacientes (Breitholtz, Johansson y Öst, 1999; Craske, Rapee, Jackel y Barlow, 1989; Roemer, Molina y Borkovec, 1997). Las mujeres con TAG presentan niveles importantes de distrés en la **relación de pareja** (McLeod, 1994), más que en otros trastornos mentales (Whisman, Sheldon y Goering, 2000) y un importante riesgo de divorcio (Kessler, Walters y Forthofer, 1998). Incluso los datos de algunos estudios indican que la calidad en la relación de pareja influye en el inicio y curso del trastorno, y sugieren que puede influir en la respuesta al tratamiento (Yoon y Zinbarg, 2007; Zinbarg, Lee y Yoon, 2007) puesto que constituye un importante predictor de abandono (Durham, Allan y Hackett, 1997).

A pesar de todo ello, frecuentemente este trastorno no recibe suficiente atención por parte de los profesionales que centran la atención más en las patologías asociadas que en el propio trastorno. Una posible explicación es que el núcleo sintomático del TAG son las preocupaciones y la tensión que frecuentemente son interpretados por los pacientes como un forma de ser (rasgo de personalidad) más que como un trastorno que requiere tratamiento. Lo que les lleva a buscar ayuda sólo cuando aparecen otros síntomas o trastornos comórbidos. Esta explicación es coherente con el hecho de que más del 80% de los casos tratados presentan comorbilidad con otros trastornos clínicos o de personalidad (Durham, 2007).

4.2.2. Agorafobia

A continuación se describirán de forma detallada las características del trastorno de agorafobia aunque este objetivo presenta algunas dificultades conceptuales.

En la mayoría de estudios se hace referencia al trastorno de angustia aunque se incluye también la agorafobia y en otros no se especifica si la agorafobia está presente. Esta imprecisión puede ser debida a que algunos toman como referente los criterios diagnósticos del DSM, que focalizan en las crisis de ansiedad, y otros los del CIE-10, que focalizan en la evitación fóbica. Basándonos en el hecho de que la agorafobia se acompaña en más del 95% de los casos de un trastorno de angustia presente o pasado y que está suele aparecer a consecuencia del segundo (APA, 2003), en este trabajo se han revisado las investigaciones sobre: agorafobia con historia de trastorno de angustia (TA) o trastorno de pánico y trastorno de angustia con o sin agorafobia.

Además como la relación entre pánico y agorafobia se ha encontrado en la mayoría de trabajos, siendo la crisis de pánico o sensaciones similares el evento nuclear (Breier, Charney y Heninger, 1986; Lelliot y Katerndahl, 2000; Katerndahl, 2000) que precede a las conductas de evitación (Goisman, Warshaw, Peterson y Rogers, 1994; Pollard, Bronson y Kenney, 1989). Concretamente, en muestras clínicas la presencia simultánea de agorafobia y trastorno de pánico se da en el 75% de los pacientes y en muestras epidemiológicas alcanza entre un 30-50% (Eaton, Kessler, Wittchen y Magee, 1994; Wittchen, Reed y Kessler, 1998). Y teniendo en cuenta que la ansiedad anticipatoria en torno a las crisis de pánico predice la evitación agorafóbica (Cox, Endler y Swinson, 1995; Craske y Barlow, 1988; Craske, Rapee y Barlow, 1988) y el grado de temor a las

consecuencias negativas de las crisis su severidad (Telch, Brouillard, Telch y Agras, 1989), entendemos que el TA con agorafobia constituye una condición clínica más grave (Noyes, Clancy, Garvey y Anderson, 1987; Sadín, Rodero, Santed y García-Campayo, 2006) dentro de un *continuum*. Por este motivo, a lo largo de este documento se utilizará el término agorafobia indistintamente para hacer referencia a ambos.

La agorafobia, como ya se dijo anteriormente, es el trastorno fóbico más frecuente visto en la clínica y el más incapacitante (Barlow, 2002), tanto o más que otros muchos trastornos psiquiátricos (e.g., Bados, 2001; Telch, Schmidt, Jaimez, Jacquin y Harrington, 1995). Se caracteriza por un deterioro importante y/o por la interferencia en todos los ámbitos de la vida a la vez que por el uso frecuente de los servicios sanitarios (Bados, 1995a, 2001). Según el DSM-IV-TR (APA, 2003) la **característica clínica** esencial de la agorafobia es el miedo patológico (desproporcionado, irracional y fuera del control voluntario) a un conjunto de situaciones diferentes como son centros comerciales, medios de transporte, cines, etc. en las que el sujeto se siente indefenso ante la posibilidad de sufrir una crisis de pánico, o alguno de los síntomas de éstas, y no poder huir o recibir ayuda. Aunque no son estas situaciones externas las que provocan la ansiedad, sino la valoración que de ellas hace el sujeto, el pánico experimentado suele provocar conductas de evitación de las situaciones temidas. En otras palabras, "por miedo a morir se renuncia a vivir" (Sassarolli y Lorenzini, 2000, p. 41) y en los casos más graves el paciente puede llegar a quedar recluido en su domicilio (Diez-Quevedo, Rangil y Sánchez-Planell, 2002), protegido de la ansiedad pero encerrado en una jaula asfixiante (Sassarolli y Lorenzini, 2000).

El **inicio** del cuadro agorafóbico se sitúa entre los 18-35 años, aunque puede darse también en la segunda infancia o alrededor de los cuarenta y cinco años, y suele corresponder con la aparición de crisis de pánico espontáneas, que se dan con mayor frecuencia en las situaciones propias de la agorafobia (Lelliot, Marks, McNamee, Tobeña, 1989). Las crisis de pánico son más frecuentes en la franja de 18-24 años, mientras que el TA es más frecuente entre los 24-34 años, lo que podría explicar que el trastorno de pánico constituye un precursor del trastorno de agorafobia. En adultos la media de edad de comienzo para el trastorno es de 26 años

A menudo el **inicio** del trastorno coincide con la incidencia de factores desencadenantes (acontecimientos vitales estresantes) en el último año y medio antes de la primera crisis de pánico. Suele seguir un **curso** crónico, en muchas ocasiones se alternan épocas de remisión parcial con recaídas de duración variable (APA, 2003). Algunos factores que contribuyen a la persistencia del trastorno son un elevado nivel de excitación fisiológica, la atención selectiva y la búsqueda de seguridad (Diez-Quevedo et al., 2002; Salkovskis, Clark, Hackmann, Wells y Gelder, 1999). También se ha observado que los pacientes que tienen más miedo a morir que a enloquecer tienen peor pronóstico (Sassarolli y Lorenzini, 2000).

La **prevalencia** mensual, anual y vital de la agorafobia en población adulta alcanza en las culturas occidentales unos valores aproximados de 2%, 3% y 6% respectivamente, aunque los datos no son del todo consistentes ya que varían en función del sexo (Bados, 1995a). El trastorno de pánico-agorafobia es muy frecuente en asistencia primaria entre el 1,4 y el 8,0%. El sexo se considera un factor de riesgo asociado, el 75% de los pacientes con TA o agorafobia son mujeres (Bados, 2001).

Algunos pacientes con agorafobia recurren al consumo de drogas, alcohol o al abuso de fármacos a fin de reducir la ansiedad, pero en general, se observa que va asociado a otros **trastornos comórbidos** como son otros trastornos de ansiedad (con fobia social hasta el 50%), hipocondría, trastornos somatomorfos y/o trastornos de personalidad (Bados, 2006). La tasa de comorbilidad en el trastorno de pánico se encuentra en torno al 80% con trastornos Eje I y se ha visto que en estos casos los pacientes presentan más comorbilidad con trastornos de personalidad (Ozkan y Altindag, 2005). La somatización es frecuente en este trastorno (Starcevic, Linden, Uhlenhuth, Kolar y Latas, 2004) y la sintomatología depresiva juega un papel relevante en la gravedad del TA (Sierra et al., 2008). Por lo que el **diagnóstico diferencial** es recomendable con otras fobias, principalmente con las de tipo situacional, con la depresión, la hipocondría y trastornos de tipo orgánico (APA, 2003).

Entre el 33,9% (Ozkan y Altindag, 2005) y el 95% de los pacientes presentan criterios para un **Trastorno de Personalidad** (TP) (Wetzler, Kahn, Cahn, Van Praag y Asnis, 1990; Chambless, Renneberg, Goldstein y Gracely, 1992; Grant, Hasin, Stinson, Dawson, Chou, Ruan et al. 2005), y el 20,5% para más de uno. Los más prevalentes

son los del grupo C (Sierra et al., 2008), pero también se ha encontrado frecuentemente asociado a los trastornos de personalidad del grupo B límite e histriónico (Ozkan y Altindag, 2005; Skodol, Oldham, Hyler, Stein, Hollander y Gallaher, 1995). Este aspecto es importante porque los trastornos de personalidad afectan al curso clínico del trastorno de pánico y su severidad (O'Rourke, Fahy, Brophy y Prescott, 1996; Ozkan y Altindag, 2005). Cuando se comparan los pacientes que presentan trastorno de personalidad comórbida con los que no, se observa que los primeros se caracterizan por la cronicidad del trastorno, bajos niveles de funcionamiento (Skodol et al., 1995), mayor severidad de los síntomas de ansiedad, depresión y agorafobia, y por un inicio más temprano del trastorno de pánico (Ozkan y Altindag, 2005).

En el trastorno de angustia con agorafobia todos los trastornos de personalidad excepto el obsesivo-compulsivo son más prevalentes que cuando la agorafobia no está presente, lo que sugiere un perfil más alterado (Ozkan y Altindag, 2005). Su gravedad está asociada a los trastornos de personalidad esquizotípico y esquizoide (evaluados con el Inventario de personalidad de Millon), y con la clínica depresiva. Indicando que, aunque los trastornos de personalidad del grupo A no caracterizan a los pacientes con TA, su presencia influye en la gravedad del trastorno

Por otra parte, en varios estudios se observa que la tasa de **abusos sexuales o físicos** en la infancia es elevada entre pacientes con trastorno de pánico, oscilando entre el 12,5% (Ozkan y Altindag, 2005) y el 53% (Moisan y Engels, 1995), y que la tasa de abusos sexuales es significativamente mayor en el TA (60%) que en otros trastornos de ansiedad (30,8%) (Stein, Walter, Anderson, Hazen, Ross, Eldridge y Forde, 1996). También se ha comprobado que es un factor relacionado con el trastorno de personalidad límite en estos pacientes (Ozkan y Altindag, 2005).

La repercusión sobre la **calidad de vida** y los gastos sanitarios y sociales son altos, tanto si se compara con otros trastornos psiquiátricos como con trastornos médicos frecuentes (Salvador-Carulla, Seguí, Fernández-Cano y Canet, 1995; citado en Diez-Quevedo et al., 2002). Markowitz, Weissman, Ouellette, Lish y Klerman (1989) encontraron que el TA tiene para el paciente consecuencias sociales y de salud similares a la depresión mayor. Los pacientes refieren baja salud física y emocional,

una elevada incidencia de abuso de drogas y alcohol, y una mayor incidencia de intentos de suicidio que la población normal (Rosenbaum, 1997). Acuden a servicios médicos seis o más veces en 6 meses que otros pacientes psiquiátricos (Simon y Von Korff, 1991) y constituyen el 20%-29% de todas las visitas a urgencias (Weissman, Klerman, Urankowitz y Oullette, 1989), indicando una propensión 12,6 veces mayor que la población general (Markowitz et al., 1989).

La dimensión social del **estrés percibido** predice la existencia o no de agorafobia y podría facilitar su desarrollo en pacientes con TA, además el estrés percibido de estos pacientes predice significativamente el cambio terapéutico. Los pacientes con mayor nivel de estrés reciente parecen beneficiarse más de los programas de tratamiento (Sadín et al., 2006).

Los pacientes con agorafobia también presentan dificultad en la separación y en la mayoría de los casos un estilo de **apego ambivalente** (Milrod et al., 2001).

La **consecuencia** de todo ello es que la persona desarrolla un estado de ansiedad permanente o ansiedad flotante y se vuelve extraordinariamente aprensiva presentando preocupaciones hipocondríacas y somatizaciones. Esta circunstancia le lleva a acudir con frecuencia a servicios de urgencia, a visitas médicas, a solicitar exploraciones complementarias y a desarrollar cuadros de abuso y dependencia, por el consumo indiscriminado de alcohol o fármacos. En esta compleja interrelación de crisis de pánico recurrentes, ansiedad flotante, somatizaciones y preocupaciones hipocondríacas, se desarrolla la clínica agorafóbica. Por tanto además de la sintomatología estrictamente fóbica este trastorno presenta una amplia gama de síntomas que provocan en la persona afectada un elevado sufrimiento, inseguridad y toda una serie de limitaciones funcionales para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana que, en dos terceras partes de los pacientes, desembocan en un cuadro depresivo (Kessler, Stang, Wittchen, Ustun, Roy-Byrne y Walters, 1998).

Puede concluirse, que los trastornos en estudio agorafobia y TAG son complejos y multisintomáticos, su frecuencia es elevada, el sufrimiento personal que conllevan para los pacientes es alto y que los recursos sociales y económicos que supone su tratamiento son numerosos. Debido a esta complejidad clínica, a la cantidad de

síntomas y problemas asociados que abarcan, debe tenerse en cuenta cuáles son los aspectos importantes a evaluar para comprobar la eficacia de la intervención.

4.3. Tratamiento de los trastornos de ansiedad

Existen dos tipos de tratamientos recomendados por el National Institute for Health and Clinical Excellence para los trastornos de ansiedad: los fármacos y la psicoterapia. Aunque la exposición en los siguientes apartados se centrará en los tratamientos psicológicos, se ha considerado oportuno mencionar los principales tratamientos farmacológicos puesto que como se ha visto en estos pacientes el consumo de fármacos es muy frecuente.

La agorafobia esta considerada en psiquiatría como la fobia que más resistencia ofrece al tratamiento farmacológico (Preciado, 2002). No obstante, se ha demostrado la eficacia a corto plazo de algunos fármacos como son SSRIs o inhibidores de la recaptación de serotonina (McNally, 1996), los SNRIs (inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina) y las benzodiacepinas. Los SSRIs más frecuentes son, entre otros, la fluoxetina, paroxetina o el citalopram (Diez-Quevedo, et al., 2002) y aunque son los más efectivos para el tratamiento del trastorno de pánico (Boyer, 1995), tienen el inconveniente de que la tasa de recaídas alcanza entre el 40-50% en seguimientos a medio plazo (Clark, Salkovskis, Hackmann, Middleton, Anastasiades y Gelder, 1994).

Cuando se compara la eficacia de los tratamientos psicológicos con los tratamientos farmacológicos de los trastornos de ansiedad, se observa que con la psicoterapia los pacientes presentan un mayor nivel de funcionamiento final y una tasa menor de recaídas que con la imipramina (Clark et al., 1994), el alprazolam (Klosko, Barlow, Tassinari y Cerny, 1990; Marks, Swinson, Basoglu, Duch, Noshirvani, O'Sullivan et al., 1993) y las benzodiacepinas (Gould, Otto y Pollack, 1995). El tamaño del efecto sobre las principales medidas de resultado se muestra significativamente mayor para la intervención psicológica (TE= 0,88) que para la farmacoterapia (TE =0,47) y estos efectos son más consistentes al finalizar el tratamiento (Gould, et al., 1995) y en el seguimiento (Cox, Endler, Lee y Swinson, 1992).

Pero a pesar de que son menos eficaces que la psicoterapia y presentan importantes inconvenientes como son la dependencia, los efectos secundarios y un elevado número de recaídas, los fármacos ofrecen dos ventajas: no requieren motivación y los beneficios son rápidos (Durham, 2007; Stein, Kasper, Andersen, Nil y Lader, 2004; Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, Salmaso, Mangelli et al., 2005). Siendo especialmente recomendables en pacientes que no pueden beneficiarse de un tratamiento psicológico, pero también en fases agudas de la enfermedad en las que niveles excesivos de ansiedad pueden dificultar el proceso psicoterapéutico.

4.4. Tratamientos psicológicos para los trastornos de ansiedad

Cuando hablamos del tratamiento psicoterapéutico de un trastorno hay dos cuestiones importantes que, bajo nuestro punto de vista, se deben tener en cuenta. La primera, los criterios que nos llevan a considerar que un tratamiento es eficaz o adecuado y la segunda, hace referencia a la etiología del trastorno, es decir, a las causas que entendemos determinan su desarrollo y mantenimiento. Porque es en función de éstas que se diseñan y aplican los distintos programas de tratamiento. Acerca de la primera de estas cuestiones se tratará inmediatamente, la segunda se abordará en el apartado posterior.

4.4.1. Criterios para la evaluación de los tratamientos

Existen dos métodos de investigación en psicoterapia (Castillo y Poch, 1991). El primero centra su interés en los resultados del tratamiento y en las diferencias entre los resultados obtenidos por diferentes tratamientos. El segundo, que parte de la idea que en general la psicoterapia es eficaz (Castillo y Poch, 1991; Corbella y Botella, 2004; Smith, Glass y Miller, 1980), se centra en identificar qué procesos, implicados en la intervención terapéutica, contribuyen a dicha eficacia.

En el marco de los primeros, en 1995, se constituyó la *Task Force on the Dissemination of Psychological Procedures* en la división 12 de la American Psychology Association con la finalidad de establecer criterios para determinar la eficacia de los tratamientos (Chambless y Hollon, 1998). Según la guía elaborada por esta comisión la eficacia haría referencia a la validez interna del tratamiento y la validez externa a la utilidad clínica. La eficacia (Eje I) incluye la especificidad del tratamiento, la intensidad

con la que se reducen los síntomas, el tiempo que transcurre hasta comenzar la mejoría, la duración del efecto terapéutico, los costes de la intervención para el paciente en términos de rechazo, efectos secundarios o abandonos, posibles interacciones con otros tratamientos y el balance entre las ventajas e inconvenientes que ofrece el tratamiento en cuestión en relación a otros disponibles. La efectividad (Eje II) hace referencia a la viabilidad, generalización y a la relación coste-beneficio (Botella, 2001).

En el marco de los segundos se sitúan los defensores de los factores comunes en psicoterapia, que consideran, que como en líneas generales ningún modelo terapéutico se muestra superior a los otros, deben existir factores comunes a todos ellos. En esta línea se han desarrollado las investigaciones llamadas de "proceso". Los resultados de estas investigaciones indican que en el proceso terapéutico hay un factor común que se ha mostrado clave en los resultados de la intervención, la alianza terapéutica (e.g., Bachelor, 1991; Barber et al., 1999; Bording, 1976; Botella y Corbella, 2005; Corbella y Botella, 2003; Corbella y Botella, 2004; Gaston, Marmar, Gallagher y Thompson, 1991; Greenberg y Watson, 1998; Lambert y Bergin, 1994; Paivio y Bahr, 1998).

En definitiva, el tratamiento útil es aquel que permite generalizar los resultados a contextos clínicos reales, lo que incluye las características de los pacientes y terapeutas, y la forma de trabajar en dichos contextos. Además la viabilidad de la intervención incluye: la aceptabilidad de la misma por parte de los pacientes (coste, malestar, duración de los efectos secundarios, etc.), probabilidad del cumplimiento y facilidad de difusión entre los profesionales, y eficiencia o relación coste-beneficio tanto para el cliente como para la sociedad (Bados, 2003).

4.4.2. Tratamientos eficaces para los trastornos de ansiedad

En este apartado se revisan algunas de las principales investigaciones sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad en estudio. En la revisión se han tenido en cuenta los resultados, la calidad metodológica y la naturaleza de las comparaciones realizadas, así como algunos factores que pueden condicionar la generalización de los resultados.

El tratamiento del trastorno de pánico es, junto al de la esquizofrenia y la depresión mayor, uno de los que ha alcanzado un mayor grado de desarrollo en el campo de los trastornos mentales durante los últimos años (Ballenger, Davidson, Lacrubier, Nutt, Baldwin y den Boer, 1998). Desde el primer ensayo clínico aleatorizado (ECA) que realizaron Gelder y Marks (1966) en el que comparaban la eficacia del tratamiento cognitivo conductual con la terapia psicodinámica se han publicado un número importante de trabajos, la gran mayoría desde la perspectiva cognitivo-conductual. Por tanto, no sorprende que el TCC sea el tratamiento habitual de elección para este trastorno.

De los tratamientos disponibles para el abordaje de los trastornos de ansiedad aquellos diseñados para el TAG contienen, por lo general, los mismos ingredientes activos que los diseñados para el trastorno de pánico. Pero cuando la agorafobia está presente la exposición en vivo (EV) constituye un ingrediente básico. A lo largo de las siguientes páginas se presentan conjuntamente los tratamientos para uno y otro trastorno, a excepción de los estudios sobre la EV que hacen referencia principalmente al tratamiento de la evitación agorafóbica.

4.4.2.1. Terapia de conducta o tratamiento conductual

Desde la terapia de conducta se proponen básicamente dos tipos de estrategias: la terapia de exposición y la terapia de relajación.

4.4.2.1.1. La exposición

Para el conductismo la agorafobia sería el resultado de aprender a evitar una situación neutra que desencadena los correlatos fisiológicos que acompañan la emoción (miedo) y, por asociación, todas aquellas que la representan. Este enfoque ha generado cantidad de investigaciones y tratamientos de gran eficacia para reducir la gravedad de los síntomas de evitación. Desde la terapia de conducta se propone que la exposición a los estímulos fóbicos lleva a la extinción de las conductas de evitación. Sin embargo, algunos estudios sugieren que la reducción del miedo ante los síntomas físicos de las crisis no es generalizable a las situaciones agorafóbicas (Van den Hout, Arntz y Hoekstra, 1994). En el trastorno de pánico con agorafobia la experiencia de pánico (sensaciones internas) puede conceptualizarse como estímulo primario mientras que las situaciones agorafóbicas como estímulo de segundo orden, en las que el grado de

temor viene condicionado por asociación con el estímulo primario (Craske, DeCola, Sachs y Pontillo, 2003).

La exposición en vivo (**EV**) es un *tratamiento bien establecido para la evitación fóbica* (Espada, Van der Hofstadt y Galván, 2007) que se ha mostrado eficaz para la agorafobia en numerosos estudios (e.g., Cox et al., 1992; Gould et al., 1995; Echeburúa, Corral, García y Borda, 1993; Emmelkamp y Mersch, 1982; Marks et al., 1993) motivo por el que frecuentemente se considera como el componente principal del tratamiento (e.g., Bados, 2001, 2003; De Beurs, van Balkom, van Dyck y Lange, 1999; Mattick, Andrews, Hadzi-Pavlovic y Chistensen, 1990; Swinson, Fergus, Cox y Wickwirew, 1995). Sin embargo, el 45% de los pacientes con trastorno de angustia con agorafobia siguen experimentando crisis de pánico tras 3 meses de EV (Michelson, Mavissakalian y Marchione, 1985) mostrándose como un tratamiento eficaz para la agorafobia pero no para el pánico y la depresión (Mattick et al., 1990; Telch, Agras, Taylor, Roth y Gallen, 1995).

La exposición presenta como principal inconveniente una elevada tasa de abandonos, por lo que para su aplicación es necesario tener en cuenta algunas recomendaciones como son la persistencia y regularidad, la exposición progresiva, y la presencia de un co-terapeuta familiar que contribuyen a aumentar su eficacia reduciendo la tasa de abandonos (Bados, 1995b).

Existe una fuerte evidencia que los tratamientos para la agorafobia que incluyen la EV son preferibles a los que no la incluyen y que ésta combinada con antidepresivos tiene mejores efectos sobre la ansiedad y la depresión que sola o combinada con terapia cognitiva (Bakker, van Balkom, Spinhoven, Blaauw y van Dyck, 1998; van Balkom, Bakker, Spinhoven, Blaauw, Bart, Smeenk y Ruesink, 1997). Pero también hay evidencias de que, aún mostrándose más eficaz que la exposición en imaginación, algunas técnicas cognitivas (como la resolución de problemas, el entrenamiento auto-instruccional, la reestructuración cognitiva, la terapia relacional-emotiva y el entrenamiento asertivo), la auto-relajación y el alprazolam para la ansiedad y la evitación fóbica, sus efectos pueden potenciarse con la terapia cognitiva (Bados, 2003).

En el TAG la exposición en vivo es menos aplicable debido a la inespecificidad de los factores desencadenantes externos (Deacon y Abramowitz, 2004) aunque sí lo son la exposición interoceptiva como ingrediente activo del tratamiento (e.g., Durham, 2007; Suinn y Richardson, 1971) y la exposición en imaginación a situaciones ansiógenas.

4.4.2.1.2. La relajación

Consiste en un enfoque conductual que enfatiza el desarrollo de una respuesta de relajación para contrarrestar la respuesta de estrés por ansiedad. Se conocen varios tipos de relajación; entre las más conocidas se encuentran la Relajación Progresiva de Jacobson (1938), el Entrenamiento Autógeno de Shultz (1972), la relajación de Bernstein y Borkoveck (1973) y la Relajación Aplicada de Öst (1987,1988). Pero las que presentan evidencias como *tratamientos posiblemente eficaces para los trastornos de ansiedad* son la Relajación Progresiva de Jacobson (Bados, 2001) y la Relajación Aplicada de Öst (Botella, 2001).

La relajación es eficaz sobre el funcionamiento final de los pacientes (Barlow, Craske, Cerny y Klosko, 1989), el pánico y la depresión (Marks et al., 1993) y algunos estudios muestran que su eficacia se mantiene en el seguimiento a 6 (Beck, Stanley, Baldwin, Deagle y Averill, 1994) y a 12 meses (Öst y Westling, 1995). Pero respecto a la estabilidad de los cambios existe cierta discrepancia, que podría estar relacionada con si se mantiene o no la práctica de la relajación al finalizar el tratamiento. Algunos investigadores encuentran que la mejoría aumenta con el tiempo (Arntz y van den Hout, 1996) y otros que disminuye notablemente (Barlow et al., 1989). No obstante, se ha demostrado que su eficacia a largo plazo es superior que algunos fármacos (Clark et al., 1994) y que no aumenta cuando se combina con EV (Michelson, Marchione, Greenwald, Testa y Marchione, 1996).

La **meditación** se considera una forma de relajación que no sólo crea una respuesta de relajación sino que también produce una modificación en el estado de conciencia, facilitando la modalidad meta-cognitiva del pensamiento, lo que permite esperar beneficios cognitivo-conductuales. De modo que puede aplicarse para promover el sentido de dominio y control que generalmente han perdido los pacientes con ansiedad crónica (Krisanaprakornkit et al., 2007) y reducir el rasgo de ansiedad que les caracteriza.

La eficacia de las técnicas de meditación en trastornos de ansiedad ha sido demostrada en dos ensayos clínicos aleatorizados, pero a pesar de encontrar una tasa de mejoría global del 40% no se mostró más eficaz que la relajación (Raskin, Bali y Peeke, 1980; Shannahoff-Khalsa, Ray, Levine, Gallen, Schwartz, Sidorowic. 1999). Además en ambos estudios la tasa de abandonos fue muy elevada 44% y 33% respectivamente.

La **terapia conductual basada en la aceptación** incorpora técnicas de meditación (*mindfulness* o conciencia plena) a la terapia conductual y focaliza la intervención en la evitación experiencial y conductual. Los ingredientes son la psicoeducación, el entrenamiento en técnicas de conciencia plena (aceptación acrítica y no evitativa de las experiencias internas) y el cambio en la valoración de las cogniciones y las conductas asociadas (Eifert y Heffner, 2003). Los resultados del estudio de Roemer y Orsillo (2007), en el que manualizaron y aplicaron un tratamiento conductual basado en la aceptación de 16 sesiones, indicaron una mejoría significativa en síntomas de ansiedad y depresión, una considerable reducción de la evitación y del miedo, y una importante mejoría en la calidad de vida de pacientes con TAG. En el seguimiento a 3 meses el efecto del tratamiento se mantuvo en todas las variables excepto en depresión. Pero el reducido tamaño de la muestra (n=19) y la ausencia de un grupo control limita la generalización de los resultados.

4.4.2.2. Terapia cognitiva

La teoría cognitiva del **trastorno de pánico** propone que los ataques de pánico son el resultado de la interpretación catastrofista de las sensaciones corporales de ansiedad. Bajo esta perspectiva las conductas de autoprotección -que incluyen la evitación agorafóbica- orientadas a prevenir las temidas catástrofes han sido generadas por interpretaciones catastrofistas, por lo que es necesario intervenir sobre estas creencias para provocar el cambio y la recuperación (Salkovskis y Clark, 1991). Entre los *tratamientos bien establecidos para el trastorno de pánico* se encuentran el Tratamiento para el Control del Pánico (Barlow y Cerny, 1988; Barlow y Craske, 1989, 1994) y la Terapia Cognitiva (Clark, 1986). La diferencia entre ambos es que el Tratamiento del Control del Pánico (TCP) focaliza en el componente psicoeducativo y la Terapia Cognitiva de Clark (1986) en las interpretaciones catastrofistas.

La terapia cognitiva es eficaz para el tratamiento del pánico (e.g., Beck, Sokol, Clark, Berchick y Wright, 1992; Craske et al., 2003; Klosko et al., 1990; Mattick et al., 1990).

Entre el 52-94% de los pacientes se muestran libres de pánico en el post-tratamiento y los efectos se mantienen en el 71-87% de los casos en el seguimiento a medio (Bouchard, Gauthier, Laberge, French, Pelletier y Goudbout, 1996; Clark, 1999; Craske et al., 2003; Telch, Lucas, Schmidt, Hanna, Jaimez y Lucas, 1993) y a largo plazo (Beck et al., 1992; Craske, Brown y Barlow, 1991). Pero el amplio rango que muestran los resultados no permite concretar en qué grado es eficaz el tratamiento cognitivo para este trastorno.

Es más eficaz que la relajación (Barlow et al., 1989) y los cambios producidos se mantienen más estables a largo plazo (Craske et al., 1991). También se ha mostrado superior a algunos fármacos como el alprazolam (Klosko et al., 1990) pero no cuando los antidepresivos se combinan con EV en la agorafobia (van Balkom et al., 1997; Bakker et al., 1998).

Pero su eficacia es similar a la EV y EV guiada (van den Hout et al., 1994; Bouchard et al., 1996; Hoffart, 1995) e inferior en medidas de agorafobia (Burke, Drummond y Johnston, 1997; Emmelkamp y Mersch, 1982; Williams y Falbo, 1996), incluso cuando se combinan ambas, el tratamiento tiene efectos más positivos sobre el pánico, la ansiedad y la depresión pero menos sobre el componente fóbico que la EV sola (Mattick et al., 1990). De estos datos se desprende que la exposición reduce la agorafobia pero no el pánico y que la terapia cognitiva reduce el pánico pero no la agorafobia (van den Hout et al., 1994). En cambio, otros estudios encuentran que la terapia cognitiva es tan efectiva para el pánico como para la agorafobia, que el nivel de funcionamiento al finalizar el tratamiento es superior y que éste tiende a producir mejores efectos en la mayoría de medidas (Hoffard, 1995).

En esta línea, Craske et al. (2003) compararon un tratamiento basado en técnicas cognitivas con otro que además incluía EV. Ambos tratamientos se mostraron igualmente eficaces sobre el pánico y la evitación agorafóbica tras la intervención y a los 6 meses de seguimiento. Además, la frecuencia de crisis de pánico predijo en un 21% las conductas de evitación, a diferencia de un estudio previo en el que la preocupación por las crisis estaba más relacionada con la agorafobia que la frecuencia de éstas (Craske et al., 1988). En cualquier caso, la eficacia de la TC sobre la evitación agorafóbica, puede explicarse de dos modos; bien porque disminuye la frecuencia e

intensidad de las crisis y el temor de las sensaciones interoceptivas, eliminando el refuerzo de la evitación o bien porque los pacientes se exponen sin indicación terapéutica.

Sin embargo, la mayoría de los estudios sugieren que el tratamiento cognitivo en combinación con la EV gradual es la opción más recomendable en vistas a incrementar la eficacia del tratamiento en el trastorno de pánico con agorafobia (Michelson et al., 1996). Parece que si se interviene sobre las interpretaciones catastrofistas la exposición puede ser más beneficiosa porque ayuda a la persona a desconfirmar estas creencias dentro de las situaciones fóbicas.

Las investigaciones en las que se ha comparado la eficacia de la terapia cognitiva respecto a la terapia de conducta en pacientes con **TAG** demuestran que la terapia cognitiva es superior en la mejoría clínica general y en síntomas de depresión pero no en los síntomas de ansiedad propios de este trastorno (e.g., Arntz, 2003; Barlow, 1992; Durham, 1994).

Algunos factores que pueden explicar la inconsistencia entre los resultados obtenidos en las distintas investigaciones con terapia cognitiva son:

- La gravedad del componente agorafóbico no se tiene en cuenta en la mayoría de las investigaciones revisadas. En este sentido, Williams y Falbo (1996) encontraron que el 94% de los pacientes con agorafobia leve estaban libres de pánico en el post-tratamiento, pero sólo el 52% de los que presentaban agorafobia grave.

- El número de sesiones que componen el tratamiento. Algunos estudios demuestran la eficacia de la terapia cognitiva en menos de 8 sesiones (Hoffard, 1995; van den Hout et al., 1994; Williams y Falbo, 1996) pero se calcula que para observar una mejoría significativa y estable son necesarias una media de 12 sesiones de tratamiento (Clark, 1999).

- La comorbilidad con algún trastorno de personalidad también podría explicar, en parte, estos resultados. Sierra y colaboradores (2008) elaboraron un programa, que incluía intervención dual (fármacos y TCP), con el objetivo de predecir la evolución y la respuesta al tratamiento en pacientes con TA que demandaban tratamiento por primera vez. Se observó que la introversión, ser mujer y un elevado sufrimiento durante las crisis son factores que predicen la agorafobia y que entre las variables que

influyen negativamente en el curso del tratamiento estaba la comorbilidad con trastornos de personalidad.

- La aceptación del tratamiento por parte de los pacientes es un factor crucial en los estudios de eficacia y, aunque son escasos los trabajos que informan sobre esta cuestión, se observa que, en general, la terapia cognitiva es un tratamiento bien aceptado por los pacientes. Beck et al. (1992) encontraron que el 94% de los pacientes del GC de lista de espera acepto recibir TC.

El tratamiento que ofrece los beneficios de la combinación de terapia de conducta y terapia cognitiva es el Tratamiento Cognitivo-Conductual.

4.4.2.3. Tratamiento Cognitivo-Conductual

El tratamiento cognitivo-conductual (**TCC**) es actualmente, y a falta de investigaciones rigurosas que lo comparen con otros tratamientos psicoterapéuticos, el tratamiento de primera elección en los trastornos de ansiedad (Fisher y Durham, 1999; Gould, Otto, Pollach y Yap, 1997). Además junto con la EV constituyen *tratamientos bien establecidos para la ansiedad y evitación fóbicas*.

Las estrategias terapéuticas más frecuentes son: psicoeducación, relajación, entrenamiento en respiración diafragmática, terapia cognitiva centrada en las interpretaciones catastrofistas, exposición, entrenamiento en asertividad, técnicas de resolución de problemas y desarrollo de estrategias de afrontamiento ante la adversidad como tratamientos independientes o combinados (e.g., Durham, 2007; Suinn y Richardson, 1971). Estos ingredientes se combinan y se enfatizan en función de las características particulares del trastorno a tratar.

Para el trastorno de pánico con **agorafobia** la inclusión de la EV, preferentemente gradual, se considera un aspecto fundamental del tratamiento. Sin embargo, se vio en apartados posteriores que el uso de la EV comporta ciertos inconvenientes. Cuando el TCC incluye EV el porcentaje de abandonos y recaídas en crisis de pánico es mayor que cuando no la incluyen (Bados, 2003). Pero, por otra parte, parece que el efecto del TCC sobre la evitación agorafóbica pueden reducirse si el tiempo dedicado a la EV es menor (Espada et al., 2007).

La ventaja del TCC es que también es eficaz para otros aspectos de la agorafobia como la preocupación por el pánico, la frecuencia de pánico, la interferencia y los problemas asociados. Por tanto aunque incluya EV, el porcentaje de pacientes que reduce el número de crisis de angustia es mayor (65%) que con EV sola (55%), es superior a los grupos control respecto a la ansiedad, el pánico y la evitación (Bados, 2003), presenta tasas menores de abandono y un número menor de recaídas en ataques de pánico que la EV sola (Bados, 2001).

En vistas a reducir los efectos negativos de la EV en el TCC se proponen algunas estrategias. Una es el uso de técnicas de control físico (relajación y respiración profunda) y técnicas de control cognitivo para posteriormente afrontar el pánico mediante técnicas de exposición interoceptiva (EI) y exposición en vivo (EV), con el objetivo de familiarizarse primero con los pensamientos y sensaciones antes de exponerse (Pastor y Sevilla, 2003). Otra es el empleo de programas informáticos de realidad virtual que permiten la EV *in situ* con el apoyo del terapeuta (Botella, Baños, Villa, Perpiñá y García-Palacios, 2000; Botella, Villa, Baños, Perpiñá y García-Palacios, 1999; Villa, Botella, García-Palacios y Osma, 2007).

No se ha demostrado la superioridad del TCC sobre la EV en el trastorno de agorafobia. En algunos casos no se encuentran diferencias significativas (Öst, Thulin y Ramnerö, 2004) pero se encuentran cuando la intervención tiene una duración muy corta de menos de nueve horas de tratamiento (Williams y Falbo, 1996) o larga, unas 16 sesiones (Michelson et al., 1996). Lo que parece indicar que el efecto de la exposición sobre el componente fóbico se produce en las primeras sesiones; en cambio la terapia cognitiva requiere un número mayor de sesiones para mostrar efectos significativos sobre el pánico.

En líneas generales, las técnicas cognitivo-conductuales se han mostrado altamente eficaces en el tratamiento de las fobias simples, pero esta eficacia se ve reducida ante la complejidad del trastorno agorafóbico en el que un tercio de los pacientes mejoran poco o nada y el 20-25% recaen. Aún así, se muestra superior al grupo control de lista de espera respecto a conductas de evitación, frecuencia de las crisis de angustia y control sobre la ansiedad, aunque no se ha podido demostrar de forma consistente que

sea superior al placebo en algunas variables como mejoría global, evitación de ansiedad general, depresión, interferencia y preocupación por el pánico (Bados, 2001).

Por otra parte, el TCC es un *tratamiento bien establecido para el **trastorno de pánico*** y, en base a la revisión llevada a cabo, se observa que es el tratamiento de elección para este trastorno. Se muestra más eficaz que los tratamientos farmacológicos (McNally, 1996), presenta elevadas tasas de mejoría sobre los síntomas de pánico situándose entre el 66-80% (Chambless y Gillis, 1993; Öst et al., 2004) y la mejoría se mantiene en el 71-75% de los casos en el seguimiento a corto (Michelson et al., 1996; Shear, Pilkonis, Cloitre y Leon, 1994) y a largo plazo (Côte, Gauthier, Laberge, Cormier y Plamondon, 1994). Los estudios confirman que en el trastorno de pánico los componentes conductuales también tienen efectos favorables y duraderos en las variables que como la ansiedad, la depresión y el ajuste social complican la clínica del trastorno de pánico con agorafobia (Öst et al., 2004).

Además, puede ayudar en el proceso de abandono de las benzodiacepinas (McNally, 1996; Otto, Pollack, Sachs, Teiter, Meltzer-Brody y Rosenbaum, 1993; Spiegel, Bruce, Gregg y Nuzzarello, 1994) a fin de evitar las recaídas frecuentes con este tipo de fármacos. Pero también se ha mostrado eficaz en el funcionamiento global y la frecuencia del pánico en pacientes que no responden al tratamiento farmacológico (Polack, Otto, Kaspi, Hammerness y Rosenbaum, 1994). Es más, se ha observado que el consumo de benzodiacepinas durante el proceso psicoterapéutico pueden interferir los efectos positivos del TCC (Brown y Barlow, 1995).

No obstante, sólo el 60% de los pacientes tratados en los ensayos clínicos publicados desde 1990 lograron una mejoría clínicamente significativa (Öst, 2002; citado en Öst et al., 2004). Además se observa que en muchos pacientes se da una exacerbación de los síntomas tras finalizar el tratamiento, que pueden estar asociados a circunstancias personales como acontecimientos vitales estresantes o a efectos adversos del tratamiento y que normalmente conllevan las temidas recaídas (Botella, 2001).

Varios estudios informan que la comorbilidad influye en la eficacia del tratamiento (Brown, Antony y Barlow, 1995; Hoffman, Shear, Barlow, Gorman, Hershenberger, Patterson et al., 1998; Lecrubier, 1998; Mennin y Heimberg, 2000), aunque parece que

el grado de ésta no condiciona los resultados del tratamiento (Barlow, Levitt y Bufka, 1999).

Como se ha podido observar, son muy pocos los estudios que comparan la eficacia del TCC con otros tratamientos, en la mayoría de casos se compara con un grupo control de lista de espera, con variaciones sobre el mismo o desmantelando sus componentes. Pero cuando se ha comparado con otros tratamientos se observa que es superior al tratamiento con imipramina (Barlow, Gorman, Shear y Woods, 2000), pero no respecto a otros tratamientos psicoterapéuticos (Durham et al., 1994; Shear et al., 1994).

Sanderson y Bruce (2007) identificaron las causas por las que algunos pacientes con trastorno de pánico y agorafobia son resistentes al tratamiento cognitivo-conductual. El estudio se realizó a partir de una encuesta realizada a 20 terapeutas expertos (ABCT) que puntuaron y consideraron en el siguiente orden las principales causas de resistencia: falta de compromiso en experimentos conductuales (35), disconformidad con el tratamiento (20), comorbilidad (11), formulación inadecuada del caso o diagnóstico incorrecto (10), apoyo externo del comportamiento o beneficio del síntoma (10), problemas con reestructuraciones cognitivas (10), presencia de otros acontecimientos vitales negativos (3), complicaciones con la medicación (2), mala ejecución de la TCC (2) y barreras en la relación terapéutica (1).

En el **TAG** el TCC se centra en las meta-cogniciones, en los factores interpersonales y en la intolerancia a la incertidumbre. Pero algunos autores focalizan en los aspectos interpersonales y experienciales del trastorno (e.g., Newman, Castonguay, Borkovec y Molnar, 2004), otros en la intolerancia a la incertidumbre (Ladouceur, Dugas, Freeston, Léger, Gagnon y Thibodeau, 2000) y otros en las dificultades emocionales (Mennin, 2004).

El TCC es el más estudiado para el TAG y a pesar de su eficacia (para una revisión véase Borkovec y Ruscio, 2001), el **TAG** continua siendo el trastorno de ansiedad en el que la psicoterapia parece ser menos efectiva (Durham, 2007; Roemer y Orsillo, 2007; White, 1998). Incluso en los estudios más controlados y con mejores tasas de mejoría el 38% de los pacientes permanecen sintomáticos tras completar el tratamiento (Milrod

et al., 2001). No obstante, algunas revisiones meta-analíticas muestran que el tamaño del efecto es mayor con tratamiento psicológico que con medicación en síntomas de ansiedad, pero significativamente mayor en síntomas de depresión (Gould et al., 1997) y que las tasas de recuperación de los pacientes se sitúan sobre el 40% al finalizar el tratamiento y a los 6 meses de seguimiento respecto a la ansiedad rasgo (Fisher y Durham, 1999).

Otros estudios encuentran que sólo el 50% de los pacientes consiguen recuperarse de forma adecuada al final del tratamiento (e.g., Borkovec, Newman, Pincus y Lytle, 2002; Borkovec y Whisman, 1996; Butler, Fennell, Robson y Gelder, 1991; Durham et al., 1997, Gould et al., 1997). En seguimientos a largo plazo, algunos estudios refieren elevadas tasas de respuesta al tratamiento (Fava, Zielezny, Savron y Grandi, 1995), otros encuentran que a los 12 meses la tasa de mejoría se sitúa entre el 43% y el 58%. Pero en la mayoría, no se examina el impacto del tratamiento sobre la calidad de vida y el funcionamiento general tras la intervención (Roemer y Orsillo, 2007).

La principal dificultad en la aplicación del TCC en el TAG es que el desarrollo de estrategias de afrontamiento requiere un esfuerzo sostenido por parte de los pacientes que, a menudo, se sienten poco motivados, por la falta de conciencia de enfermedad. Además algunos pacientes son reacios a la medicación y algunos tienen dificultad para cumplir con la terapia de conducta (Fava et al., 1995; APA, 1998). En estos casos puede ser recomendable empezar por la psicoeducación a fin de aumentar esta conciencia y disminuir el riesgo de abandono del tratamiento (Durham, 2007).

La mayoría de estudios incluyen farmacoterapia y TCC, y muestran eficacia a corto plazo pero los resultados a largo plazo no son concluyentes. No hay evidencias sobre la eficacia de la farmacoterapia con antidepresivos combinada con tratamiento psicológico, ni de la comparación de éstos para este trastorno (Durham, 2007).

Cuando se compara el TCC con la terapia de conducta (relajación) los resultados no son concluyentes (e.g., Fisher y Durham, 1999; Borkovec y Costello, 1993; Arntz, 2003). En algunos estudios el TCC se muestra significativamente superior (Butler, Fennell, Robson y Gelder, 1991), pero cuando se combinan se obtienen mayores índices de mejoría, entre el 50% y el 60% (Durham, 2007).

Hunot et al. (2008) revisaron 25 ensayos controlados aleatorios y cuasialeatorios en los que se comparaba el TCC con un grupo control de tratamiento habitual, de lista de espera, u otro tratamiento psicológico para el TAG. Los principales resultados indicaron que la TCC es más efectiva que los controles en síntomas de ansiedad, preocupación y depresión, que no se dan diferencias significativas entre el TCC y la terapia de apoyo (no directiva con intervenciones atención-placebo) a corto plazo y que los tratamientos de más de ocho sesiones obtienen mejores resultados en mejoría clínica.

Por otra parte, en la revisión que se ha llevado a cabo en el presente trabajo se han encontrado en el marco de los tratamientos cognitivo-conductuales algunas variantes, que incorporan componentes nuevos. Un ejemplo de ello es la **Terapia meta-cognitiva** de Wells (1995) que parte de la idea que los pacientes con TAG tienen la creencia que sus preocupaciones constituyen una forma efectiva para relacionarse con las amenazas. El tratamiento consiste en reformular estas preocupaciones como estrategias de control inútiles. Los datos del estudio piloto que realizaron Wells y King (2006) indican que tras el tratamiento la tasa de mejoría de los pacientes fue del 87% y del 75% en el seguimiento, pero el escaso tamaño de la muestra limita la generalización de los resultados.

Otro ejemplo lo encontramos en el estudio de Merom et al. (2007) que llevaron a cabo un ensayo clínico en el que aleatorizaron 85 pacientes con trastornos de ansiedad (TAG, trastorno de pánico y fobia social) a dos grupos de tratamiento TCC con ejercicio físico (caminar) y un grupo control TCC con sesiones de educación en hábitos de vida saludables. Concluyen que el ejercicio físico constituye un componente a tener en cuenta en el tratamiento de los pacientes con trastorno de ansiedad.

4.4.2.4. Tratamiento Psicodinámico

Aunque son realmente muy escasos existen algunos estudios experimentales en los que se demuestra la eficacia de tratamientos que como el psicodinámico no han sido desarrollados bajo la perspectiva cognitivo-conductual.

En la **terapia psicodinámica** (Alstrom, Nordlund, Persson, Harding y Lundquist, 1984; Wiborg y Dahl, 1996) el objetivo terapéutico es el auto-conocimiento y el alivio de los síntomas se plantea como meta indirecta de la terapia. La relación de

transferencia terapéutica se emplea para explorar y resolver los conflictos inconscientes y en la mayoría de las terapias breves se utiliza el triángulo del conflicto (sentimientos, ansiedad y defensa) y el triángulo de la persona (pasado, terapeuta y actual) como foco de la intervención (Davanloo, 1980; citado en Abbass et al., 2007).

Desde esta perspectiva se encuentran pocos ensayos clínicos con tratamientos manualizados para el trastorno de pánico, lo que supone un gran contraste entre la práctica clínica y la investigación en psicoterapia. La amplia variedad de tratamientos y técnicas que se describen como psicoterapia psicodinámica, y los escasos estudios empíricos sobre indicaciones o manuales de tratamiento (Crits-Christoph, Connolly Azarian, Crits-Christoph y Shapell, 1996; Crits-Christoph, Siqueland, Blaine y Arlene, 1997; Luborsky, Diguier, Cacciola, Barber, Moras, Schmidt, et al., 1996) explicarían en parte este contraste. Pero sorprende porque cuando la terapia psicodinámica ha sido estudiada se ha mostrado significativamente superior a los controles de lista de espera y de tratamiento mínimo, y equivalente a otros tratamientos psicoterapéuticos (Anderson y Lambert, 1995; Crits-Christoph, 1992; Leichsenring, Rabung y Leibing, 2004).

Durham et al. (1994) compararon la eficacia de la terapia psicodinámica, la terapia de conducta y el entrenamiento en gestión de la ansiedad en una muestra de 110 pacientes diagnosticados de TAG. Los resultados mostraron que al finalizar el tratamiento la terapia de conducta es significativamente más efectiva que la terapia psicodinámica, sin embargo a los 6 meses de seguimiento estas diferencias dejaron de ser significativas. El seguimiento se realizó a un año y la tasa de abandono fue del 22% para la terapia de conducta y del 33% para la terapia psicodinámica.

Una variante es la **Psicoterapia Psicodinámica Focalizada en el Pánico** (PFPP; Milrod, Busch, Cooper y Shapiro., 1997) que mantiene los principios básicos de la importancia de los procesos inconscientes, la libre asociación y el papel fundamental de la transferencia, y consiste en una terapia manualizada de 24 sesiones (45') bisemanales. Los resultados del estudio de Milrod et al. (2001) indicaron que el 76% de los pacientes experimentaron remisión del pánico y agorafobia, incluso en aquellos que presentaban depresión (que por lo general responden peor al tratamiento) la remisión de los síntomas fue significativa. La mejoría en síntomas y calidad de vida fue

sustancial y consistente en todas las áreas evaluadas, y estos beneficios se mantuvieron a los 6 meses de seguimiento. En investigaciones previas ya se demostró que la PFPP puede ser tan eficaz que los tratamientos farmacológicos y el TCC (Milrod y Shear, 1991; Milrod, Busch, Hollander y Aronson, 1996; Wiborg y Dahl, 1996).

También dentro de las terapias psicodinámicas pero desde el enfoque particular de la **Psicoterapia Psicodinámica Breve Adleriana** (B-APP) Ferrero, Pierò, Fassina, Massola, Lanteri, Abbate y Fassino (2007) realizaron un estudio naturalístico con pacientes con TAG. Compararon B-APP con farmacoterapia y tratamiento combinado (psicoterapia más medicación). Los resultados mostraron que el grado de satisfacción de los pacientes va en función de la efectividad del tratamiento, que la B-APP es efectiva como monoterapia y adecuada para centros de salud mental y que, en este caso, la medicación sólo es necesaria en pacientes con TAG severo o comorbilidad con Tr. de personalidad. La tasa de abandono fue del 12,5% y las principales limitaciones fueron la complejidad que reviste la metodología naturalística, que el tratamiento no estaba manualizado y el número variable de sesiones que componían los diferentes tratamientos.

4.4.3. Efectividad de los tratamientos

A lo largo de las páginas anteriores se ha hecho especialmente referencia a la eficacia. Pero también se han destacado aspectos relacionados con la efectividad que, como la extensión temporal del tratamiento, condicionan los resultados.

En este sentido, se ha visto que los efectos de la EV son más rápidos, por lo que requieren menos sesiones de tratamiento, pero son menos duraderos. La terapia cognitiva es más lenta en producir cambios significativos pero éstos son más consistentes en el tiempo. La terapia cognitivo-conductual que combina la EV y la terapia cognitiva produce efectos significativamente más duraderos, pero requiere por lo general un número mayor de sesiones de tratamiento.

Dentro de la perspectiva cognitivo-conductual se proponen estrategias orientadas al aumento de la relación coste-beneficio. Bajo la premisa que la eficacia del TCC no disminuye al reducirse el contacto con el terapeuta (McNally, 1996), algunos estudios se desarrollan con el objetivo de comparar la eficacia en función de la extensión del

tratamiento. Los resultados de algunos estudios no parecen mostrar diferencias significativas entre tratamientos breves y otros de más larga duración (Botella y García-Palacios, 1999; Clark, Salkovskis, Hackman, Wells, Ludgate y Gelder, 1999).

Para algunos autores el uso de **manuales de autoayuda** o la intervención on-line, que reducen significativamente el contacto con el terapeuta, no suponen una peor atención ni menor efectividad (Clark et al., 1999; Elsesser y Mosch, 2002; Hecker, Losee, Fritzler y Fink, 1996; Hecker, Losee, Roberson-Nay y Maki, 2004; Marchand, Todorov, Borgeat y Pelland, 2007). Sin embargo, otros consideran que puede disminuir la efectividad por problemas como la falta de motivación y la adherencia al tratamiento (Febbraro, Clum, Roodman y Wrigth, 1999; Holden, O'Brien, Barlow, Stetson e Infantino, 1983).

En la línea de los primeros, se ha demostrado que la **biblioterapia** puede ser tan efectiva como la intervención individual cara a cara (Gould, Clum y Shapiro, 1993; Hecker et al., 1996; Hecker et al., 2004), más efectiva que la lista de espera (Gould y Clum, 1995; Febbraro et al., 1999) y comparable a la terapia de grupo (Hecker et al., 2004) u otras condiciones de tratamiento (Lindren, Watkins, Gould, Clum, Asterino y Tulloch, 1994). Mostrando cierta evidencia acerca de la utilidad de los formatos de terapia breve apoyada con biblioterapia o manuales de auto-ayuda (Botella, 2001).

También se están llevando a cabo actualmente un importante número de trabajos con TCC asistida por **Internet**, sin la necesidad de un contacto intensivo entre paciente y terapeuta (e.g., Klein y Richards, 2001; Klein, Richards y Austin, 2006). Pero aunque algunos resultados indican que puede ser un recurso efectivo (Klein y Richards, 2001), se ha demostrado que la tasas de abandono con esta modalidad terapéutica suelen ser bastante elevadas (Richards y Alvarenga, 2002).

Además, los tratamientos administrados vía Internet, que se justifican por el bajo coste que suponen, presentan una baja adhesión al tratamiento (Carlbring, Nilsson-Ihrfelt, Waara, Kollenstam, Buhrman, Kaldø et al., 2005), sólo resultan válidas para pacientes que son usuarios habituales de nuevas tecnología y, a menudo, excluyen a pacientes que puedan requerir atención médica. Se ha sugerido que un contacto telefónico frecuente puede ayudar a mantener la adhesión (Richards y Alvarenga, 2002), pero

cuando se compara con la comunicación exclusivamente vía e-mail no se observan diferencias (Anderson, Lundström y Ström, 2003). Parece necesario seguir investigando sobre el nivel óptimo de implicación del terapeuta (Carlbring et al., 2005), puesto que esta modalidad podría ser adecuada en las primeras fases del tratamiento para pacientes con agorafobia severa, que abandonan frecuentemente el tratamiento por las dificultades de movilidad implícitas en el propio trastorno.

Pero, no se puede perder de vista que un factor fundamental en el tratamiento psicoterapéutico es la relación terapéutica (e.g., Lambert, 1986; Bachelor, 1991; Botella y Corbella, 2005; Corbella y Botella, 2004; Corbella y Botella, 2003; Gaston et al., 1991; Greenberg y Watson, 1998; Luborsky, McClellan, Woody, O'Brien y Auerbach, 1995; Najavits y Strupp, 1994; Paivio y Bahr, 1998) y que, como se dijo anteriormente, explica un porcentaje muy importante de la eficacia del tratamiento (Gaston et al., 1991).

4.4.4. El tratamiento de grupo

Se ha destacado que las principales limitaciones del TCC son el coste del terapeuta, bajo nivel económico de los pacientes con trastornos de ansiedad, la falta de profesionales especializados, las largas listas de espera en los centros públicos y la extensión del tratamiento (Côte et al., 1994). Ante esta situación una opción interesante la ofrece la terapia de grupo que puede ser más efectiva en cuanto disminuye el coste del terapeuta (permite atender a un ratio mayor de pacientes) y reduce significativamente el coste del tratamiento para el paciente y las listas de espera en los centros públicos de salud mental.

Curiosamente de los 630 estudios empíricos sobre tratamientos para el TAG que se recogen en la base de datos PsycInfo (1985-2009) sólo 3 constituyen ensayos clínicos de psicoterapia grupal para adultos (Dugas, Ladouceur, Léger, Freeston, Langolis, Provencher et al., 2003; Stanley, Beck, Novy, Averill, Swann, Diefenbach y Hopko, 2001; Woodward y Jones, 1980). Algo similar sucede con el trastorno de pánico con o sin agorafobia que de 1750 artículos publicados sólo 12 constituyen ensayos clínicos de psicoterapia grupal (Ashihara, Tsutsumi, Osawa y Sata, 2000; Berger, Sachs, Amering, Holzinger, Bankier y Katschnig, 2004; Dannon, Gon-Usishkin, Gelbert, Lowengrub y Grunhaus, 2004; Graus, De Isabella, Curatolo, Barbieri, Calzeroni, Catania, Vergani,

Contini, Bogazzi y Mauri, 2002; Hecker et al., 2004; Néron, Lacroix y Chaput, 1995; Oiesvold y Aaroe, 2003; Otto, Pollack, Penava y Zucker, 1999; Penava, Otto, Maki y Pollack, 1988; Pollack et al., 1994; Rosenberg y Hougaard, 2005; Sachs, Amering, Berger y Katschnig, 2002).

Esta ruptura entre la práctica y los estudios metodológicamente rigurosos ha sido destacada por algunos autores (e.g., Durham, 2007). Esta situación, entre otras razones, nos lleva a hacer referencia a estudios que presentan otras características (Craske et al., 2003; Hoffard, 1995; Michelson et al., 1996; Sharp, Power y Swanson, 2004; Telch et al., 1993).

En el **trastorno de pánico** las intervenciones conductuales y cognitivas expuestas en apartados anteriores muestran índices de eficacia similares cuando se aplican en formato grupal. Las tasas de mejoría oscilan, dependiendo de la medida de resultado tomada, para la terapia conductual 33% (Michelson et al., 1996), para la terapia cognitiva 39-84% (Craske et al., 2003; Hoffard, 1995) y para la TCC 44% (Michelson et al., 1996; Telch et al., 1993), pero estos datos no permiten obtener conclusiones ya que la aplicación grupal del TCC no ha sido muy estudiada (Bados, 2001).

La modalidad grupal de tratamiento se ha mostrado eficaz (Graus et al., 2002; Oiesvold y Aaroe, 2003), significativamente más que el grupo control de lista de espera (Rosenberg y Hougaard, 2005; Telch et al., 1993) y similar al tratamiento con paroxetina en la fase aguda del trastorno (Dannon et al., 2004). Cuando se compara con la modalidad individual no se observan diferencias significativas entre ambas (Bados, 2001; Néron et al., 1995; Sharp et al., 2004).

Respecto a cuando se producen los cambios, se ha visto que en las primeras cuatro sesiones de tratamiento empiezan a producirse cambios significativos a nivel sintomático (Penava et al., 1988), pero parece que en la modalidad grupal los cambios más significativos se producen después de la octava sesión (Craske et al., 2003).

Otto et al. (1999) observaron que en pacientes resistentes a la medicación, los resultados al finalizar la intervención (cognitivo-conductual) grupal no permitieron discriminar entre los que habían completado adecuadamente el tratamiento

farmacológico de aquellos que no lo habían completado o lo habían hecho inadecuadamente. Indicando que la intervención grupal, al igual que la individual, es eficaz para aquellos pacientes que se muestran reacios a la medicación. Por otra parte, como sucede en el tratamiento individual (Sierra et al., 2008) se observa la influencia de los trastornos de personalidad premórbida en los resultados del tratamiento, en el que los pacientes sin trastorno de personalidad tienen el doble de posibilidades de beneficiarse del tratamiento (Berger, Sachs, Amering, Holzinger, Bankier y Katschnig, 2004).

Para el tratamiento del **TAG**, la eficacia de la terapia grupal es superior al grupo control de lista de espera y similar a la terapia individual en la mejoría de los síntomas de ansiedad pero no en preocupación y depresión (Dugas et al., 2003).

Especial interés nos despertó el estudio de Klontz, Wolf y Bivens, (2000) que evaluaron la efectividad de una terapia humanista experiencial intensiva (de 30 h) en formato grupal. Los pacientes de la muestra, que presentaban trastorno de ansiedad o del estado de ánimo, mostraron una mejoría significativa de los síntomas y un aumento significativo del bienestar al finalizar el tratamiento, y los resultados se mantuvieron tras 6 meses de seguimiento.

En el capítulo primero de este documento se expusieron algunos de los principales beneficios de la terapia de grupo y al iniciar este apartado se señaló que la intervención grupal puede aumentar la efectividad del tratamiento en términos de coste-beneficio. Pero algunas de las investigaciones en este ámbito ponen al descubierto ciertos inconvenientes como son:

- Una elevada tasa de abandono (Eayrs, Rowan y Harvey, 1984; Merom et al., 2007), significativamente mayor que la terapia individual, que puede alcanzar el 47% (Sharp et al., 2004).
- Requiere un número mayor de sesiones para generar cambios significativos (Craske et al., 2003).
- La aceptación por parte de los pacientes parece ser menor que en el tratamiento individual (Sharp et al., 2004). Este aspecto adquiere gran importancia cuando parece que hay una tendencia cada vez mayor en los CSM a dar la posibilidad al paciente de escoger el tipo o modalidad de tratamiento (Durham, 2007).

4.4.5. Algunas consideraciones sobre los estudios de eficacia

Antes de adentrarnos en el apartado siguiente también se ha considerado importante destacar algunas observaciones, a propósito de las características de los estudios hasta aquí presentados, que limitan la comparación y condicionan la interpretación de los resultados de esta revisión.

- Son mínimos los estudios de eficacia realizados desde perspectivas distintas a la cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad, así como los que comparan tratamientos desarrollados bajo distintos paradigmas.
- En algunos estudios se excluyen los casos que presentan comorbilidad con depresión mayor, abuso de sustancias y agorafobia leve o severa (e.g., Öst et al., 2004; Klein et al., 2006).
- El tiempo de evolución, que constituye un indicador de la gravedad del trastorno sólo se tiene en cuenta en algunos estudios (Craske et al., 2003; Milrod et al., 2001; Sharp et al., 2004).
- Los pacientes de algunos estudios presentan sintomatología leve (Arntz y van den Hout, 1996; Barlow et al., 1989; Clark et al., 1994) y otros muy grave (DeRubeis y Crist-Christoph, 1998).
- La presencia de agorafobia se especifica casi exclusivamente en los estudios realizados con terapia de conducta.
- La comorbilidad con trastornos Eje I es muy variable de unos estudios a otros que van del 18% (Milrod et al., 2001) al 89% (Klein et al., 2006).
- La comorbilidad con trastornos de personalidad, relacionada con la gravedad del trastorno y con la eficacia del tratamiento, ha sido una variable controlada en algunos estudios (e.g., Ferrero et al., 2007; Öst et al., 2004), pero no en la mayoría.
- Muchos incluyen a pacientes bajo tratamiento farmacológico (e.g., Caske et al., 2003; Klein et al., 2006; Öst et al., 2004; Sharp et al., 2004) pero con distintos niveles de control sobre esta variable.
- En las tasas de abandono, se obtienen datos muy heterogéneos que oscilan entre el 0% (Woodward y Jones, 1980) y el 37% (Roemer y Orsillo, 2007) pero con raras excepciones (Milrod et al., 2001), no se informa sobre las causas de abandono.
- Muy pocos estudios informan sobre el curso de la terapia (Craske et al., 2003; Penava et al., 1988).

- Solo un estudio informó de las características psicopatológicas de los que no respondieron al tratamiento (Milrod et al., 2001), de los criterios de cumplimiento del tratamiento (Sharp et al., 2004), del grado de alianza de trabajo (Klein et al., 2006) y sólo uno analizó las diferencias entre los que completaron el tratamiento y los que no lo hicieron (Craske et al., 2003).

También se ha observado, respecto a los criterios de eficacia empleados, que en la mayoría de las investigaciones se habla en términos de "ausencia de crisis" o "libre de pánico" tras el tratamiento. Incluso algunos afirman que los pacientes se encuentran libres de crisis desde las primeras semanas de tratamiento (Klein et al., 2006), como indicador indiscutible de la eficacia de la intervención.

Desde nuestra experiencia clínica con pacientes que padecen trastorno de pánico con o sin agorafobia y TAG, ponemos seriamente en duda la validez real de este tipo de resultados. Si bien es cierto que en las primeras sesiones de tratamiento los pacientes tienden a experimentar menos crisis o dejan de experimentarlas temporalmente, porque se sienten comprendidos y atendidos. También es cierto que como clínicos no podemos hablar de la ausencia de crisis como remisión del trastorno. Especialmente, si tenemos en cuenta que el curso clínico del trastorno alterna periodos críticos con remisiones parciales, por tanto, aun sin tratamiento, los pacientes pueden permanecer periodos de tiempo sin experimentarlas. Con esto entendemos que la presencia o no de crisis de pánico no puede ser considerada ni la única ni la principal variable en los estudios de eficacia. En este sentido, nos parece más apropiado tomar como variable principal el rasgo de ansiedad que hace referencia a aspectos más generales y estables del trastorno y, en el caso de la agorafobia incluir una medida que indique la intensidad y amplitud de la evitación fóbica, que pueda aportar información sobre el nivel de funcionamiento del paciente.

4.5. Otros enfoques en la comprensión y el tratamiento de los trastornos de ansiedad

Como se observa en la revisión anterior, los estudios de eficacia se han desarrollado bajo el paradigma cognitivo conductual, con muy pocas excepciones (Durham et al., 1994; Milrod et al., 2001; Ferrero et al., 2007). Sin embargo, existen otras

aproximaciones al tratamiento de los trastornos de ansiedad que, a pesar de no contar con el aval de un gran cuerpo de investigación, ofrecen aportaciones no menos interesantes. En líneas generales el objetivo de las terapias desarrolladas bajo la perspectiva cognitivo y conductuales es lograr el control sobre los síntomas eliminándolos o disminuyendo su frecuencia, intensidad y duración, es decir produciendo en los pacientes cambios de naturaleza cuantitativa. Pero una cantidad creciente de pruebas científicas, la experiencia clínica y las actitudes de la comunidad promueven actualmente un cambio hacia formas más holísticas de tratamiento (Krisanaprakornkit et al., 2007).

En los enfoques que se presentan a continuación el objetivo del tratamiento es producir cambios a nivel cualitativo, el foco de la intervención no son los síntomas sino el contexto personal en los que éstos se desarrollan. En su mayoría, demuestran su validez con estudios de caso único en los que la efectividad del tratamiento se muestra no sólo a través de medidas de resultado sino también mediante variables que hacen referencia al proceso terapéutico. Algunas de estas propuestas se han tenido en cuenta a la hora de diseñar el tratamiento que se presenta en el capítulo siguiente

Desde el paradigma **psicoanalítico** tradicional la angustia agorafóbica es una manifestación secundaria y consciente de un conflicto inconsciente específico que se considera primario. Las crisis de angustia se caracterizan por un conflicto entre las instancias psíquicas del yo y la evitación permite huir de estos conflictos inconscientes cuando son reactivados por determinadas situaciones. El miedo experimentado no obedece a la realidad del objeto o situación sino a los símbolos que ellos representan.

En esta línea y bajo una perspectiva más actual la **psicología del Self** define la agorafobia como una deficiencia estructural que tiene su origen en la relación con las figuras de referencia en dos momentos evolutivos. El primero corresponde a un conflicto en la etapa de la autonomía del hijo/a, que es interpretada como un alejamiento y en consecuencia las respuestas no le permiten elaborar la ansiedad de separación. El segundo, relacionado con fantasía y pulsiones edípicas, se da cuando el afecto y el comportamiento de autoafirmación en relación al sexo opuesto provocan respuestas de desaprobación, represión e incluso de competencia a través de críticas o de un alejamiento emocional. A consecuencia de estos mensajes negativos y faltos de

apoyo las vivencias asociadas a tales fantasías se tiñen de angustia y culpa. Las crisis de angustia se consideran manifestación del riesgo inmediato de desestructuración completa de un self poco cohesionado, lo que lleva a la experiencia de pánico. En este contexto el factor desencadenante es el desplazamiento temporal de las fantasías edípicas y la difusión de la angustia el elemento significativo, la necesidad de compañía para hacer frente a las actividades ordinarias es la expresión de la necesidad no colmada de la presencia materna en momentos cruciales (Neri, 1995).

En la terapia sistémica el síntoma constituye la señal de la existencia de dinámicas relacionales familiares disfuncionales que lo generan y perpetúan. La sintomatología agorafóbica suele presentarse en familias rígidas y controladoras en las que sus miembros carecen de una autonomía real, y se comprende como restricción de la libertad en el ámbito de las relaciones personales. Por su parte, el paciente identificado o miembro sintomático a través de su aparente debilidad ejerce un control férreo sobre las dinámicas familiares. De este modo consigue imponer su voluntad sin asumir ninguna responsabilidad.

El enfoque constructivista, entiende al ser humano como creador activo de la realidad, en cuanto la interpreta y asigna significado. El sufrimiento viene dado por la interpretación que la persona hace cuando ve invalidado su sistema rígido de creencias sobre el mundo y los demás; por su incapacidad de integrar la negación y reconstruir el sistema de forma más rica y articulada. Dentro de esta perspectiva, destacamos las aportaciones de Sassaroli y Lorenzini (2000) para los que hay dos áreas que caracterizan la agorafobia: las emociones y el sistema explorativo.

En torno a estos ejes identifican dos tipos de personas que desarrollan agorafobia: los "dependientes" y los "autónomos". El primero trae tras de sí una historia de fobias y miedos diversos, se desestabiliza cuando descubre que está solo o cuando descubre que es fuerte, al invalidar la creencia de que es débil. El segundo tipo, el autónomo, se desestabiliza cuando descubre que está vinculado o que es débil. Ambos tipos se caracterizan por una baja implicación emocional y el miedo a experimentar emociones. Desde pequeños aprendieron a evitarlas, en un contexto familiar en que eran interpretadas como amenazas, a menudo por la dificultad de contención de los progenitores. La intervención terapéutica tiene como objetivo la promoción de la

autonomía del paciente a partir de hacer conscientes las construcciones rígidas y el sistema de atribución causal erróneo.

Estos autores señalan dos aspectos que consideramos de gran interés en el tratamiento de estos pacientes: un aprendizaje emocional incompleto y un estilo de apego inseguro ambivalente.

También bajo el prisma constructivista, Preciado (2002) señala la importancia de que el paciente pueda otorgar significado a los síntomas que experimenta, a lo que le sucede, y sugiere como intervención la reconstrucción terapéutica del trastorno por parte del paciente. Porque como afirma en los trastornos de ansiedad -se podría añadir que en cualquier trastorno psicopatológico-, no basta con la medicación ni tampoco con una intervención exclusivamente centrada en los síntomas.

Por otra parte, Villegas (1995), autor que podríamos ubicar en la intersección entre el constructivismo, la psicología sistémica y la psicología humanista, incluyó la agorafobia entre las que denominó "patologías de la libertad". La naturaleza del síntoma agorafóbico se entiende como una restricción de la libertad, fruto de un conflicto moral. El conflicto que caracteriza el trastorno es paralizante y queda bien resumido en la siguiente cita rescatada en una sesión terapéutica por el propio autor "mi bienestar, mi necesidad o mi deseo se opone al bienestar, necesidad o deseo de los demás" (Villegas, 1993). Las conductas de evitación constituyen la invasión del mecanismo psicológico a la vida del sujeto. En este contexto el tratamiento se orienta a la promoción de la autonomía psicológica y moral, a partir del desarrollo de un sistema epistemológico de mayor complejidad y funcionalidad (Azorín, 2002; Villegas, 1993, 2000).

Una idea que ha regido todo el proceso de la investigación que aquí se presenta es la importancia de la integración en psicoterapia. Bajo nuestro punto de vista, los trastornos psicopatológicos constituyen entidades complejas y multidimensionales que van más allá de la sintomatología con la que se manifiestan. Por tanto el tratamiento psicoterapéutico debe contemplar y abordar todas las dimensiones de la persona (física, conductual, cognitiva, emocional, ética e interpersonal). Para ello es necesario contar con aportaciones que permitan explicar el trastorno desde diferentes

perspectivas y en relación a las diferentes dimensiones a las que nos referimos. Las perspectivas que se han expuesto en este apartado nos ofrecen aproximaciones distintas a los trastornos en estudio y entendemos que pueden ser complementarias. El objetivo no es tanto saber si estos enfoques describen de forma verdadera o no la realidad del problema sino que nos permiten comprender a diferentes niveles a las personas que atendemos.

En el próximo capítulo se describe detalladamente el tratamiento que se ha diseñado y aplicado en esta investigación, así como la comprensión de los trastornos en estudio desde la que partimos.

Parte segunda:

Diseño y evaluación de un tratamiento basado en inteligencia emocional (TIE)

Capítulo V.

Diseño del tratamiento TIE

Capítulo VI.

Método de la investigación

Capítulo VII.

Eficacia del tratamiento TIE. Resultados.

Capítulo VIII.

Eficacia del tratamiento TIE. Discusión

Capítulo IX.

Conclusiones, limitaciones y prospectiva.

Introducción

El primer capítulo de la parte empírica lo configura el diseño del Tratamiento basado en la Inteligencia Emocional, el TIE.

En los capítulos siguientes, que constituyen el trabajo de campo, se presenta el método de la investigación, los resultados obtenidos y la discusión de los mismos a la luz de las principales investigaciones en este ámbito. Posteriormente, en el capítulo noveno se exponen las principales conclusiones del estudio, que junto con las limitaciones y las propuestas para futuras investigaciones pondrán fin a la exposición.

Capítulo quinto:

Diseño del Tratamiento basado en el desarrollo de la Inteligencia Emocional (TIE)

5.1. Fundamentación del tratamiento TIE

5.1.1. ¿Qué comprensión de los trastornos en estudio hay tras el tratamiento TIE?

5.1.1.1. A nivel teórico

5.1.1.2. A nivel empírico

5.1.2. ¿Se han mostrado válidas las estrategias y recursos técnicos que se utilizan en el TIE?

5.2. Descripción del TIE

5.3. Objetivos del tratamiento

5.4. Procedimiento

5.4.1. Evaluación

5.4.2. Niveles de intervención

5.4.3. Fases del tratamiento

5.4.4. Estrategias de intervención

5.5. La relación terapéutica

5.5.1. Las actitudes del terapeuta

5.6. Aplicaciones

5.6.1. Modalidades de aplicación

5.6.2. Ámbitos de aplicación

"¡Hay que enseñar a ser felices! ¿Para que sirve todo lo demás si no conseguimos cavar acertadamente los cimientos?" (Navarrete, 1993, pág. 14)

Introducción

En el capítulo primero de este documento se presentó el modelo de Psicoterapia Integradora Humanista (Gimeno-Bayón y Rosal, 2001, 2003; Rosal y Gimeno-Bayón, 2001) que constituye el marco teórico de la presente investigación.

En el capítulo segundo, se argumentó el valor de la emoción como elemento clave del funcionamiento humano a través de las principales investigaciones realizadas en este campo. También se destacó como los bloqueos y distorsiones en el proceso emocional son fuente de malestar psicológico y físico, y en consecuencia, frecuentemente de enfermedad o trastorno.

En el tercer capítulo se expuso el modelo de habilidad de inteligencia emocional que se ha tomado como eje estructural en el diseño del tratamiento que presentamos a continuación. Se presentaron las investigaciones que han contribuido a la validez del constructo y aquellas que han permitido vincular dicho constructo al campo de la psicopatología.

Finalmente en el capítulo cuarto se han descrito detalladamente los trastornos en estudio y se han presentado numerosas investigaciones que han permitido demostrar la eficacia de los tratamientos más utilizados para el abordaje de la agorafobia y el trastorno de ansiedad generalizada.

En este capítulo se describe el tratamiento objeto de estudio de esta investigación, que surge fruto de un doble proceso de integración y síntesis orientado a la superación dialéctica de los modelos integrados. A lo largo de las siguientes páginas se exponen las investigaciones que justifican el desarrollo de la IE como objetivo terapéutico así como la fundamentación teórico-empírica de la efectividad de las estrategias psicoterapéuticas que configuran el tratamiento que se presenta.

5.1. Fundamentación del tratamiento TIE

Entendemos que los principales aspectos que justifican el diseño de un nuevo programa de tratamiento psicoterapéutico son:

1. La epistemología desde la que se comprende la psicopatología y se explican los factores implicados en su desarrollo. A este nivel, la fundamentación empírica se encuentra en aquellos estudios que constatan la implicación de dichos factores en la etiología, curso o mantenimiento del trastorno.
2. Que las estrategias o recursos técnicos que configuran el procedimiento de intervención del programa se hayan mostrado válidas y coherentes con los objetivos que se plantean.
3. La necesidad de alternativas a los tratamientos existentes bien porque la eficacia de éstos no es plenamente satisfactoria, bien porque la posibilidad de contar con variedad de tratamientos equiparables respecto a su eficacia y efectividad ofrece la posibilidad a terapeutas y pacientes de elegir el tratamiento más adecuado a sus características y al contexto de intervención.

En este apartado se argumentarán los dos primeros puntos que entendemos justifican el diseño del TIE. En la parte empírica de esta investigación se demostrará la eficacia del tratamiento a partir de los resultados que se han obtenido en el trabajo de campo.

1. ¿Qué comprensión de los trastornos en estudio hay tras el tratamiento basado en inteligencia emocional?

a. A nivel teórico

La psicopatología puede explicarse desde este enfoque como una disfunción emocional que puede ser debida bien a un aprendizaje emocional distorsionado o bien por una experiencia emocional traumática. El supuesto básico es que la persona necesita atender y comprender su experiencia emocional, de un modo consciente, para poder integrarla en vista a solucionar problemas y orientarse adaptativamente en el mundo (Greenberg et al., 1996), Los esquemas emocionales, que producen las respuestas adaptativas o no, dependen del desarrollo de las habilidades para percibir, usar, comprender y regular nuestras emociones. Desde este planteamiento la psicopatología está relacionada con la dificultad de las personas para atender y comprender las emociones, integrarlas con el pensamiento y la conducta, y regularlas en base a sus necesidades y motivaciones primarias. De hecho, cuando Fernández-Berrocal y Extremera (2006b) analizaron la

influencia de la IEP en las respuestas emocionales observaron que la claridad y la reparación estaban asociadas a estados de ánimo previos, a las condiciones de reactividad emocional y a la recuperación emocional, y se vio que juegan roles diferentes pero complementarios en el procesamiento emocional. Demostrando que la IE constituye un factor intra e interpersonal que contribuye al eficiente procesamiento de las emociones tanto positivas y como negativas.

En esta línea, "se considera que todos, o casi todos, los síndromes psicopatológicos y trastornos de personalidad representan la expresión de un comportamiento anticreativo" (Rosal, 2002, p. 9). La psicopatología generada por un bloqueo, dispersión o distorsión en el procesamiento emocional produce la falta de integración entre las diferentes dimensiones de la persona. La emoción, que constituye el núcleo del sí mismo y el elemento clave que permite dicha integración, actúa como señal del estado del sistema, que permite evaluar de forma correcta la situación y darle respuesta adecuadamente. Cuando se da un déficit en la interpretación y comprensión de las señales emocionales o bien en la gestión de la información emocional, la persona tiende a estados y conductas desadaptativas. Estos estados y las conductas asociadas devienen anticreativos en cuanto no responden de forma coherente e integrada con la emoción primaria que las desencadena, y por tanto dificultan el sano desarrollo de la persona. La comprensión y la expresión adaptativa de la emoción auténtica es lo más adecuado para el desarrollo de la personalidad sana.

Bajo esta perspectiva, el síntoma no es más que la metáfora de las características del propio sufrimiento y la única alternativa posible ante el conflicto por la que la persona se siente capaz de optar para expresar dicho sufrimiento. Pero esta experiencia que resulta desintegrada e incoherente, imposibilita la búsqueda de alternativas creativas orientadas al crecimiento personal.

En la experiencia clínica con pacientes que presentan los trastornos de ansiedad en estudio, se observa que:

- Los pacientes tienen dificultad en asociar los síntomas a situaciones emocionalmente cargadas debido a una cierta incapacidad de introspección y por un escaso conocimiento del mundo emocional.

- Las emociones son vividas como amenazantes y en este sentido podemos hablar de auténtica fobia emocional. En las personas con agorafobia y TAG el miedo no sólo se da ante situaciones externas o sensaciones internas, si no también como reacción ante la experiencia de algunas emociones, por lo que frecuentemente evitan situaciones que puedan generar dichas emociones.

En esta línea Mennin y colaboradores encontraron que los criterios diagnósticos de estos trastornos están asociados con emociones más intensas, baja capacidad de comprensión de las emociones, reacción ante las propias emociones de forma negativa o con ansiedad, tendencia a juzgar las propias emociones y dificultades en la gestión emocional (Mennin, Heimberg, Turk y Fresco, 2005; Mennin, Holaway, Fresco y Heimberg, 2007). También se ha observado que en el TAG la evitación experiencial de sensaciones corporales no deseadas u otros eventos internos o externos se traducen en intentos de evitar emociones.

- Frecuentemente la emoción primaria en estos trastornos no es, como se piensa, el miedo que los caracteriza. El miedo es la emoción parásita que encubre otra u otras emociones. Si es así ¿Por qué es el miedo la emoción que caracteriza los trastornos de ansiedad? Porque para la persona supone un conflicto moral la vivencia y expresión de la emoción auténtica, casi siempre una intensa rabia o tristeza que no se siente capaz de gestionar. Esta situación genera sentimientos de impotencia, de frustración y de rabia, y las opciones posibles para resolver el conflicto generan fuertes sentimientos de culpa que no son tolerados. En este sentido, se ha encontrado que los pacientes con TAG presentan una activación significativamente menor ante expresiones de miedo pero una respuesta significativamente mayor ante expresiones de ira que sujetos sanos, y que la ira está relacionada con la ansiedad referida por los pacientes (Blair, Shaywitz, Smith, Rhodes, Geraci, Jones, et al., 2008).

- En muchos casos el síntoma aparece en momentos vitales que demandan a la persona asumir nuevas y/o importantes responsabilidades como sucede ante el inicio de la vida adulta, la maternidad, ascensos laborales, etc.

Por otra parte también se observa que aunque la mayoría de enfoques psicoterapéuticos tienen como objetivo mejorar las habilidades emocionales del paciente, no consideran la IE como un objetivo directo de la intervención (Oberst y Lizeretti, 2004). En este sentido, creemos que sería de gran utilidad al terapeuta conocer el nivel de IE del paciente antes de iniciar la intervención y en qué nivel de habilidad reside su dificultad. Para todo ello ha

sido necesario el desarrollo de una nueva línea de investigación desde la que se relaciona la IE con distintos trastornos psicopatológicos. Gracias a estas investigaciones ya se han podido identificar las habilidades deficientes en algunos trastornos y se han empezado a establecer perfiles característicos de IE (Lizeretti et al., 2006). De este modo es posible diseñar tratamientos que incluyan el desarrollo de las habilidades emocionales de la IE adecuados para cada trastorno.

En resumen, aunque no se trata de considerar la falta de IE como el único elemento que está en la base general de todos los trastornos (Oberst y Lizeretti, 2004), las investigaciones que presentamos a continuación demuestran que este tipo de inteligencia constituye un factor clave en el desarrollo y mantenimiento de los mismos. Bajo esta perspectiva, los trastornos psicopatológicos se explican por un déficit en las habilidades para identificar, expresar, comprender y regular las emociones propias y ajenas. Por este motivo el desarrollo de estas habilidades emocionales se configura como el objetivo principal del proceso terapéutico.

b. A nivel empírico

En el capítulo tercero, pudo verse que la relación de la IE con trastornos psicopatológicos en muestras clínicas ha sido escasamente estudiada. Este hecho sorprende cuando se sabe que la regulación emocional juega un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de trastornos psicopatológicos (Bradley, 2000; Kopp y Neufeld, 2003; citado en Silva y Gempp, 2004) y que esta dimensión ha mostrado tener una relación sustancial con trastornos como la depresión (Davidson, Lewis, Alloy, Amaral, Bush, Cohen, et al., 2002), con alteraciones del comportamiento alimentario (Polivy y Herman, 1999; Silva, Pizzagalli, Larson, Jackson, y Davidson, 2002; citado en Silva y Gempp, 2004) y con la salud mental en general (e.g., Gross y Muñoz, 1995; Extremera Y Fernández-Berrocal, 2006). También hay quien sostiene que la expresión emocional está relacionada con la salud y que los individuos más expresivos a este nivel gozan de mejor salud (Cano-Vindel, Sirgo y Díaz-Ovejero, 1999; citado en Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001; Pennebaker y Beall, 1986; Pennebaker, Hugues y O’Heeron, 1987).

Además como destaca Gimeno-Bayón (2004), “optar por utilizar el constructo de Inteligencia Emocional como una suma jerarquizada de habilidades, no nos impide observar que el manejo habilidoso de las mismas constituye un rasgo de la personalidad

madura" (p. 69). Es decir, *a priori* puede intuirse que en los trastornos clínicos y de personalidad, la dificultad en el manejo de algunas de las habilidades descritas en el modelo de Mayer y Salovey (1997) constituye el rasgo que los caracteriza.

Un paso previo a la realización de este trabajo de tesis ha sido identificar las dificultades emocionales de los pacientes a través de una serie de estudios empíricos que se presentan a continuación. La exposición se centrará especialmente en los resultados que se han obtenido respecto a los trastornos de ansiedad, por ser estos los que ocupan nuestro interés en este trabajo.

El trabajo de investigación: "Inteligencia Emocional y Trastornos psicopatológicos: un estudio piloto en Agorafobia, Adicción a la cocaína y distimia", presentado y defendido por la investigadora de este proyecto de tesis doctoral, fue el primer trabajo, del que se tiene conocimiento, en el que se relacionó la IE con variables psicopatológicas en pacientes clínicos. Los principales resultados mostraron que:

- Los pacientes presentan bajos niveles de IE y de IEP, y que estos están por debajo de los niveles encontrados por otros estudios en población no clínica (ver capítulo tercero).
- Los pacientes con agorafobia obtienen elevadas puntuaciones en atención y bajas puntuaciones en claridad y reparación emocional de la Inteligencia Emocional Percibida y en todas las habilidades de IE. En ambas dimensiones de la inteligencia emocional se observa que los pacientes con agorafobia presentan un patrón decreciente en las puntuaciones de las habilidades emocionales que va de las menos complejas hacia las más complejas.
- Las diferencias en las habilidades de IE entre los grupos diagnósticos fueron estadísticamente significativas, especialmente en comprensión y gestión de emociones.
- Las habilidades de comprensión emocional fueron capaces de explicar el 12% de la varianza en las puntuaciones en IE de los diferentes grupos clínicos.

Estudios posteriores confirman que los pacientes con trastorno de ansiedad prestan excesiva atención a sus emociones y baja capacidad para comprender y reparar sus estados de ánimo negativos (Lizeretti, Castell, Farriols et al., 2008; Lizeretti, Farriols, Castell et al., 2007). Además, en ambos estudios se confirma la presencia de un patrón

decreciente de las puntuaciones en las variables de IE a medida que aumenta su complejidad.

También se ha encontrado que altos niveles de atención y bajos niveles de claridad y reparación están relacionados con la presencia y gravedad de los síntomas. La atención a las emociones correlaciona positiva y significativamente con ansiedad, ansiedad fóbica y los índices GSI (Índice Global de Gravedad) y PSDI (Distrés de Síntomas Positivos) de la SCL-90-R. La claridad correlaciona negativa y significativamente con todas las variables clínicas, excepto con ansiedad fóbica, y la reparación correlaciona negativa y significativamente con todos los síntomas clínicos evaluados con este instrumento (Lizeretti, Castell, Farriols et al., 2008).

En otra investigación (Lizeretti, Farriols, Castell et al., 2008) cuyo objetivo fue comparar variables de IE (IEP e IE Total) respecto a rasgos de personalidad patológica y síndromes clínicos (MCMI-II) en pacientes con trastorno de ansiedad. Los resultados mostraron que:

- Los pacientes presentan baja claridad, reparación e IE total pero una elevada atención a sus emociones.
- Una elevada presencia de trastornos de personalidad personalidad Esquizoide, Dependiente y Compulsiva.
- Los pacientes con agorafobia y TAG no pueden diferenciarse respecto al nivel de IE, rasgos de personalidad patológica y síndromes clínicos que presentan. Aunque se observa que los pacientes con Agorafobia obtienen puntuaciones más elevadas en todas las variables excepto en el trastorno de personalidad compulsivo.
- La falta de claridad emocional esta relacionada con la presencia y gravedad del trastorno de personalidad dependiente, la ansiedad, el síndrome histeriforme y la neurosis depresiva. La capacidad de reparar estados de ánimo negativos y el nivel de IE total correlacionan negativamente con todas las variables clínicas y de personalidad patológica excepto con el trastorno de personalidad compulsivo.
- La reparación emocional y el nivel total de IE explican el 26,1% de la presencia de depresión y el 21,4% de las somatizaciones en pacientes con trastorno de ansiedad. También son éstas variables las que explican el 16,9% y el 11,5% de la presencia de los trastornos de personalidad Esquizoide y Dependiente respectivamente. En los trastornos de personalidad es la IE total la que explica una mayor varianza, por tanto parece que es un factor mediador en la presencia y gravedad de los rasgos de

personalidad Dependiente y Esquizotípico tan frecuentes en los pacientes con trastornos de ansiedad.

En conclusión, puede decirse que los resultados de estas investigaciones justifican la decisión de elaborar un programa de tratamiento basado en IE para pacientes con trastorno de ansiedad (agorafobia y TAG). Puesto que, aunque estos pacientes no tienen dificultad para atender, percibir y valorar sus emociones, presentan importantes dificultades en experimentar con claridad, comprender y analizar dichas emociones y en utilizar el conocimiento que de ello se deriva para regular sus estados emocionales. La implementación de este tratamiento también adquiere sentido porque se supone que el desarrollo y entrenamiento de la IE puede mejorar además los síntomas asociados, en cuanto se ha visto que una baja IE en pacientes con trastorno de ansiedad está relacionada con la presencia de depresión, somatización y trastornos de personalidad comórbidos.

2. ¿Se han demostrado válidas las estrategias y recursos técnicos que se utilizan en TIE?

El tratamiento que se propone es multimodal, recurre a estrategias terapéuticas que combinan diversas modalidades de intervención. El objetivo que se persigue es el desarrollo del conocimiento emocional desde el abordaje integrador de la multidimensionalidad que suponen los fenómenos emocionales. Las modalidades de intervención empleadas junto con algunos de los estudios en las que se fundamentan se describen a continuación.

Las **técnicas narrativas** permiten expresar y ordenar las experiencias emocionales, al tiempo que fomentan la reconstrucción de la experiencia y la integración de la misma. Se han empleado como estrategia en varias de las técnicas que incluye el tratamiento teniendo en cuenta que los estudios realizados desde los modelos basados en las alteraciones en el procesamiento, identificación y expresión emocional demuestran que:

- El estilo represivo de afrontamiento ha sido estudiado para explicar cómo la capacidad de expresar, recordar y afrontar los sucesos con alta carga emocional es un factor determinante del mantenimiento de la salud (Weinberger, Schwartz y Davidson, 1979).

- La inhibición emocional induce a la hiperactividad fisiológica y provoca inmunodepresión (Pennebaker, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988) y efectos adversos en la salud a largo plazo (Penneaker, 1995).
- Las personas que han sufrido sucesos traumáticos o situaciones altamente estresantes tienen más posibilidades de enfermarse psíquica o físicamente si no expresan sus emociones (Pennebaker y Beall, 1986; Pennebaker et al., 1987)
- Desde el paradigma de la revelación emocional de Pennebaker, expresar por escrito acontecimientos estresantes proporciona múltiples beneficios para la salud (Paez, Velasco y Gonzalez, 1999; Rimé, 1999)

En concreto se ha demostrado que estas técnicas son positivas sobre el desarrollo de la inteligencia emocional y la satisfacción con la vida (Wing, Schutte y Byrne, 2006).

Pero desde la neurociencia cognitiva se ha puesto de manifiesto que para el buen desempeño en situaciones de toma de decisiones, aprendizaje y memoria se requiere tanto de información declarativa explícita como afectiva-implícita (Damasio, 2006). Además si se tiene en cuenta que la comunicación verbal sólo explica el 10% del significado que se le da a la comunicación emocional (Shapiro, 1997), es necesario contar con estrategias terapéuticas que faciliten la expresión y comprensión de los complejos fenómenos emocionales. En este sentido las estrategias basadas en la dramatización, en la fantasía, en la arte-terapia, la dimensión psico-corporal, etc. que requieren de las funciones del hemisferio derecho pueden ser alternativas útiles en el trabajo psicoterapéutico con las emociones.

La **arteterapia** se basa en que la principal función del arte es dar sentido a los sentimientos y las sensaciones, es decir al mundo subjetivo, a través de la expresión y la representación de esta subjetividad en forma simbólica. Las artes, como toda expresión no verbal, favorecen la exploración, identificación, expresión y comunicación de las emociones, junto a la proyección de aspectos de los que no somos conscientes. El trabajo con las emociones a través de las técnicas de arteterapia mejora la capacidad de introspección y la calidad de las relaciones humanas porque se centra en el factor emocional, esencial en todo ser humano, ayudándonos a ser más conscientes de aspectos reprimidos, y facilitando, de este modo, el desarrollo creativo de la persona (Durcan, 2007). Varios trabajos avalan el uso de técnicas artísticas que como el dibujo, la

escultura, la dramatización, etc. constituyen estrategias diagnósticas y de intervención (Cury, 2007; Klontz et al., 2000; Omenat, 2006; Reyes, 2007).

La **dramatización** que ha sido definida como:

La representación metafórica de conceptos y personas en conflicto en la que se requiere de cada uno de los participantes el proyectarse imaginariamente en otra identidad a través de su actuación o que empatice con otros que están haciendo precisamente eso. Esta acción está estructurada, tiene lugar en un tiempo y espacio real; exige una implicación cognitiva, física y emocional y ofrece nuevas intuiciones sobre la condición humana (Courtney, 1980; citado en Ruiz de Velasco, 2000).

Presenta importantes beneficios como instrumento de aprendizaje (Motos, 1996) especialmente útil en contextos psicoterapéuticos (Moreno, 1966). Las técnicas dramáticas ofrecen la oportunidad de realizar actividades en las que se integren aspectos verbales, auditivos, visuales y corporales posibilitando experiencias simultáneas en todas las dimensiones de la persona, lo que en la teoría de la Gestalt se conoce como "respuesta total". Incrementan la motivación recurriendo a la dimensión lúdica de la persona y permiten traer el mundo exterior a la sesión terapéutica. Cuando se aplican en grupo, fomentan la participación, la colaboración y el espíritu cooperativo entre los miembros.

Eisner (1972) destaca que la temática del lenguaje dramático es siempre la interacción humana y afirma que la dramatización contribuye al desarrollo psicológico de la persona en cuanto:

- Da lugar a la liberación de emociones reprimidas, ayuda a relajar la tensión y conduce hacia una mayor salud mental -la exteriorización de una emoción contenida produce alivio-.
- Fomentan la capacidad expresiva y la de escucha mejorando la comunicación potenciando sentimientos de seguridad.
- El paso por distintos roles dramáticos desarrolla la empatía y entrena en la resolución de conflictos, ayudando a superar inhibiciones.

La eficacia de las técnicas experienciales entre las que se incluyen técnicas dramáticas como los diálogos gestálticos o las esculturas familiares se ha demostrado en varios

lugares (e.g., Greenberg 2004; Greenberg y Watson, 1998; Klontz et al., 2000; Onnis, 1997; Paivio y Bahr, 1998; Preciado, 2002). Incluso se ha afirmado que la Dramatización constituye una forma efectiva de desarrollar la inteligencia emocional (Ruiz de Velasco, 2000).

De otro lado, el empleo de la imaginación y de la **fantasía** como recursos psicoterapéuticos se basa en que, evolutivamente las imágenes preceden al lenguaje y por tanto constituyen una vía de acceso a la información no verbal, implícita en la experiencia emocional. Varios autores destacan el poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria (e.g., Desoille, 1975; Jung, 2002; Glouberman, 1989; para una revisión completa véase Rosal, 2002) y la utilidad de la metáfora. Son numerosas las técnicas que utilizan entre sus procedimientos la imaginación y la fantasía (todas las dramáticas las incluyen), pero también existen técnicas cuyo procedimiento se basa fundamentalmente en el uso de la fantasía. Las técnicas de fantasías guiadas permiten: el acceso a aspectos desconocidos o rechazados de uno mismo porque se da una retirada de los mecanismos de defensa, la identificación de necesidades básicas asociadas a estados emocionales, y el ensayo conductual y experiencial en un espacio seguro porque incrementan la actitud creativa. Por todo ello constituyen una valiosa fuente de información diagnóstica y permiten un trabajo creativo con la dimensión emocional. El trabajo de investigación realizado por Rosal (2002), entre otros, contribuye a la validación empírica de la actividad imaginaria como estrategia de intervención.

Respecto al uso de las imágenes, queremos hacer un pequeño paréntesis para destacar que hemos observado, concretamente con la técnica "rincones emocionales" que se describirá posteriormente, que la imagen de cada una de las emociones básicas podrían configurar lo que Jung (2002) denominó imágenes arquetípicas. La gran mayoría de los pacientes coinciden, con muy pocas variaciones, en la descripción de la forma, el color y la textura de la imagen que identifican con cada una de las emociones básicas.

Por lo general, las estrategias de intervención que se han descrito inciden en mayor o menor medida en la dimensión corporal y la contemplan como uno de los focos de intervención. En este sentido, Gimeno-Bayón (2003a) destacó la importancia de integrar la dimensión corporal de la persona en las intervenciones terapéuticas. Algunas técnicas que configuran el tratamiento TIE tienen como procedimiento principal el trabajo con la

dimensión corporal de la emoción y el objetivo que se plantea consiste en aprender a mirar el cuerpo como fuente de sabiduría. El cuerpo, como afirma la misma autora, es lenguaje -el 55% de la comunicación es lenguaje corporal y se ha demostrado que cuando el lenguaje corporal no acompaña al verbal el impacto de este último se reduce significativamente (Merahbian, 1970)-, es percepción y orientación, de las necesidades y deseos, es energía, que lleva a la acción, pero sobre todo es lugar de encuentro y de integración.

A lo largo de esta líneas se ha podido ver como cada una de las estrategias terapéuticas que se incluyen en el tratamiento basado en IE se han mostrado válidas para promover cambios significativos en terapia. Klontz et al. (2000) demostraron la eficacia de un tratamiento humanista multimodal en el que integraron técnicas como la dramatización, arte-terapia, diálogos gestálticos, etc. para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión. Además como afirma la American Psychiatric Association (2004) "de hecho, la psicología humanista se considera una disciplina con base científica".

En base a los resultados de todos estos estudios y a la experiencia clínica adquirida en el trabajo con personas afectadas de trastornos de ansiedad se ha diseñado un tratamiento orientado a desarrollar las habilidades emocionales deficientes en estos pacientes. El tratamiento basado en Inteligencia Emocional que proponemos permite incorporar el trabajo sistemático con las emociones. Centrando especial atención al trabajo de las habilidades que les permitan una mayor comprensión de sus procesos y estados emocionales, y al desarrollo de aquellas que les permitan utilizar el conocimiento emocional para regular los estados emocionales. Si bien es cierto que este planteamiento no supone una novedad en el campo de la psicoterapia, también lo es el hecho de que hasta ahora no había un concepto general, que como la Inteligencia Emocional, permitiera la evaluación "objetiva" y estructurada de un amplio conjunto de habilidades emocionales.

Hasta la fecha no se tiene conocimiento de la existencia de ningún tratamiento ni programa de intervención psicoterapéutica que tenga como objetivo el desarrollo de las habilidades emocionales tal y como han sido concebidas por Salovey y Mayer (1997) en su modelo de Inteligencia Emocional. Pero Eack, Hogarty, Greenwald, Hogarty y Keshavan (2007) demostraron que la CET (Cognitive Enhancement Therapy; Hogarty y

Greenwald, 2006) que se centra en el tratamiento de los déficits neuro y socio-cognitivos de la esquizofrenia mejoraba significativamente las habilidades de IE en pacientes con esquizofrenia crónica.

A lo largo del apartado siguiente se describirá de forma detallada el tratamiento TIE que configura el principal objeto de estudio de esta investigación.

5.2. Descripción del TIE

Una vez expuestos los referentes teóricos y empíricos que constituyen el fundamento a partir de los que se ha diseñado el tratamiento que presentamos se puede decir que TIE es un tratamiento psicoterapéutico que:

- Se ha gestado en el marco de la Psicoterapia Integradora Humanista y que tiene por objeto el aprendizaje y desarrollo de las habilidades de inteligencia emocional descritas por Mayer y Salovey (1997).
- Es humanista porque enfatiza en los aspectos propiamente humanos del ser persona como son: la libertad, la creatividad, la conciencia, etc.
- Integra las diferentes dimensiones de la persona a partir del trabajo focalizado en las emociones
- Es vivencial, en cuanto favorece la actualización en el "aquí y ahora" de situaciones inconclusas del pasado, pero también del presente.
- Es experiencial, ofreciendo la oportunidad de reconstruir de forma creativa y particular la experiencia vivida.
- Es metodológicamente integrador, ya que integra procedimientos terapéuticos procedentes de otros modelos teóricos.
- Es un tratamiento creativo, no correctivo, orientado al aprendizaje y al crecimiento. La intervención no se centra directa ni exclusivamente sobre los síntomas. Por tanto, el TIE se diferencia respecto a otros tratamientos habituales para los trastornos de ansiedad en que los síntomas no se abordan de forma explícita.
- Puede enmarcarse en el grupo de terapias breves (duración no superior a 6 meses).
- Posibilita la intervención grupal e individual. Aunque el tratamiento ha sido diseñado para su aplicación tanto grupal como individual en este apartado dedicado a su descripción nos centraremos en el formato grupal, puesto que es el empleado para llevar a cabo esta investigación.

5.3. Objetivos del tratamiento

El objetivo principal de TIE es el desarrollo de la inteligencia emocional a partir del conocimiento emocional y el entrenamiento de las habilidades emocionales para:

- I. **Identificar** la **emoción auténtica** implicada en los conflictos emocionales a partir de las necesidades asociadas, los correlatos fisiológicos, corporales, cognitivos y conductuales, y **Reconocer** la experiencia emocional de otros a través de sus expresiones verbales, corporales, conductuales y manifestaciones artísticas.
- II. **Observar** como la emoción está relacionada con necesidades primarias y se encuentra en la base de nuestras motivaciones más íntimas por lo que constituye la **guía de nuestros pensamientos y conductas**.
- III. **Comprender** la naturaleza y adecuación de la propia emoción a fin de dar sentido y coherencia a la experiencia.
- IV. **Regular** tanto la experiencia como la expresión emocional de forma que atendiendo a su función pueda ser reconocida y aceptada por uno mismo y por los demás. Se parte de la idea que la expresión de la emoción auténtica y adecuada a la situación, es generadora de sentimientos de empatía en los demás. De esta forma la IE no sólo permite la regulación de las propias emociones sino que es capaz de regular la respuesta emocional de aquellos que nos rodean.

De estos objetivos principales se derivan numerosos objetivos específicos que se trabajan a través de las diferentes estrategias de intervención a lo largo de las sesiones como son:

A nivel personal

- Identificar y hacer explícitos los aspectos problemáticos de la vida del paciente.
- Identificar las propias capacidades, a fin de aumentar la confianza en ellas.
- Identificar los posibles beneficios del síntoma, para que puedan expresarse de forma más creativa las necesidades y motivaciones asociadas.
- Identificar posibles fuentes de bienestar. El bienestar, desde nuestra perspectiva, no se entiende como una actitud cómoda o hedonista, sino como una actitud que implica la búsqueda activa del equilibrio funcional y adaptativo, y que permite el desarrollo orientado al crecimiento de los distintos elementos del sistema. Cuando es experimentado, el bienestar actúa como indicador de dicho equilibrio.

- Identificar la motivación auténtica que orienta nuestros actos y reconocer el rango de libertad ante cada decisión, a fin de evitar decisiones reactivas. Comprendiendo como las decisiones que responden a nuestras motivaciones más íntimas permiten adoptar la responsabilidad de la propia vida.
- Observar si existe rigidez en el esquema que guía la toma de decisiones.
- Comprender el significado y la función del síntoma, en vistas a la integración del mismo como forma de expresión de una parte del sí mismo.
- Comprender el síntoma como indicador de malestar y de insatisfacción vital, de manera que pueda ser visto como oportunidad de cambio en el funcionamiento general, desbloqueando el fluir vital.
- Comprender la percepción que tiene la persona sobre sí misma a nivel cognitivo, emocional y conductual y su esquema personal de solución de problemas.
- Comprender el funcionamiento particular de cada una de las emociones permaneciendo en ellas y tomando conciencia del proceso por el cual se convierten en estrategias funcionales, permitiendo la adquisición de recursos alternativos
- Reparar los sentimientos de culpa parásita que bloquean el fluir de la experiencia y descubrir la utilidad de la culpa sana, en términos de responsabilidad.
- Regular los estados emocionales que se viven de forma negativa debido al malestar que causan, desarrollando un repertorio más amplio de estrategias adaptativas.
- Comprender el proceso vital desde una perspectiva global e identificar las metas que se persiguen, observando como las decisiones conscientes o no pueden condicionar el proceso y la consecución de dichas metas.

A nivel familiar

- Identificar las emociones, los juegos psicológicos y esquemas de simbiosis que se encubren tras dinámicas familiares insanas.
- Observar de que forma se potencia la adquisición de los diferentes roles.
- Observar de qué modo y en qué grado las personas significativas, el contexto y las circunstancias han ejercido influencia en el propio proceso vital.
- Comprender la manera en que ha sido cuidados y obtenido aprecio en las relaciones significativas.
- Comprender que el rol condiciona las vivencias emocionales dentro y fuera del núcleo familiar.

- Regular las dinámicas insanas que son generadas por el sistema familiar.

A nivel grupal

- Identificar las emociones que se establecen entre los miembros del grupo y con el terapeuta.
- Reconocer los códigos a través de los que se expresa el lenguaje del cuerpo.
- Observar como las emociones rigen las dinámicas que se establecen entre los miembros del grupo.
- Regular la tendencia a la dicotomía bondad/maldad desde una epistemología constructivista. Es más constructivo hablar en términos de saber hacer o equivocarse por no saber hacerlo mejor, de adecuado a la situación que en términos bueno/malo, de actos malos que de personas malas, etc. porque este planteamiento da cabida a una perspectiva más comprehensiva de las distintas realidades.

Otros objetivos y aprendizajes que se contemplan son:

- Tolerar el proceso que comporta el trastorno, en términos de aprendizaje y finitud.
- Aceptar el sufrimiento, propio y ajeno, como parte del sentirse vivo.
- Aceptar y respetar los propios límites y los de los demás.
- Ser capaz de cuidarse para poder cuidar.
- Mejorar la autoestima y adquirir habilidades asertivas.
- Aprender a escuchar los distintos lenguajes por los que somos capaces de comunicar, de expresar y ser escuchados.
- Realizar un proceso de reconstrucción emocional de la experiencia a través de las diferentes vías de comunicación (verbal y no verbal).
- Detectar los aspectos mágicos de las expectativas que se depositan en la terapia.
- Aprender a decir lo que realmente se quiere decir, lo que realmente se siente y no caer en expresiones sesgadas.
- Aprender a concretar los problemas y los objetivos. Los problemas amplios y ambiguos abruman y bloquean los mecanismos de acción. Los objetivos excesivamente amplios generan frustración. Es preferible plantearse objetivos pequeños, concretos, alcanzables, en definitiva más realistas ya que su logro potencia la autoestima.

El tratamiento TIE pretende, en definitiva, desarrollar y entrenar la inteligencia emocional innata que constituye fuente de conocimiento y sabiduría natural, favoreciendo el

crecimiento personal de la persona. De forma que los pacientes puedan tomar conciencia de que la expresión adecuadamente regulada de la emoción auténtica es la única opción que permite el estado de equilibrio con uno mismo y con el entorno lo que genera una experiencia de bienestar. En vistas a estos objetivos es necesario un proceso meticuloso de identificación de la emoción auténtica, de comprensión de las necesidades asociadas y de los mecanismos de regulación que deben ponerse en práctica. Para ello el trabajo con los fenómenos emocionales se desarrolla tanto a nivel personal como a nivel interpersonal. El primer nivel se trabaja a través del contacto con las propias emociones genuinas que han sido ignoradas, negadas o disfrazadas. El segundo, a través de su expresión de forma socializada y auténtica, sin recurrir a conductas antisociales o excesivamente socializadas en perjuicio de la autenticidad de la comunicación (Rosal y Gimeno-Bayón, 2001).

El tratamiento psicoterapéutico se concibe como un proceso de descubrimiento/re-descubrimiento de las propias capacidades y como aprendizaje y desarrollo de habilidades emocionales. Con este propósito se ofrece a los pacientes una serie de estrategias que les permitan llegar a estos aprendizajes por sí mismos a lo largo del tiempo para que puedan aprender viviendo y utilizar estos conocimientos para vivir mejor. Se les ayuda a descubrir cómo llegar a ser emocionalmente más inteligentes y se les ofrecen claves para la reflexión personal que les puedan facilitar el camino. También se les plantea otra forma de interpretar y comprender sus experiencias, es decir un nuevo paradigma desde el que poder continuar su proceso de construcción vital.

Los aprendizajes que se persiguen se trazan a lo largo de la terapia como elementos de reflexión que ayuda a los pacientes a adoptar otra perspectiva ante sus variadas realidades y que se ponen a prueba en distintos momentos del tratamiento, lo que permite observar la funcionalidad de los mismos y ofrece la posibilidad de emprender el camino hacia la integración personal.

5.4. Procedimiento

5.4.1. Evaluación

Respecto a la evaluación se tienen en cuenta dos aspectos: las dimensiones a evaluar y los momentos en que es adecuado llevar a cabo dicha evaluación. Para la evaluar los cambios producidos por el tratamiento se establecen tres momentos de evaluación

La evaluación previa a la aplicación del tratamiento puede iniciarse con una entrevista exploratoria en la que recopilar datos demográficos, realizar un genograma estructural y relacional de la familia nuclear y la de origen, identificar cuestiones referentes al trastorno que presenta el paciente como el inicio, los síntomas, antecedentes personales y familiares e identificar posibles acontecimientos desencadenantes. También parece importante establecer una evaluación hacia la mitad del tratamiento ya que se pueden identificar puntos críticos y de este modo es posible reorientar el proceso. La evaluación al final del tratamiento permite valorar en términos cuantitativos y cualitativos los cambios experimentados por el paciente a lo largo del proceso psicoterapéutico.

Las variables a explorar para evaluar la efectividad del tratamiento son en primer lugar, la Inteligencia Emocional tanto a nivel subjetivo como a nivel objetivo, porque existe evidencia de que los trastornos están relacionados con esta variable, por tanto una mejoría en ésta implicará la mejoría en otros aspectos relacionados con el trastorno. Pero sobre todo, porque coherente con los objetivos será la variable que reciba un mayor efecto de la intervención. En segundo y tercer lugar, la sintomatología por la que los pacientes demandan nuestros servicios y la Alianza Terapéutica, porque los estudios demuestran que el 30-35% de la efectividad del tratamiento se debe a esta variable (Gaston et al., 1991). También es adecuada la evaluación de la personalidad ya que los cambios que se pretenden pueden afectar a la estructura misma de la personalidad.

5.4.2. Niveles de intervención

Se ha optado por centrar la intervención en torno a cuatro de las emociones que se consideran básicas por la mayoría de autores: miedo, tristeza, rabia y alegría o bienestar porque entendemos que de éstas surgen todas las demás. Además, son las emociones que más frecuentemente se observan en las sesiones de terapia.

Como se ha dicho anteriormente el tratamiento TIE consiste en una intervención multimodal y multidimensional, que tomando como eje estructural las habilidades emocionales y como procedimientos los descritos anteriormente aborda de forma integrada las diferentes dimensiones de la persona (corporal, conductual, cognitiva, relacional, creativa y ética).

5.4.3. Fases del tratamiento

La intervención con el TIE gira en torno a dos ejes de trabajo uno longitudinal que hace referencia a la totalidad del tratamiento y uno transversal que hace referencia a cada una de las sesiones. La representación gráfica de la figura 5 permite hacerse una idea del procedimiento de la intervención. Como puede observarse en las sesiones de cada fase se plantea como objetivo principal el desarrollo de un nivel de habilidad emocional al que se le dará especial énfasis. Aunque también, se aborda el desarrollo de los cuatro niveles de habilidad en cada una de las sesiones.

El término de cada fase viene marcada por una sesión que denominamos "sesión de recapitulación" en la que se busca concluir los temas que han quedado pendientes y recoger los principales aprendizajes que se han realizado hasta el momento antes de iniciar la siguiente fase de intervención.

A nivel longitudinal las cuatro fases en las que se distribuye el tratamiento son:

Fase 1. Identificación

Se puede considerar la fase de psicodiagnóstico emocional. En las sesiones implicadas en esta fase se utilizan estrategias de intervención orientadas a poner de manifiesto las emociones generadoras de los conflictos emocionales tanto a nivel personal como relacional. Se busca identificar en torno a qué emoción se ha construido la experiencia personal del síntoma y la propia identidad. También permite identificar los posibles beneficios del síntoma, es decir, a que necesidades emocionales personales o relacionales atiende la expresión sintomática concreta.

El propósito es doble ya que por una parte sirve a los terapeutas para reconocer la naturaleza de dichos conflictos y por otra sirve para provocar *insight* en el paciente, que a través de las estrategias empleadas va tomando conciencia de sus dificultades.

Consideramos que esta fase es fundamental ya que de ella dependen todas las demás. Si no se da una identificación correcta de la emoción auténtica difícilmente se podrán desarrollar las habilidades de orden superior.

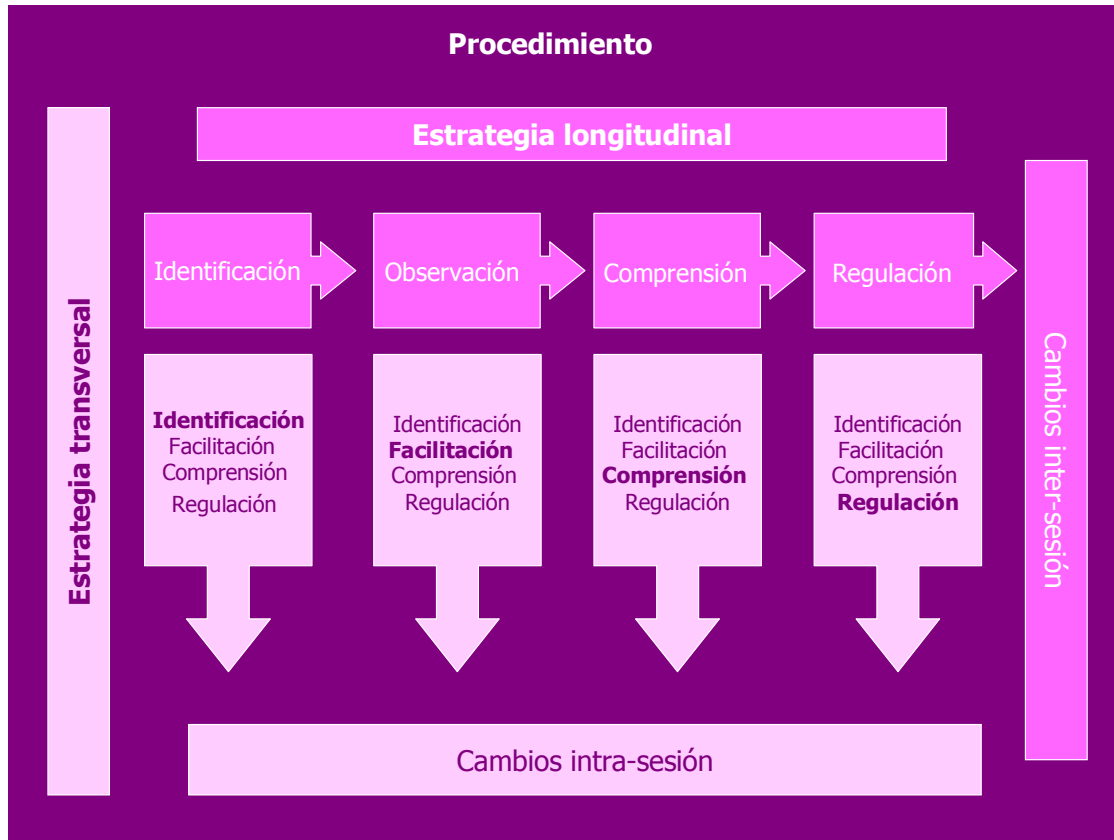


Figura 5. Procedimiento de la intervención del Tratamiento basado en el desarrollo de la Inteligencia Emocional (TIE).

Fase 2. Facilitación emocional

En la fase de observación que corresponde al nivel de habilidades de facilitación y uso de las emociones para facilitar el pensamiento se pretende trabajar con la emoción básica que subyace al malestar que presentan los pacientes. Las estrategias de intervención empleadas permiten observar en uno mismo y en los demás como dicha emoción está asociada a necesidades -frecuentemente no expresadas-, como estas necesidades generan motivaciones –no siempre aceptadas- y como estas motivaciones guían nuestros pensamientos y conductas. Poniéndose de manifiesto la función integradora de la emoción, especialmente entre el mundo afectivo y la dimensión cognitiva de la persona. Pero también en esta fase se busca observar otros aspectos emocionales como son: la

influencia de emociones parásitas, especialmente la culpa, que distorsionan la experiencia emocional, y las emociones que despertamos en los demás.

Fase 3. Comprensión

La comprensión de las emociones constituye la tercera fase del tratamiento. En esta lo que se pretende es dar sentido a la experiencia de la emoción auténtica. A través de comprender de dónde y como surge pero sobretodo como opera en nosotros. También en este nivel se busca “perder el miedo” a la experiencia emocional cuando ésta no es placentera para poder aceptarla y valorar su significado vivencial, es decir, comprender su función como elemento indispensable del propio proceso de crecimiento personal.

Fase 4. Regulación

En la cuarta y última fase los objetivos se centran en la consolidación de los conocimientos adquiridos a partir de las habilidades que permiten la regulación adecuada de las emociones. No se puede olvidar que para poder regular correctamente las emociones propias y ajenas es necesario haber adquirido las habilidades de los niveles anteriores. Por tanto, esta fase estará destinada a la puesta en práctica de la inteligencia emocional ante situaciones cotidianas de la vida y la búsqueda de estrategias de reparación tras la experiencia de las emociones menos placenteras.

Atendiendo al eje transversal TIE se ha estructurado en 24 sesiones de trabajo terapéutico aunque en alguna ocasión puede ser necesario modificar el número de sesiones con el fin de atender a los objetivos terapéuticos en función de si su aplicación es grupal o individual, del número de sujetos que conforman el grupo, del nivel de participación de los pacientes, etc. En el trabajo que se presenta en la parte empírica se ha respetado el número de 24 sesiones de tratamiento a fin de atender a las demandas del método científico que rige la investigación. El esquema básico de las sesiones ha sido el que se muestra en la figura 6.

Un aspecto importante son las tareas que los pacientes realizan entre sesiones ya que consideramos que éstas atienden a tres objetivos. Por una parte, contribuyen a maximizar el rendimiento de la terapia teniendo en cuenta que se trata de un tratamiento breve, ayudan a favorecer la autonomía y por otra, a nivel relacional favorecen la cohesión grupal y la alianza terapéutica.

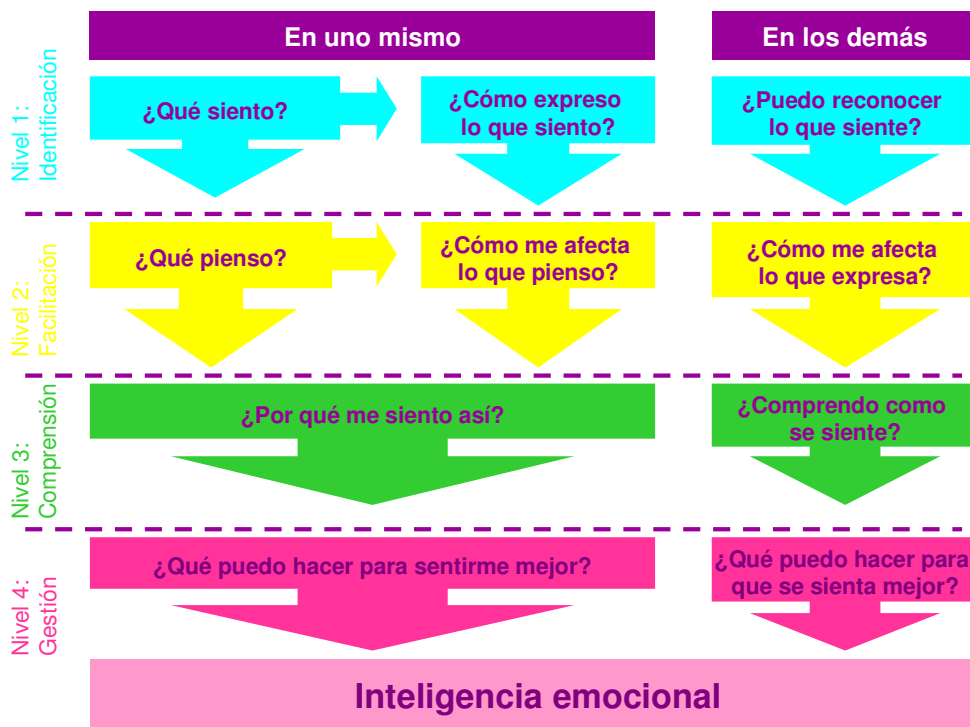


Figura 6. Esquema básico de las sesiones de TIE

5.4.4. Estrategias de intervención

Las técnicas bajo nuestra perspectiva se entienden como estrategias estructuradas o recursos técnicos al servicio de los objetivos terapéuticos. Por este motivo, el criterio principal que ha permitido el proceso de integración de diferentes técnicas en el tratamiento TIE ha sido que constituyeran estrategias válidas para trabajar habilidades emocionales. Posteriormente, cada una de las técnicas ha sido reformulada y adaptada de forma que permitieran el abordaje jerárquico de los cuatro niveles de habilidades emocionales descritas en el modelo de Mayer y Salovey (1997). El grado de intensidad con el que se trabaja cada grupo de habilidades viene marcado por las características intrínsecas de la técnica y por la ubicación dentro de la totalidad de la terapia. Además, se han diseñado varias técnicas específicamente orientadas al desarrollo de las habilidades de IE que posibilitan el trabajo integrado de todas ellas, aunque también permiten poner el énfasis en alguno de los niveles.

A lo largo de las siguientes páginas se exponen secuencialmente las diferentes técnicas o estrategias de intervención que constituyen el tratamiento TIE. Para cada una de ellas se

ofrece una pequeña descripción y los objetivos que justifican su aplicación dentro del conjunto del tratamiento. En la tabla 4 se ofrece un esquema del tratamiento sesión por sesión en la que se exponen tanto las estrategias intra-sesión como las que se llevan a cabo inter-sesión, por cuenta del paciente.

Tabla 4.
Manualización del tratamiento TIE

Objetivo principal	Sesión	Contenido intra-sesión	Tareas inter-sesión
Identificación de emociones	Nº 1	Presentación El rosal	
	Nº 2	Construcción del significado del síntoma	Auto-caracterización
	Nº 3	Auto-caracterización	Pregunta del milagro
	Nº 4	Pregunta del milagro	Lista de cuidados
	Nº 5	Esculturas familiares	
	Nº 6	Esculturas familiares	
	Nº 7	Sesión de recapitulación	Episodio emocional
Facilitación emocional	Nº 8	Rincón de las emociones	
	Nº 9	Rincón de las emociones	
	Nº 10	Rincón de las emociones	Cuatro columnas
	Nº 11	Ejercicio de trabajo con la culpa	
	Nº 12	Espejo	Identificar relaciones
	Nº 13	Sesión de recapitulación	
Comprensión de emociones	Nº 14	Las dos sillas	
	Nº 15	Las dos sillas	
	Nº 16	Las dos sillas	Cuento de animales
	Nº 17	Análisis del cuento de animales	Reescribir cuento
	Nº 18	Diálogo con el síntoma	
	Nº 19	Sesión de recapitulación	Situación conflicto
Regulación de emociones	Nº 20	La estrella	
	Nº 21	La estrella	Episodio emocional
	Nº 22	Rincón de las emociones	
	Nº 23	Rincón de las emociones	
	Nº 24	El rosal Ritual de Despedida	

✿ **Fantasia de identificación con el rosal** (Stevens, 1976)

La técnica de identificación con el rosal es una técnica gestáltica de fantasía guiada que según Rosal (2002) puede emplearse a modo de "diagnóstico fenomenológico" (p. 334) a

fin de identificar aspectos relevantes de la personalidad. Tiene como objetivo hacer aflorar material no consciente.

En TIE tiene como objetivo principal identificar la emoción vital básica a través de la fantasía y del dibujo, identificar aspectos inconscientes de la personalidad, presentar la dinámica que va a seguir el tratamiento y promover una actitud activa por parte de los miembros del grupo en el proceso terapéutico. Desde la primera sesión se les invita a actuar como miembros activos del proceso terapéutico, compartiendo sus aportaciones, facilitando de este modo tanto el propio cambio como el del resto de los participantes.

El procedimiento consiste en un ejercicio de fantasía en la que el sujeto, a través de las indicaciones del terapeuta se identifica imaginariamente con un rosal. Tras el ejercicio se le pide que dibuje el rosal tal y como se lo ha imaginado. Posteriormente, cada uno de los pacientes describe su rosal diciendo "yo soy un rosal...". Al finalizar, cada dibujo es interpretado por todos los miembros del grupo y se les invita a que identifiquen la emoción principal que refleja el dibujo y la emoción que les genera. El dibujo constituye un test proyectivo en el que se ponen de manifiesto aspectos conscientes e inconscientes de la personalidad.

✿ **Construcción del significado personal del síntoma**

Ésta técnica ha sido diseñada para este tratamiento con el objetivo de identificar el significado emocional que tiene el síntoma para el paciente. A través de la identificación de los aspectos que se destacan en la experiencia narrada y el uso de metáforas se hace más accesible la comprensión del síntoma tanto para el paciente como para el terapeuta.

Los profesionales de la psicología clínica, en general, sabemos mucho acerca de lo que dicen los manuales y libros sobre los síntomas que presentan nuestros pacientes, pero a menudo desconocemos el significado que ellos les atribuyen. Con esta dinámica se pretende principalmente identificar el significado emocional que tiene el síntoma para el paciente. Se observa que es corriente que las personas con agorafobia identifiquen la vivencia de sentirse "atrapados" al describir su experiencia personal del trastorno, o que los pacientes con TAG identifiquen la vivencia de sentirse "desbordados".

Ésta información es de gran valor porque constituye un indicador emocional y nos orienta hacia el núcleo del conflicto personal de cada uno de los miembros del grupo. Pero también, ofrece la oportunidad para que los pacientes inicien un doble proceso: el de identificación con el grupo orientada a la cohesión grupal y a la vez el proceso de individuación con la toma de conciencia del carácter idiosincrásico de su experiencia.

✿ **Auto-caracterización** (Kelly, 1955/1991).

Se trata de una técnica narrativa muy empleada en el modelo constructivista que permite acceder al auto-concepto del paciente. La narrativa ayuda a identificar los aspectos cognitivos, conductuales y relacionales que están implicados en su autopercepción. Su empleo en el tratamiento basado en inteligencia emocional tiene como objetivo principal conocer el tono emocional con el que el paciente se percibe a sí mismo y la forma en que siente ser percibido por los demás. A través de la narrativa podemos percibir la emoción en base a la que se construye la propia identidad, identificar las motivaciones básicas e incluso identificar rupturas en la tendencia natural de su flujo vital.

El procedimiento consiste en pedir al paciente que se describa en tercera persona o bien que se describa como si fuera alguien que le conoce muy bien (un amigo, un familiar, etc.). Después se lee la descripción ante los demás miembros del grupo y se les pide que identifiquen la emoción que les genera tal descripción. De esta manera se pretende trabajar para clarificar el concepto que tiene la persona sobre sí mismo y de cómo les perciben los demás, del mismo modo que se fortalece la cohesión grupal haciendo partícipes a todos los miembros del grupo del trabajo psicoterapéutico.

✿ **Pregunta del milagro** (De Shazer, 1988/1992)

La pregunta del milagro tiene como principal objetivo detectar los posibles beneficios del síntoma, saber cuáles son los objetivos del paciente respecto a los cambios que le gustaría realizar e identificar su estilo de afrontamiento.

En TIE constituye además una herramienta que pone de manifiesto la naturaleza del conflicto entre las propias necesidades y las necesidades y deseos ajenos. Pero a la vez que hace explícitos aspectos problemáticos de la vida del paciente, sus motivaciones y sentimientos, ofrece al terapeuta indicadores sobre la presencia de dinámicas familiares disfuncionales y la incidencia de éstas en el mantenimiento de los síntomas, así como de los efectos nocivos del trastorno en la vida del paciente.

El procedimiento consiste en proporcionar las siguientes instrucciones:

“Imagínate que soy una hada madrina (mago) y que tengo una varita mágica con la que pudiera hacer desaparecer tus problemas.

- ¿Qué es lo que desaparecería?
- ¿Qué cosas cambiarían en tu vida?
- ¿Qué cosas seguirían igual?
- ¿Cómo crees que reaccionarían los que te rodean?”

✿ **Esculturas familiares** (Onnis, 1997)

Se trata de una técnica de dramatización que tiene como principal objetivo identificar y proporcionar insight respecto al tipo de relaciones y dinámicas familiares del paciente. Desde un punto de vista estructural, este ejercicio permite observar cómo la dinámica familiar potencia la adquisición de los diferentes roles, comprender como el rol condiciona las vivencias emocionales dentro del núcleo familiar y regular las dinámicas desadaptativas que son generadas por el sistema. Desde un punto de vista dinámico, la escultura y las intervenciones del paciente permiten identificar los juegos psicológicos presentes en el sistema familiar. Además, desde un enfoque emocional esta técnica permite identificar los sentimientos que despierta en cada miembro dicha estructura.

La inclusión de los miembros del grupo en la representación ofrece la posibilidad de dar voz a cada miembro de la familia. A través de un proceso de empatía, el miembro del grupo es capaz de experimentar la emoción del miembro de la familia al que representa. De este modo, el protagonista puede conocer y llegar a comprender las emociones que rigen las conductas de los miembros de su familia. La técnica se concluye ofreciéndole entre todos los miembros posibilidades de cambio.

Procedimiento:

El ejercicio consiste en realizar una figura, contando con la participación del resto de los participantes del grupo, que represente la escultura de la familia del paciente. Se tienen en cuenta aspectos como la disposición espacial, la distancia entre los miembros de la familia, la dirección de las miradas, los gestos,... que permiten identificar los subsistemas familiares, las alianzas y coaliciones que se establecen entre ellos y los roles de cada uno de sus miembros respecto al sistema y subsistemas.

El paciente pide la participación de los miembros del grupo que necesita para esculpir su sistema familiar, los va colocando y les va indicando la posición, postura, mirada, actitud... que deben ir adoptando para representar el sistema familiar tal y como es vivenciado por el protagonista. Finalmente, el paciente se integra en la escultura adoptando su posición. El terapeuta puede orientar al paciente con la finalidad de que logre representar la escultura lo más fielmente posible a sus sentimientos y vivencias.

Una vez realizada la escultura actual de la familia se pregunta a los integrantes acerca de cómo se sienten y cuáles piensan que son las causas de dicho sentimiento respecto a su posición dentro de la escultura. A los miembros del grupo espectadores (aquellos que no han quedado incluidos en la escultura) se les invita a expresar todo aquello que les sugiera la escultura.

Posteriormente, se le pide al paciente que realice los cambios que considere necesarios para sentirse mejor, también se le puede pedir que construya la escultura de su familia ideal. Ante la nueva escultura se volverá a consultar a cada uno de los miembros acerca de cómo se sienten ahora y a qué cambios creen que se debe el sentimiento actual. El ejercicio se lleva a cabo hasta que el paciente encuentra la escultura familiar en la que él y todos los miembros del sistema se sientan bien. Cada movimiento permite descubrir las acciones que el protagonista y el resto de miembros de la familia pueden llevar a cabo para mejorar la dinámica familiar. Finalmente, se insta al paciente a llevar a cabo dichos cambios en su contexto familiar real y se argumenta con la teoría general de sistemas, el principio por el cual cuando se producen cambios en uno de los componentes se desencadenan cambios en todo el sistema.

✿ **Rincones emocionales: emociones desagradables**

Se trata de una estrategia de intervención especialmente diseñada para abordar los objetivos que se plantean en este tratamiento. Con ella se pretende trabajar los 4 niveles de habilidades de Inteligencia Emocional: identificación y expresión emocional, uso de la emoción para guiar el pensamiento, comprensión de las emociones y regulación emocional en uno mismo y en los otros. Aplicada en este momento del tratamiento se priorizan las habilidades de comprensión emocional a partir de la integración de diferentes habilidades pertenecientes a todos los niveles.

Procedimiento:

El ejercicio consiste en ubicar en cada uno de los rincones de la sala una de las emociones básicas: miedo, tristeza, rabia y alegría. El participante trabaja los 4 niveles jerárquicos de habilidades en uno de los rincones correspondientes a las emociones anteriores (aunque pueden trabajarse otras) de la siguiente forma:

En primer lugar, se trabajan las habilidades de identificación y expresión de las emociones. Para ello se le pide que rememore un acontecimiento con alta carga emocional y que lo escriba, a fin de anclar el recuerdo. Una vez identificada la emoción predominante la expresa a través de un dibujo primero y de una escultura corporal después en el rincón de la emoción correspondiente (a). Posteriormente, en esta posición debe identificar y describir oralmente:

- La ubicación corporal de la energía emocional.
- Las cualidades físicas (forma, color, densidad, textura...) de la emoción sentida, con el objetivo de identificar la imagen eidética natural y personal de dicha emoción.
- Cómo se siente físicamente y qué sensaciones experimenta, para identificar los correlatos físicos y fisiológicos de la emoción.
- Qué pensamientos acuden a su mente, a fin de detectar los pensamientos asociados a la emoción, con lo que se toma conciencia de cómo la *emoción guía el pensamiento*.
- Las necesidades corporales y afectivas implicadas, que junto a las anteriores facilitan la *comprensión* global de la emoción (b).
- Las estrategias (corporales, emocionales, cognitivas, relacionales) efectivas para satisfacer dichas necesidades, que permiten la regulación de los estados emocionales (c).

Para el resto de los miembros del grupo el ejercicio consiste en:

- (a) Reconocer de qué emoción se trata a través de las distintas formas en que es expresada por el participante.
- (b) Comprender las diferentes manifestaciones de la emoción (corporal, emocional, cognitiva y relacional).
- (c) Ser invitado a atender las necesidades del participante a través de gestos o palabras.

Posteriormente, se comenta el ejercicio lo que permite completar el proceso de conocimiento emocional en uno mismo y en los demás.

El tipo de intervención es en *peccera*, de forma que aunque se lleva a cabo a nivel individual se hallan implicados todos los miembros del grupo.

✿ **Tabla de las emociones**

Éste ejercicio ha sido diseñado especialmente para éste tratamiento con el objetivo de consolidar las habilidades de identificación emocional y practicar las habilidades de facilitación y comprensión.

Al término de la sesión en la que se han trabajado los *rincones emocionales* se pide como tarea inter-sesión completar una tabla de cuatro columnas en la que se les pide a los pacientes que identifiquen situaciones, personas, animales o cosas que les generan las emociones primarias de miedo, tristeza, rabia y alegría. Se les invita a completar la tabla siguiendo el procedimiento del ejercicio realizado en la sesión. Es decir, a partir de identificar la emoción sentida, las sensaciones y pensamientos asociados.

✿ **El espejo emocional**

Una de las principales características para el éxito de un tratamiento grupal es que fomente la cohesión, que consiste en la creación de vínculos significativos entre los miembros. Con el doble propósito de fortalecer los vínculos emocionales entre los miembros del grupo y aumentar el conocimiento del yo relacional se ha diseñado la técnica del espejo emocional.

El objetivo de este ejercicio es trabajar el auto-concepto y las relaciones interpersonales a partir de la *identificación* de las emociones que nosotros despertamos en los demás y de las que los demás despiertan en nosotros, en función de las cuales actuamos. Esta doble perspectiva, de un lado, lo que siento y del otro cómo lo que siento influye en el otro permite identificar las posibles disonancias entre la experiencia y la expresión emocional. De esta forma, los demás hacen de espejo de las emociones propias y de aquellas que despertamos en ellos. Esta información contribuye a la comprensión de las emociones implicadas en la dinámica relacional.

Por otra parte, esta técnica -esencialmente grupal- realizada en una fase intermedia del proceso de formación del grupo pone en crisis el encantamiento inicial y pone en juego los auténticos sentimientos entre los miembros del grupo, que han estado actuando sutilmente condicionando las relaciones que se establecen. En este sentido es una ocasión para reformular en un contexto seguro los posibles malos entendidos entre los miembros, que no habían sido identificados anteriormente. Además, parece una herramienta útil para que los pacientes toleren la frustración que les puede generar una crítica

constructiva. Con todo ello, se favorece que los vínculos afectivos entre los miembros del grupo resurjan fortalecidos.

Procedimiento:

Se pide a los pacientes que escriban en pocas líneas cómo perciben a cada uno de los miembros del grupo y cómo esta percepción les hace sentir respecto a ellos. Seguidamente, por turnos el paciente que realiza el ejercicio se pone frente a los demás y dirigiéndose a cada uno de ellos les expresa cara a cara cómo los ve y cómo le hacen sentir y en consecuencia cómo estos le llevan a interactuar con él. Cuando ha acabado, el resto de los participantes le dicen si se identifican o no con esa imagen y cómo les ha hecho sentir que los haya visto así. También se recogen e identifican los sentimientos, sensaciones, atributos... que cada uno tiende a ver en los demás, a fin de señalar los sesgos de atribución propios de la proyección.

En esta dinámica puede ser recomendable el uso de metáforas, símbolos o la alusión a objetos o animales que simbolicen los sentimientos, emociones y sensaciones que se ponen en juego, que pueden representarse gráficamente a través de un dibujo.

✿ **Ejercicio de trabajo con la culpa**

Se trata de un ejercicio diseñado para el trabajo con los sentimientos de culpa. El objetivo es distinguir los sentimientos de culpa sanos e insanos, identificar el tipo de mensajes que generan y encontrar estrategias personales para gestionar ambos tipos.

Procedimiento:

Primero se le pide a la persona que identifique diferentes situaciones en las que se ha sentido culpable. Luego debe analizar las similitudes y diferencias entre las distintas situaciones, clasificarlas según estos criterios e identificar la cualidad de la culpa en cada una de las situaciones, distinguiendo los errores de los actos voluntarios e intencionados.

En las situaciones de culpa sana se buscan las estrategias útiles que permitan dar salida a estos sentimientos y reparar las conductas que los generaron. En las situaciones de culpa insana, el paciente debe imaginar que dichas situaciones han sido protagonizadas por un niño/a y se le pregunta que emociones le llevaron a dichas situaciones. Con el objetivo de desenmascarar la emoción auténtica y observar como ésta se encuentra oprimida por

sentimientos de culpa insana. Finalmente, se le pide que como adulto contenga el sufrimiento generado por estos sentimientos de culpa. El tono y el contenido de los mensajes recibidos indican desde qué figura de la estructura del yo han sido emitidos. Y en esta ocasión también se proponen estrategias de reparación emocional para convertir la culpa neurótica en sentimientos de sana responsabilidad.

✱ **Las dos sillas** (Perls, F y otros, 1951; citado en Greenberg et al., 1996)

Las *dos sillas* es una variante de la *silla vacía* que también consiste en una dramatización pero con un objetivo distinto. En la segunda, el objetivo es la resolución de asuntos pendientes con personas no asequibles. En cambio, en la primera el objetivo es la integración entre dos polos en conflicto de la propia persona (Greenberg et al., 1996; Rosal, 2002). Aunque el origen de ambas se encuentra en la psicoterapia humanista de la Gestalt han sido utilizadas desde diferentes enfoques por su gran poder terapéutico, puesto que se trata de técnicas experienciales de fuerte impacto emocional.

En el tratamiento que presentamos (TIE) se ha empleado una versión adaptada de las *dos sillas* como estrategia para trabajar dos emociones básicas en conflicto en el caso de los pacientes con trastorno de ansiedad: la rabia y la tristeza. Esto se da porque alguna de éstas no han sido vivenciada de forma auténtica, permaneciendo prohibida, y la otra actúa como emoción parásita.

Procedimiento:

En una silla se ubica la tristeza y en la otra la rabia. Se le pide al paciente que rememore una situación en la que haya experimentado alguna de las dos emociones y que se siente en la silla correspondiente (habitualmente los pacientes con trastorno de ansiedad se sientan en la silla de la tristeza). Entonces se le pide que explique la situación desde la silla de la emoción correspondiente. Posteriormente se le pide que cambie de silla y vuelva a explicarlo desde la emoción que no escogió. A partir de aquí el paciente se irá cambiando de silla según considere que habla desde una u otra emoción. Se observa que, en la mayoría de veces, se reviven situaciones en las que la tristeza es la emoción secundaria de la rabia. La idea de experimentar y expresar sentimientos de rabia genera en los pacientes fuertes sentimientos de culpa y cuando la presencia de ésta es muy significativa se la puede integrar en el ejercicio con una tercera silla. El ejercicio pretende desbloquear la rabia contenida, el trabajo a este nivel pasa por la identificación,

observación y por la comprensión de estas emociones para que finalmente puedan ser expresadas de forma adecuada. Se analiza también el proceso de transición entre ambas emociones para aislar los factores fruto de la educación y de la cultura emocional.

✿ **Cuento de animales** (O’Hearne, 1997; citado en Gimeno-Bayón y Rosal, 2001)

En origen los objetivos de esta técnica de Análisis Transaccional son varios, para una descripción detallada véase Gimeno-Bayón y Rosal, (2001, p. 204). El cuento del animal se ha utilizado en el TIE con el objetivo de identificar y comprender la emoción vital básica, así como las implicaciones que tiene esta emoción en la propia vida. A través de la información sobre el esquema de solución de problemas del paciente, la forma de relacionarse con su entorno, en especial con las figuras significativas y la forma en que ha sido cuidado y obtenido aprecio, y como se proyecta en el futuro. Dicho de otro modo el análisis del cuento permite comprender de qué modo y en qué grado las personas significativas, el contexto y las circunstancias han ejercido influencia en las decisiones que marcan el propio proceso vital, lo que en AT se conoce como guión de vida (Berne, 1995). La comprensión de estos aspectos ofrece al paciente una visión más creativa de su proceso vital y la posibilidad de tomar decisiones más libres acerca de los aspectos de sí mismo que desea cambiar.

Procedimiento:

Entregar un folio y un lápiz a los pacientes y decirles que escriban, en unos 15’, un cuento inventado en el que el protagonista sea un animal. La consigna es que en el cuento aparezcan las siguientes frases:

- a) Al principio: “Érase una vez...”
- b) Hacia la mitad: “Y cuando creció...”
- c) Al final: “ Y al final lo que ocurrió es ...”

El cuento es leído y analizado en la sesión por los miembros del grupo y los terapeutas.

Una vez el paciente toma conciencia de la posibilidad de cambiar este guión preestablecido se le pide que en casa reescriba el final del cuento desde el momento presente.

✿ **Diálogo con el síntoma** (Stevens, 1976)

Con frecuencia los pacientes viven los síntomas como algo ajeno a ellos. Esta técnica es una fantasía guiada que tiene como objetivo original tomar conciencia de la responsabilidad personal sobre el mismo y de su función positiva.

En TIE esta técnica se ha adaptado para que además permita confrontar a la persona con su síntoma a fin de que pueda comprender la función expresiva del mismo. Desde la perspectiva del síntoma entendido como una estrategia inadaptada y anticreativa para expresar un malestar emocional interno. El objetivo con el que se emplea es identificar la emoción disfuncional que se esconde tras el síntoma y la comprensión de los mecanismos por los que se expresa dicha emoción. De este modo es posible buscar estrategias funcionales alternativas que permitan la expresión auténtica de dicha emoción.

Procedimiento:

Se pide al paciente que escoja un síntoma o emoción con la que quiera trabajar (es frecuente que los pacientes con agorafobia cojan el pánico como síntoma) y que posteriormente lo dibuje, porque hemos comprobado que dibujar previamente el síntoma facilita el ejercicio de fantasía.

Tras una breve relajación y siguiendo las indicaciones del terapeuta el paciente visualiza el síntoma que dibujó y en su imaginación establece un diálogo en la línea de la técnica de las dos sillas. El paciente va alternado entre su propio rol y el de su síntoma, el diálogo prosigue hasta que el paciente es capaz de integrarlo como suyo e identificar la función que está ejerciendo en su vida.

A través del dibujo y de la fantasía el paciente se puede familiarizar con él y de este modo puede integrarlo dentro de sí, identificando su significado y su función.

✿ **La estrella**⁴

La estrella es otra de las técnicas que se han diseñado para el Tratamiento basado en Inteligencia Emocional. El objetivo principal es descubrir estrategias para la regulación de las emociones que se viven de forma negativa por el malestar que causan, aunque el procedimiento permite abordar los cuatro niveles de habilidad emocional. Se pretende ampliar de forma creativa el repertorio de estrategias personales para regular la expresión

⁴ La idea de estrella imaginaria ha sido tomada de Bowlby (1989), que hacía referencia a este símbolo para describir la relación de apego seguro entre el niño y su cuidador.

de los diferentes estados emocionales y para reparar el malestar residual que conllevan dichas emociones. La persona no sólo descubre formas nuevas para gestionar adaptativamente sus emociones sino que además toma conciencia del proceso por el cual algunas de ellas se convierten en estrategias funcionales. Es decir, la forma en que una opción se convierte en una estrategia adecuada a la situación y que además favorece nuestro crecimiento personal.

Procedimiento:

Consiste en un ejercicio en el cual la persona tiene que revivir una situación en la que haya experimentado una emoción negativa (rabia, tristeza, miedo). Es recomendable recurrir a situaciones de la vida cotidiana aunque puede llevarse a cabo el ejercicio con situaciones más traumáticas.

La persona se sitúa en el centro de una estrella imaginaria y revive la situación a fin de conectar con la emoción principal. Se le pide que la identifique y la describa como experiencia, sensación corporal y pensamientos asociados. Posteriormente, debe recurrir a pensamientos y conductas que le permitan regular su estado emocional negativo para sentirse mejor. Para cada uno de estos pensamientos o conductas se dirige hacia una de las puntas de la estrella, dónde identifica cómo le hace sentir y pensar la opción escogida. El grupo puede participar cada vez que la persona se sitúa en el centro de la estrella a fin de aportarle opciones distintas. El ejercicio finaliza cuando se han actuado (caminando hacia las puntas de la estrella) todas las opciones posibles que han sido identificadas por el participante y el grupo, y se ha optado por aquella que proporciona mayor equilibrio emocional. Contar con un amplio número de opciones y experimentar las implicaciones emocionales que conllevan permite aumentar la conciencia de los recursos de los que se dispone y ofrece la oportunidad de valorar cada una de estas opciones desde los cuatro niveles de habilidades emocionales.

✿ **Los rincones emocionales: emociones placenteras**

La razón que nos lleva a emplear esta técnica nuevamente, en este momento de la terapia, es observar su aplicación con emociones placenteras de alegría o bienestar. La finalidad es desarrollar la habilidad para reparar los estados emocionales que provocan malestar cuando estos dejan de ser funcionales. Constituye una estrategia para modular y gestionar la intensidad y duración de las emociones desagradables. El procedimiento

empleado es el mismo que se ha descrito anteriormente cuando se trataba de emociones desagradables.

✿ **Fantasía del rosal** (Stevens, 1976)

La fantasía del rosal que sirvió como presentación de los miembros del grupo y de la dinámica terapéutica se vuelve a utilizar en la última sesión. El objetivo que se plantea ahora es que, a partir de la comparación del primer rosal y de este último, los pacientes observen de forma gráfica los cambios que han experimentado a lo largo del tratamiento. Este aspecto se ha considerado importante especialmente porque es frecuente que llegados a las últimas etapas del proceso psicoterapéutico, la idea de finalizar la terapia genere en los pacientes un aumento de la ansiedad. En estos momentos es también habitual que fruto de esta ansiedad tengan dificultad en valorar los importantes cambios que han realizado. El rosal les ayuda a tomar conciencia de estos cambios. También contribuye a esta toma de conciencia ver que se han convertido en "expertos" en la identificación, comprensión y regulación de sus propias emociones y las de los demás.

✿ **Sesiones de recapitulación**

Las sesiones de recapitulación constituyen el cierre de cada una de las fases del tratamiento y tienen como objetivo hacer una síntesis de los aspectos trabajados hasta el momento. Pero también ofrecen un espacio para poder completar tareas que no hayan quedado satisfactoriamente concluidas.

✿ **Ritual de despedida**

Cada grupo escoge su particular forma de despedida entre los miembros y de los terapeutas a través de algún tipo de ritual. En algunos los pacientes escogen actividades tipo el "cariño caja" que consisten en escribir mensajes positivos para cada uno de los miembros. En otros, se prefiere la lectura de algún cuento que aporte algún aprendizaje de vida o escuchar alguna canción que se establezca como "himno del grupo", etc.

Por otra parte, en todos los grupos se pide que en la última sesión traigan por escrito los aprendizajes de vida que han realizado a lo largo del proceso terapéutico. Estos aprendizajes son leídos por cada uno de los miembros lo que constituye para pacientes y terapeutas, junto al ritual de despedida, un momento de gran emoción.

5.5. La relación terapéutica

Uno de los aspectos más importantes en la concepción de tratamiento basado en el desarrollo de la inteligencia emocional es la relación terapéutica.

La relación terapéutica consiste en una relación auténtica yo-tú de construcción conjunta de experiencias. Ésta es siempre necesaria para proporcionar las bases del trabajo terapéutico, es suficiente a largo plazo, es decir, curativa en sí misma, pero no siempre eficiente si no es ampliada con intervenciones centradas en la tarea. Además, los componentes de esta relación constituyen indicadores de la marcha del proceso psicoterapéutico (Greenberg et al., 1996).

El vínculo terapéutico depende de las características del terapeuta, del paciente y de la relación que se establece entre ellos. El cliente es experto en su propia experiencia por lo que la metodología que rige el proceso terapéutico es la heurística positiva (actitud indagadora). El terapeuta necesita descubrir el mundo interno del paciente para actuar como guía de sus procesos conductuales, cognitivos y emocionales, y necesita unirse al paciente para facilitar dichos procesos. Por ello es necesario que pueda mostrar actitudes de empatía, aceptación incondicional y autenticidad o congruencia hacia el paciente que hagan que este se sienta apoyado, aceptado y comprendido.

Acordar los objetivos o problemas sobre los que el cliente quiere trabajar, para ello es importante que el terapeuta explore y comunique que comprende los objetivos del cliente. Los objetivos deben ajustarse al estado actual del cliente, en caso contrario el tratamiento fracasará. La participación activa del cliente es condición *sine qua non* del éxito. También es necesario que haya acuerdo en la tarea global y en cada una de las tareas específicas que el terapeuta propone al paciente para alcanzar los objetivos del tratamiento. Para que el paciente pueda trabajar ha de ser capaz de llevar a cabo las actividades que se proponen en terapia y estar dispuesto a participar activamente en ellas.

5.5.1. Actitudes del terapeuta

La relación terapéutica depende en gran medida de las actitudes del terapeuta. Son numerosos los estudios demuestran que las actitudes del terapeuta son un elemento

crítico en el establecimiento de la alianza terapéutica que determina en gran medida la efectividad de los tratamientos.

En esta línea, se encuentran estudios que apuntan a que algunos terapeutas son más efectivos que otros (Lambert y Bergin, 1994; Najavits y Strupp, 1994), incluso cuando se trata de tratamientos manualizados (Luborsky et al., 1995). La empatía del terapeuta (Bohart, Elliot, Greenberg y Watson, 2002) y su congruencia (Klein, Kolden, Michels y Chisholm-Stockkard, 2002; Orlinsky, y Howard, 1978) correlacionan con los resultados, así como la confirmación del terapeuta, su calidez o mirada positiva (Faber y Lane, 2002). En cambio, se ha demostrado que los terapeutas fríos, críticos u hostiles son menos efectivos (Gaston et al., 1991; Najavits y Strupp, 1994).

Si bien las actitudes rogerianas son básicas e indispensables, a menudo no son suficientes. A partir de un proceso de reflexión sobre la *praxis*, se han identificado las actitudes que se requieren para la aplicación del tratamiento TIE:

- Visión del paciente como persona que sufre, indistintamente de cuales sean los síntomas con los que se expresa dicho sufrimiento. Ser capaz de conectar con dicho sufrimiento deviene un requisito fundamental.
- Ser capaz de ver el mundo a través de los ojos del paciente a fin de comprender de forma auténtica su realidad.
- Confianza en el otro yo, en sus capacidades y potencialidades, del mismo modo que se requiere confianza en las capacidades y potencialidades del propio yo.
- Concepción del ser persona como ser en constante desarrollo, en constante aprendizaje y que tiende a la autorrealización.
- Visión de la vida como proceso de aprendizaje y del trastorno como oportunidad de desarrollar capacidades innatas
- No caer en etiquetas y diagnósticos sesgados. Las clasificaciones son instrumentos que tienen un sentido puramente funcional, facilitar la comunicación, pero que no responden a descripciones auténticas del sufrimiento humano.
- Capacidad y actitud creativa para adaptar la técnica al paciente, para identificar alternativas, lenguaje metafórico, etc.
- Comprensión del proceso terapéutico como proceso de aprendizaje por parte del paciente que acude a nosotros pero también por parte del terapeuta.

- Elevado tono emocional. Los terapeutas evitadores de conflicto tendrán dificultad en gestionar el elevado tono emocional de las sesiones. Tolerar el sufrimiento propio y ajeno forma parte de las actitudes del terapeuta y a la vez constituye uno de los aprendizajes que realizan los pacientes a lo largo del proceso, especialmente evidente en la modalidad grupal.
- Heurística positiva. Actitud de querer conocer, de no dar nada por sentado, usando las hipótesis como instrumentos de trabajo que nos permiten acceder a nuevos descubrimientos y no como conocimientos en sí mismas. Esta actitud permite dar continuidad al proceso de aprendizaje mutuo.
- Actitud integradora. Ser capaz de integrar y dar sentido a la información que proviene de los distintos canales de comunicación. Ser capaz de integrar el trabajo con las diferentes dimensiones de la persona cognitiva, conductual, emocional, motivacional, ética y corporal. Ser capaz de integrar la información que procede del otro con la información que procede de uno mismo a fin de acceder a una comprensión genuina de la experiencia emocional y relacional.
- Entrenado en las habilidades que le permiten identificar y reconocer las emociones propias y ajenas, comprender como las emociones guían el pensamiento y la conducta humana, y regular los estados emocionales tanto del yo como del otro yo.

5.6. Aplicación del TIE

5.6.1. Modalidades de aplicación

TIE es un tratamiento psicoterapéutico que se ha diseñado para su aplicación tanto individual como grupal y aunque el estudio de campo que se presenta en esta investigación se centra en su aplicación en contexto grupal, en este tiempo se han realizado con éxito algunas intervenciones a nivel individual. A continuación dedicamos unas líneas a exponer lo que entendemos por ventajas e inconvenientes de la aplicación del mismo en cada una de estas modalidades terapéuticas.

Entre las ventajas de la modalidad **grupal** del tratamiento TIE encontramos:

- El formato de terapia grupal ofrece la oportunidad de intervenir sobre las relaciones interpersonales dentro del "espacio seguro" que constituye el contexto terapéutico.

- Varias de las estrategias terapéuticas empleadas se realizan en pecera, de forma que aunque la intervención se lleva a cabo a nivel individual se hallan implicados y participan todos los miembros del grupo.
- Fomenta el establecimiento de vínculos entre los miembros del grupo, y permite al terapeuta analizar las relaciones que se establecen como si se tratara de un laboratorio relacional.
- La participación activa de todos los miembros del grupo, que actúan como auténticos co-terapeutas, enriquece el feed-back, ofreciendo aportaciones desde múltiples puntos de vista.
- Los participantes identifican en los otros aspectos propios, que les ofrece otra perspectiva de sus problemas y vivencias aumentando su comprensión. Además el sentirse identificado y comprendido por el resto del grupo favorece la el reconocimiento y expresión de lo que les pasa.
- La co-terapia, además, permite obtener el feed-back de otro profesional inmerso en la dinámica sobre aspectos como las propias intervenciones, el curso del tratamiento, etc.

Entre los posibles riesgos o inconvenientes están:

- Especialmente en las primeras sesiones, a algunos pacientes les puede resultar más difícil que en modalidad individual, exponer sus problemas ante la atenta escucha de los miembros del grupo.
- Que algún o algunos de los pacientes puedan sentirse tentados a monopolizar las sesiones
- Pueden darse juegos psicológicos, triangulaciones, alianzas,... que pueden dificultar el proceso de grupal. Sin embargo, abordar estas cuestiones dentro del contexto terapéutico puede dar lugar a aprendizajes generalizables a otros contextos.
- La presencia de más de un terapeuta, puede dificultar el establecimiento de la alianza o que ésta se establezca sólo con uno de ellos. Aunque, es habitual que los pacientes establezcan, en función de determinadas variables personales, un vínculo terapéutico más estrecho con uno que con otro, los terapeutas deben estar atentos a que esto no constituya una limitación en el proceso terapéutico.

En su aplicación **individual** TIE ofrece entre otras las siguientes ventajas:

- Este formato representa una ventaja para las personas con dificultades para estar en grupo como pasa por ejemplo en la fobia social.

- Permite focalizar más en la dimensión intra-personal del paciente y en sus habilidades emocionales.
- Ofrece la posibilidad de incluir una intervención familiar real.
- Es posible que la presencia de variables extrañas sea menor en esta modalidad.
- La alianza terapéutica adquiere un papel más determinante en el proceso terapéutico. En cambio, en el formato grupal en el que se establecen varias relaciones paralelamente la alianza terapéutica no constituye el único foco relacional.

Entre los inconvenientes estarían:

- Una mayor dificultad para trabajar *in situ* relaciones personales diversas. En la sesión sólo se ponen en juego los aspectos relacionales que se actúan con el terapeuta.
- El terapeuta si trabaja solo no recibe un *feed-back* contextualizado por parte de otro profesional respecto a sus intervenciones o el curso de la terapia,
- Que la única relación que se establezca sea con el terapeuta aumenta la probabilidad de abandonar el tratamiento por causa de una mala alianza.

5.6.2. Ámbitos de aplicación

El tratamiento basado en Inteligencia Emocional que presentamos ha sido diseñado para ser aplicado en pacientes que sufren alguno de los dos trastornos de ansiedad: agorafobia o TAG. En la parte segunda de este documento se presenta un ensayo clínico aleatorizado (ECA) que tiene como objeto poner a prueba la efectividad del tratamiento. No obstante, puesto que la intervención con TIE no está centrada en la sintomatología no se descarta la posibilidad de que pueda ser aplicado a otros trastornos, pero esto tendrá que verse en el contexto de nuevas investigaciones.

Capítulo sexto:

Método de la investigación

6.1. Objetivos e hipótesis

6.2. Método

6.2.1. Tipo de diseño

6.2.1.1. Variables en estudio

6.2.2. Sujetos

6.2.3. Material

6.2.4. Procedimiento

6.3. Aspectos éticos

Introducción

Dada la extensión del presente documento se ha considerado conveniente introducir la parte empírica con un breve resumen del marco en el que se ha desarrollado la investigación y de los motivos que llevaron a su realización.

Los trastornos de ansiedad son con diferencia los trastornos psiquiátricos más frecuentes (Kessler et al., 1994). Dándose en el 28,8% de la población por delante de los trastornos afectivos y de los trastornos por abuso de sustancias (Kessler et al., 2005). El tratamiento de elección para estos trastornos es el cognitivo-conductual (TCC) y la mayoría de estudios comparan su eficacia respecto a la farmacoterapia, lista de espera o respecto a diversas modalidades del mismo. Pero son escasas las investigaciones que contrastan la efectividad del TCC respecto a tratamientos psicoterapéuticos desarrollados bajo otras perspectivas teóricas. Sin embargo, se observa que los pacientes tratados con TCC presentan un elevado índice de recaídas (e.g., Bados, 2001) y que su nivel de efectividad es inferior al esperado. Por ejemplo, las tasas de recuperación de los pacientes con TAG se sitúan sólo sobre el 40% en ansiedad al finalizar el tratamiento (Fisher y Durham, 1999).

Las terapias humanistas más centradas en las emociones, pero que también abordan aspectos cognitivos y conductuales, se han mostrado eficaces en el tratamiento de numerosos trastornos (e.g., Gimeno-Bayón, 2003a; Greenberg y Watson, 1998; Paivio y Greenberg, 1995; Rosal, 2002). Aunque existen escasas investigaciones que comparen este tipo de estrategias con tratamientos empíricamente validados. Probablemente, la gran diversidad de modelos y procedimientos terapéuticos desde esta perspectiva han dificultado la aparición de tratamientos estrictamente pautados y manualizados.

Por otra parte, se ha demostrado que la inteligencia emocional es un factor relacionado con la presencia de trastornos mentales (e. g., Lizeretti et al., 2006; Schutte et al., 2007). Los pacientes con psicopatología presentan niveles más bajos de IE que sujetos no clínicos (Lizeretti, Farriols, Castell et al., 2007) y se han podido establecer patrones diferenciales en el déficit de habilidades emocionales para distintos trastornos (Lizeretti et al., 2006; Lizeretti, Castell, Farriols et al., 2008). Concretamente los pacientes con

trastorno de ansiedad presentan excesiva atención a sus emociones y niveles bajos en comprensión y gestión emocional (Lizeretti et al., 2006).

En este contexto, se ha considerado que el modelo de IE de Salovey y Mayer (1997) posibilita el trabajo sistemático con las emociones en psicoterapia. Desde el marco que constituye la Psicoterapia Integradora Humanista (Gimeno-Bayón y Rosal, 2001, 2003) y tomando como eje estructural el modelo jerárquico de inteligencia emocional se ha diseñado y manualizado un tratamiento basado en el desarrollo de las habilidades emocionales (TIE). El objetivo de la presente investigación ha sido comprobar la eficacia del tratamiento TIE y para ello se ha llevado a cabo un ensayo clínico aleatorizado en el que se ha comparado con un grupo control de tratamiento cognitivo-conductual de eficacia probada.

6.1. Objetivos e Hipótesis

Objetivo general

Aplicar un tratamiento psicológico grupal basado en Inteligencia Emocional (TIE) para pacientes con trastorno de ansiedad y compararlo con un grupo control de tratamiento cognitivo-conductual estándar (TCC) respecto al proceso y los resultados.

Objetivos específicos

Objetivos **intra-grupo**

1. Evaluar el impacto de la intervención TIE, en términos de mejoría, sobre las variables:
 - i. Síntomas clínicos
 - ii. Trastornos de personalidad
 - iii. Inteligencia emocional
 - iv. Satisfacción general con la vida
 - v. Alianza terapéutica
 - vi. Situación laboral

Objetivos **inter-grupos**

2. Evaluar el proceso terapéutico a partir de las variables: alianza terapéutica y nivel de ansiedad a los tres meses de iniciar el tratamiento y al finalizar éste.
3. Comparar la eficacia del TIE respecto al TCC en:

- i. Síntomas clínicos
 - ii. Trastornos de personalidad
 - iii. Inteligencia emocional
 - iv. Satisfacción general con la vida
 - v. Situación laboral
4. Comprobar la dimensión de los cambios experimentados por los pacientes asignados al grupo experimental TIE respecto a los experimentados por los pacientes asignados al grupo control de tratamiento (TCC) en:
 - i. Síntomas clínicos
 - ii. Trastornos de personalidad
 - iii. Inteligencia emocional
 - iv. Satisfacción general con la vida
 - v. Alianza terapéutica
5. Evaluar el impacto del tratamiento TIE en el nivel de ansiedad e inteligencia emocional percibida respecto al TCC a los tres meses de seguimiento tras finalizar el tratamiento.
6. Evaluar la satisfacción de los pacientes con el tratamiento TIE.
7. Comparar la eficacia de la intervención terapéutica TIE en pacientes con Agorafobia respecto a pacientes con TAG en:
 - i. Síntomas clínicos
 - ii. Trastornos de personalidad
 - iii. Inteligencia emocional
 - iv. Satisfacción general con la vida
 - v. Alianza terapéutica

Hipótesis general

El Tratamiento grupal basado en Inteligencia Emocional (TIE) se mostrará más eficaz que el TCC en relación a los síntomas clínicos, trastornos de personalidad, inteligencia emocional, satisfacción con la vida y alianza terapéutica.

Hipótesis específicas

1. El impacto del TIE podrá observarse al finalizar el tratamiento en la mejoría de las variables:
 - i. Síntomas clínicos
 - ii. Trastornos de personalidad

- iii. Inteligencia emocional
 - iv. Satisfacción general con la vida
 - v. Alianza terapéutica
 - vi. Situación laboral
2. La alianza terapéutica será más elevada y el nivel de ansiedad más bajo en el grupo TIE que en el grupo TCC en la evaluación de proceso (a los tres meses de iniciar el tratamiento) y al finalizar el tratamiento.
3. La eficacia del TIE al finalizar el tratamiento será superior a la del TCC respecto a la mejoría en:
 - i. Síntomas clínicos
 - ii. Trastornos de personalidad
 - iii. Inteligencia emocional
 - iv. Satisfacción general con la vida
 - v. Situación laboral
4. Los cambios experimentados por los pacientes tratados con TIE será mayor que los experimentados por los pacientes del grupo control de tratamiento (TCC) en las variables:
 - i. Síntomas clínicos
 - ii. Trastornos de personalidad
 - iii. Inteligencia emocional
 - iv. Satisfacción general con la vida
 - v. Alianza terapéutica
5. El impacto del tratamiento TIE en los síntomas de ansiedad y en la inteligencia emocional percibida se mostrará más estable que en el grupo TCC a los tres meses de seguimiento tras finalizar el tratamiento.
6. La satisfacción de los pacientes con el TIE será mayor que con el TCC.
7. El tratamiento TIE será igualmente eficaz para el trastorno de agorafobia que para el TAG sobre las variables:
 - i. Síntomas clínicos
 - ii. Trastornos de personalidad
 - iii. Inteligencia emocional
 - iv. Satisfacción general con la vida
 - v. Alianza terapéutica

6.2. Método

6.2.1. Tipo de diseño

La presente investigación consiste en un ensayo clínico controlado y aleatorizado con un grupo experimental (TIE) y un grupo control de tratamiento (TCC).

VARIABLES DE ESTUDIO

Aunque al inicio de la investigación se barajó la posibilidad de incluir un grupo control de lista de espera se decidió no hacerlo por dos razones. La primera es que prácticamente todos los estudios demuestran que la psicoterapia es significativamente más eficaz que la lista de espera en la mejoría de las variables evaluadas (e.g., Hunnot et al., 2008; Smith, Glass y Miller, 1980). Este dato planteó dudas respecto al interés que podían ofrecer los resultados de un grupo de lista de espera en el estudio comparativo de dos tratamientos, uno de los cuales ya ha sido empíricamente validado. La segunda razón, hace referencia a aspectos clínicos pero sobre todo éticos; no dejar sin tratamiento a ningún paciente que lo solicitara más tiempo del estrictamente necesario atendiendo a las necesidades organizativas del centro -el inicio de los grupos terapéuticos en el CSM de Mataró tiene lugar en enero-febrero y en septiembre-. Por este motivo se decidió prescindir del grupo control de lista de espera e incluir a todos los pacientes evaluados en uno de los dos grupos de tratamiento.

La **variable independiente** en esta investigación es el tipo de tratamiento psicoterapéutico TIE o TCC. A continuación se pasará a concretar cada uno de los tratamientos.

a) Tratamiento Cognitivo Conductual (TCC)

El tratamiento cognitivo-conductual es el tratamiento alternativo (TA) en la presente investigación. Los ingredientes básicos han sido:

- Sesiones psicoeducativas
- Técnicas de control de la ansiedad: distracción del pensamiento, parada del pensamiento y respiración diafragmática lenta.
- Entrenamiento en Relajación Progresiva de Jacobson
- Exposición en vivo (EV) y exposición interoceptiva (EI).

- Reestructuración cognitiva: pensamientos distorsionados y creencias irracionales.
- Prevención de recaídas.

Para el tratamiento de los pacientes con agorafobia se ha seguido el manual de Roca y Roca (1998) que incluye las técnicas mencionadas. Para los pacientes con TAG se han empleado las mismas técnicas pero siguiendo las recomendaciones de Beck (Beck, Emery y Greenberg, 1985) para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, que junto a las técnicas de modificación de conducta descritas, se han demostrado las más eficaces para este trastorno en la literatura científica. En este caso se ha puesto mayor énfasis en las técnicas cognitivas y en la exposición interoceptiva dado que el estímulo ansiógeno en estos pacientes es más difuso.

b) Tratamiento basado en Inteligencia Emocional (TIE)

El tratamiento grupal basado en Inteligencia Emocional constituye el ingrediente activo (IA) de esta investigación. Los ingredientes psicoterapéuticos específicos del tratamiento han sido descritos en el capítulo quinto de este documento pero pueden resumirse en:

- Técnicas destinadas a identificar y reconocer las emociones en uno mismo y en los demás.
- Técnicas destinadas a utilizar las emociones para guiar el pensamiento.
- Técnicas destinadas a la comprensión de las emociones en uno mismo y en los otros.
- Técnicas destinadas a la gestión y regulación de las emociones propias y ajenas.

El procedimiento del tratamiento TIE ha sido idéntico para los dos grupos diagnósticos: agorafobia y TAG.

Ambos tratamientos han tenido una duración exacta de 24 sesiones de hora y media de duración con una frecuencia semanal a lo largo de aproximadamente 6 meses. Tanto los grupos TIE como los TCC fueron dirigidos por dos psicoterapeutas. También se veló por que se desarrollaran en condiciones equivalentes respecto a los horarios y días de la semana.

Los pacientes que han participado en el estudio han recibido uno de los dos tratamientos psicoterapéuticos y los controles psiquiátricos habituales. Pero constituye normativa del centro que los pacientes que asisten a terapia de grupo no pueden acudir a sesiones individuales de psicoterapia -con su psicólogo de referencia- hasta finalizado el periodo de seguimiento.

Variables dependientes

Como en la mayoría de los estudios de eficacia para el tratamiento psicoterapéutico de los trastornos de ansiedad se ha tomado como principal medida de resultado la disminución de los **síntomas de ansiedad** y el cambio clínicamente significativo mediante una escala diagnóstica en los pacientes con agorafobia. Además en esta investigación se han tomado las variables de inteligencia emocional y la mejoría clínica general, como medidas principales de la eficacia del tratamiento.

Como medidas secundarias de la eficacia del tratamiento se toman la disminución de los síntomas de **depresión**, la **somatización**, la **funcionalidad social**, la **satisfacción con la vida**, el **cumplimiento del protocolo**, la **tasa de abandonos** y la **aceptabilidad del tratamiento** medido a partir de los abandonos por causa de efectos adversos del tratamiento (Hunot et al., 2008). Y puesto que los **trastornos de personalidad** premórbida constituyen factores de mal pronóstico en los trastornos de ansiedad (Tyrer, Seivewright, Jonson, 2004; citado en Ibáñez, 2006) se ha tomado la mejoría en estas variables como medida de resultado secundaria.

Del mismo modo, se ha seguido la recomendación de evaluar la **relación terapéutica** en los estudios en los que se compara la eficacia de dos o más tratamientos, como medida secundaria (e.g., Hunot et al., 2008). La evaluación de la alianza terapéutica en fases intermedias del tratamiento constituye una medida que permite evaluar el proceso terapéutico. Todas las medidas de resultado y de proceso se muestran en la tabla 5.

Tabla 5. Variables dependientes. Medidas de resultado principales y secundarias.

PRINCIPALES MEDIDAS DE RESULTADO DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO		INSTRUMENTOS DE MEDIDA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ MEJORÍA CLÍNICA <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ansiedad ▪ Síntomas agorafóbicos ▪ Sintomatología general ▪ INTELIGENCIA EMOCIONAL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Habilidades de IE ▪ Inteligencia emocional percibida (IEP) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ STAI-R ▪ SCL-90-R ▪ MCMI-II (Síndromes Clínicos) ▪ IA (Inventario de Agorafobia) ▪ SCL-90-R (Índices clínicos) ▪ MSCEIT ▪ TMMS-24 	
MEDIDAS SECUNDARIAS DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ MEJORÍA CLÍNICA <ul style="list-style-type: none"> ▪ Síntomas depresivos y somatización ▪ Trastorno de Personalidad ▪ SATISFACCIÓN VITAL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfacción General con la vida ▪ FUNCIONALIDAD SOCIAL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Situación laboral ▪ ALIANZA TERAPÉUTICA <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alianza terapéutica ▪ Vínculo terapéutico ▪ CUMPLIMIENTO PROTOCOLO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Asistencia las sesiones ▪ Cumplimiento tareas ▪ TASA DE ABANDONOS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Asistencia al 80% de las sesiones ▪ ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abandonos por efectos adversos del tratamiento ▪ Satisfacción con el tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SCL-90-R ▪ MCMI-II ▪ QOL ▪ Registro ▪ WATOICI ▪ Registro ▪ Registro ▪ Registro ▪ Registro ▪ Cuestionario 	

Además de las variables en estudio se han tenido en cuenta en la evaluación basal algunas variables descriptivas que se han considerado significativas en el proceso psicoterapéutico. Estas variables son:

- La presencia o ausencia de **crisis de pánico** es una variable que se considera nuclear en los trastornos de ansiedad estudiados, especialmente en el caso de la agorafobia con o sin historia de trastorno de pánico (APA, 2003).

- El **problema principal** que la persona relaciona con su trastorno se ha considerado una variable de utilidad en vistas al abordaje psicoterapéutico.

- Dado que los trastornos de ansiedad especialmente el TAG raramente no va asociado a **otros trastornos psíquicos** se ha valorado conveniente controlar esta variable a fin de observar la incidencia que puede tener en la eficacia del tratamiento.

- La **comorbilidad con trastornos orgánicos** y las **relaciones familiares conflictivas** han sido consideradas como variables que pueden condicionar los efectos de la intervención psicoterapéutica (e.g., Breitholtz et al., 1999; Craske et al., 1989; Roemer et al., 1997; Yoon y Zinbarg, 2007; Zinbarg et al., 2007).

- Las **pérdidas significativas** entendidas como acontecimientos vitales estresantes son frecuentemente factores desencadenantes, agravantes o de mantenimiento de los trastornos de ansiedad (APA, 2003).

- Algunos estudios han hallado una mayor relación entre episodios de **abuso o maltrato** en la infancia con la prevalencia de trastornos de ansiedad especialmente en el caso del trastorno de pánico con o sin agorafobia (Zlotnick, Jonson, Kohn, Vicente, Rioseco y Valdivia, en prensa).

- La **dirección de intereses** evaluada con el DIQ-S (Corbella, Botella, Maydeu y Feixas, 2000), que indica si los recursos que pone en marcha la persona para afrontar las demandas excedentes del ambiente tienen un origen interno o externo. Según algunos autores es una variable a tener en cuenta en la elección del tratamiento.

La **fidelidad de los terapeutas** al protocolo de tratamiento se ha controlado a partir del cumplimiento de los manuales de tratamiento y a través de la asignación de los terapeutas a los grupos de tratamiento (ver procedimiento).

6.2.2. Sujetos

La muestra de la presente investigación está compuesta por los pacientes diagnosticados de F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22] o F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] y F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada [300.02] según el DSM-IV-TR (APA, 2003) por alguno de los profesionales del Servicio de Psiquiatría del Consorci Sanitari del Maresme y que han aceptado voluntariamente participar en el estudio, firmando el consentimiento informado correspondiente (ver Anexo 1).

Criterios de inclusión:

Debido a que los trastornos estudiados presentan un elevado grado de comorbilidad con otros trastornos mentales se decidió que la comorbilidad no fuera un criterio de exclusión. El criterio que se siguió fue que la Agorafobia o el TAG fueran el principal diagnóstico Eje I del paciente. No obstante la comorbilidad ha sido una variable que se ha tenido en cuenta en vistas a controlar su efecto sobre la mejoría clínica debida a la intervención.

El consumo y prescripción de fármacos tampoco se ha utilizado como criterio de exclusión como sucede en varios de los estudios de eficacia psicoterapéutica para los trastornos de ansiedad (Hunnot et al., 2008). Aunque esta variable se ha tenido en cuenta indirectamente, puesto que los posibles efectos de la medicación sobre la mejoría clínica de los pacientes han sido controlados con la asignación aleatoria de los sujetos a los grupos de tratamiento. Pero en esta investigación no se ha valorado su incidencia sobre la mejoría clínica de los pacientes por varios motivos. Las características de los tratamientos farmacológicos prescritos (tipo de fármaco, dosis, duración del tratamiento, etc.) a pacientes con los trastornos de ansiedad en estudio son muy heterogéneas en el tiempo y entre sujetos. Incluso es frecuente que algunos fármacos sean prescritos "a demanda", lo que hace casi imposible controlar los efectos de la medicación sobre el proceso psicoterapéutico. Por tanto se trata de un estudio que permite el uso naturalista concurrente de fármacos durante el periodo de ensayo. De este modo se pretende que la falta de control directo sobre esta variable no comprometa la validez externa de los resultados.

Criterios de exclusión:

Sólo los pacientes que presentaban trastorno psicótico grave, retaso mental, dificultades importantes en la capacidad de lectoescritura o dificultades en la comprensión del idioma quedaron excluidos del estudio.

El tamaño de la muestra ha estado determinado por el número de pacientes derivados para recibir tratamiento psicológico en el Centro de Salud Mental, unidad de adultos, del Servicio de Psiquiatría que han cumplido los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión. El número total de pacientes que ha participado en el estudio es de 132 sujetos. Los pacientes que optaron por la modalidad grupal de tratamiento y expresaron su conformidad para participar en el estudio fueron asignados aleatoriamente a los grupos de tratamiento.

6.2.3. Material

Las características demográficas de los pacientes han sido registradas a través de una entrevista clínica individualizada, así como las variables descriptivas que se han considerado significativas en el proceso terapéutico.

Para confirmar que los sujetos de la muestra cumplían los criterios diagnósticos establecidos para ser asignados a alguno de los grupos en estudio se empleó la *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV* (SCID-I. Versión Clínica; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1990; adaptación española de Blanch i Andreu, 1999).

Las **medidas de resultado** en variables clínicas e Inteligencia Emocional se han evaluado con los instrumentos de medida que se detallan a continuación:

Mejoría clínica

- *STAI* (Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo. C.D. Spielberger; R.L. Gorsuch; R.E. Lushene, 1970; adaptación española Departamento de I+D de TEA Ediciones, 2002). Es un cuestionario de autoinforme con dos escalas separadas que miden conceptos independientes de la ansiedad: el estado (E) y el rasgo (R). Se ha mostrado útil para medir ambos conceptos tanto en escolares de estudios medios y superiores como en pacientes de diversos grupos clínicos. Esta compuesto por 40 ítems, 20 por cada subescala, de respuesta múltiple tipo likert dónde 0 es casi nunca y 3 es casi siempre Las propiedades psicométricas son aceptables y los índices alpha de consistencia interna para la subescala A-E oscilan entre 0,90-0,93 y entre 0,84-0,87 para la subescala A-E. La fiabilidad hallada por el procedimiento de las dos mitades es de 0,94 en A-E y 0,86 en A-R y para el test-retest en A-R es de 0,65-0,86. Esta escala es ha sido ampliamente empleada como medida de resultado primaria de ansiedad en la investigación en psicoterapia.

A los pacientes diagnosticados de agorafobia se les administró también el Inventario de agorafobia como medida principal de resultado de los síntomas propios de este trastorno.

- *Inventario de Agorafobia* (IA; Echeburúa, de Corral, García-Bajos, Páez y Borda, 1992) que evalúa la gravedad de la agorafobia. Se trata de un cuestionario autoaplicado, que consta de 69 ítems y se divide en 2 partes; la primera mide la frecuencia o intensidad con que los pacientes experimentan tres tipos de respuestas diferentes (motoras, psicofisiológicas subjetivas y cognitivas) ante situaciones o lugares temidos. Cada situación se evalúa según dos modalidades: solo o acompañado. El sujeto responde al inventario siguiendo una escala tipo Likert con un rango de 0 a 5.

La segunda parte valora los factores que contribuyen a modificar la ansiedad que provocan dichas situaciones o lugares. El punto de corte que establecen los autores de la Escala Global del Inventario de Agorafobia en la modalidad "solo" es 176, 96 para las respuestas motoras, 61 para las psicofisiológicas y 30 para las cognitivas. El instrumento fue construido a partir del Inventario de Movilidad para la Agorafobia, el Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas y Cuestionario de Sensaciones Corporales para evaluar estas dimensiones del trastorno. La fiabilidad test-retest es de 0,69 y la consistencia interna de las subescalas es: respuestas motoras 0,93, respuestas psicofisiológicas 0,94 y respuestas cognitivas 0,87. La validez discriminante muestra que el instrumento es capaz de diferenciar entre sujetos normales y con agorafobia, también se ha mostrado válido para detectar el cambio terapéutico.

- *SCL-90-R* (Cuestionario de 90 Síntomas según el DSM-III-R; Derogatis, 1983; versión adaptada al castellano de González de Ribera y cols., 1993). Se trata de una escala autoaplicada que valora la presencia de síntomas en las últimas semanas a través de 90 ítems de respuesta múltiple tipo likert dónde 0 es nada en absoluto y 4 es mucho o extremadamente. Permite obtener puntuaciones para nueve subescalas de sintomatología clínica: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Además incluye tres índices clínicos que ofrecen información sobre la amplitud y gravedad de los síntomas: Índice Global de Gravedad (GSI), Total de Síntomas Positivos (PST) y Distrés de Síntomas Positivos (PSDI). El instrumento presenta cinco baremos: varones de población general no clínica, mujeres de población general no clínica, pacientes con disfunción psicósomática témporo-mandibular, varones de muestra psiquiátrica y mujeres de muestra psiquiátrica. Se considera un caso psiquiátrico cuando el paciente obtiene una puntuación GSI mayor o igual a T de 63. Presenta adecuada consistencia interna para las diferentes subescalas entre 0,81 y 0,90, el test-retest muestra una fiabilidad entre 0,78 y 0,90. Se muestra válida como medida de *screening* y como medida de cambio terapéutico por lo que es utilizada frecuentemente como medida de resultado en las investigaciones en psicoterapia.

- *Inventario Multiaxial Clínico de Millon II* (MCMI-II; Millon, 1987; adaptación española de Ávila-Espada, 1997). Instrumento diagnóstico para el Eje II del DSM que recoge aspectos de personalidad patológica a partir de 26 escalas (4 de fiabilidad, 10

de personalidad básicas, 3 de personalidad patológica además de 9 síndromes clínicos) y que consta de 175 ítems de respuesta dicotómica. De los baremos que dispone la prueba (pacientes psiquiátricos de menos de cuatro semanas, pacientes psiquiátricos de más de cuatro semanas, toxicómanos, pacientes psiquiátricos internos, pacientes alcohólicos internos) se ha utilizado el de pacientes psiquiátricos de más de cuatro semanas para los grupos diagnósticos. Los índices alpha de validez para las escalas oscilan entre ,71 en la escala de Depresión Mayor y ,85 en la escala de Trastorno de Personalidad Dependiente.

- *Quality of Life Interview-Short Versión* (QOL; Lehman,1988; traducción española Bobes, González y Wallace, 1993). Se trata de una entrevista estructurada que evalúa la calidad de vida en enfermos mentales crónicos. A través de 144 ítems recoge información sobre variables demográficas y diagnósticas y sobre nueve dominios relacionados con la calidad de vida como la situación vital, la relación familiar, el apoyo social, las actividades de ocio, etc que se dividen en dominios objetivos y subjetivos. Para valorar el grado de satisfacción general con la vida de los pacientes en esta investigación se ha utilizado únicamente el primer ítem al que el sujeto responde con una escala Likert dónde 1 es terrible y 7 es placentero. Los índices alpha de validez son para el ítem de satisfacción general con la vida 74-79 y para la entrevista en general oscilan entre 44 y 88. La fiabilidad test-retest es adecuada para este ítem (alpha= 0,71) y los valores para el resto de los ítems oscilan entre ,29 y ,98.

Inteligencia Emocional

La Inteligencia Emocional ha sido evaluada a partir de dos instrumentos que valoran distintas dimensiones de la misma. El primero mide la inteligencia emocional del sujeto directamente a través tareas de ejecución en las que ponen en práctica sus habilidades emocionales (IE). El segundo, mide la IE desde la percepción que tiene el sujeto de sus propias habilidades emocionales (IEP).

- *MSCEIT V2.0* (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test, Mayer, Salovey, Caruso & Sitarenios, 2005). Es un test de 141 ítems con cinco opciones de respuesta cada uno, que mide de forma objetiva cuatro ramas de habilidades: uso de la emoción para facilitar el pensamiento, percepción, comprensión y manejo de las emociones. Cada una de las ramas se evalúa a partir de dos tipos de tareas que vienen

representadas por paquetes de ítems. La evaluación con este instrumento permite obtener una puntuación total en IE, puntuaciones para dos áreas del constructo (experiencial y estratégica), puntuaciones para cada una de las cuatro ramas que corresponden a los cuatro grupos de habilidades del modelo y una puntuación específica para cada una de las ocho tareas. Los índices alpha de fiabilidad para las principales escalas bajo el criterio de puntuación general oscilan entre 0,93 para IE Total y 0,79 para la escala de Uso de emociones. De los baremos que dispone la prueba: edad, sexo, edad y sexo conjuntamente, etnia y nivel de estudios, en esta investigación se ha utilizado el de edad y sexo conjuntamente.

- *TMMS-24* (Trait Meta-Mood Scale; Salovey et al., 1995; adaptación española de Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004). Escala de autoinforme que evalúa la inteligencia emocional percibida (IEP), es decir, el meta-conocimiento que tiene el sujeto de sus propios estados emocionales. Consta de 24 ítems del tipo "Presto mucha atención a los sentimientos" o "Cuando estoy triste pienso en todos los placeres de la vida" que evalúan las diferencias individuales en las destrezas con las que los individuos perciben prestar atención a sus propias emociones, discriminar entre ellas y su capacidad percibida para regularlas. Las cinco opciones de respuesta se presentan en una escala tipo Likert donde 1 es "nada de acuerdo" y 5 "totalmente de acuerdo". Las puntuaciones de la escala están baremadas en función de la variable sexo. Esta escala no permite una puntuación total de IEP sino que se obtiene una puntuación independiente para cada uno de los tres factores que la componen. Cada factor está representado por 8 ítems y la fiabilidad para cada uno es: Atención ($\alpha = 0,90$); Claridad ($\alpha = 0,90$) y Reparación ($\alpha = 0,86$). La escala presenta una fiabilidad adecuada test-retest (Atención = 0,60; Claridad = 0,70 y Reparación = 0,83). En la mayoría de estudios las correlaciones entre las subescalas muestran que Reparación correlaciona positivamente con Claridad pero no con Atención (e.g., Fernández-Berrocal y Ramos, 1999), aunque todos los factores presentan una correlación apropiada y en la dirección esperada con variables criterio. Entre las escalas de autoinforme que evalúan la IEP es la que presenta mejores propiedades psicométricas tanto en su versión original (e.g., Davies et al., 1998) como en su versión española (e.g., Extremera, et al., 2003) cuando se compara con otras medidas autoinformadas de IE.

El **proceso terapéutico** se ha evaluado a la mitad del tratamiento a través del nivel de ansiedad con el cuestionario STAI (descrito anteriormente) y la alianza terapéutica. La alianza terapéutica constituye el principal indicador del proceso terapéutico y ha sido evaluada con el inventario WATOCI que se describe a continuación:

Alianza terapéutica

- *WATOCI* (Working Alliance Theory of Change Inventory; Duncan & Miller, 1999; adaptación española Corbella y Botella, 2004). El inventario de alianza de trabajo y teoría de cambio evalúa a través de 17 ítems cuatro dimensiones de la alianza terapéutica: acuerdo en las tareas (4 ítems), acuerdo en los objetivos (4 ítems), relación terapéutica o vínculo terapéutico (4 ítems) y acuerdo en la teoría del cambio (5 ítems), además permite obtener una puntuación total en alianza terapéutica. Las respuestas se presentan en una escala Likert de 7 opciones dónde 1 es nunca y 7 es siempre. La consistencia interna de las subescalas presenta unos índices alpha de 0,91, 0,85, 0,86 y 0,82 para tareas, relación, objetivos y teoría del cambio respectivamente. En esta investigación se ha tomado como indicador de la calidad de la alianza terapéutica las puntuaciones en la escala total y como indicador de la calidad del vínculo emocional entre paciente y terapeuta las puntuaciones en la relación terapéutica. La investigación en psicoterapia demuestra de forma consistente la importancia del vínculo emocional entre terapeuta-paciente y el conjunto de la alianza terapéutica en la promoción del cambio terapéutico (Botella y Corbella, 2005).

Además de las medidas de resultado y de proceso evaluadas con los instrumentos de medida que se acaban de describir se registraron las siguientes variables:

- **Asistencia a las sesiones.** Se considera que los pacientes que han asistido al 80% de las sesiones han completado el tratamiento.
- **Cumplimiento de tareas.** Se registró la participación de los pacientes en las estrategias terapéuticas propuestas durante las sesiones y las tareas a realizar entre sesiones.
- **Aceptación del tratamiento.** Se ha valorado a partir de los indicadores asistencia a las sesiones, abandonos por efectos adversos del tratamiento y satisfacción con el tratamiento.

- **Implicación de los pacientes en el proceso psicoterapéutico.** Se ha considerado que el cumplimiento de las tareas y la asistencia a las sesiones constituyen indicadores de esta variable.
- **Satisfacción con el tratamiento.** En la evaluación post-tratamiento se incluyó un ítem en el que los pacientes podían puntuar de 1 (-) a 5 (+) su nivel de satisfacción con el tratamiento.
- **Abandonos.** Se registraron tanto los abandonos como las causas por las que los pacientes interrumpían el tratamiento. Se considera que han abandonado el tratamiento aquellos pacientes que no han asistido a las sesiones de evaluación post-tratamiento. Las causas de abandono se categorizaron del siguiente modo:
 1. Mejoría: en esta categoría se incluyen los pacientes que afirman sentirse bien y asintomáticos antes de finalizar el tratamiento. Los pacientes abandonan bien porque deciden que no necesitan continuar con el tratamiento o bien porque la ausencia de síntomas les permite reanudar sus actividades diarias, en ocasiones, incompatibles con la asistencia a las sesiones.
 2. Motivos personales: aquí se incluyen los pacientes que abandonan el tratamiento por motivos ajenos a su voluntad. Entre ellos se incluyen altas laborales involuntarias, cambios de domicilio, cambios de horario en el trabajo, enfermedad médica, etc.
 3. Por efectos adversos del tratamiento: se incluyen los pacientes que abandonan el tratamiento porque el tratamiento no satisface sus expectativas o porque consideran el tratamiento como la causa principal de un incremento de la sintomatología.
 4. No se sabe: los pacientes incluidos en esta categoría no informaron de los motivos de abandono.
- **Funcionamiento social.** Esta variable se ha evaluado a partir de los índices de sintomatología clínica del SCL-90-R y las variaciones en la situación laboral de los pacientes.
- **Cumplimiento del protocolo.** Son indicadores de esta variable la asistencia a las sesiones y la realización de las tareas por parte de los pacientes en los momentos pautados por el manual de tratamiento. Se registró el cumplimiento de las tareas dentro de las sesiones y entre sesiones semanalmente.

Entre las variables descriptivas que se consideraron significativas en el proceso terapéutico se exploró la **orientación de intereses** de los pacientes con el DIQ-S (Caine y Wijesinghe, 1976; adaptación española Corbella, Botella, Maydeu y Feixas, 2000) que indica si la dirección de intereses del sujeto es interna o externa a partir de 14 ítems dicotómicos.

6.2.4. Procedimiento

El procedimiento se ha estructurado en las diferentes fases que se detallan a continuación (ver figura 7):

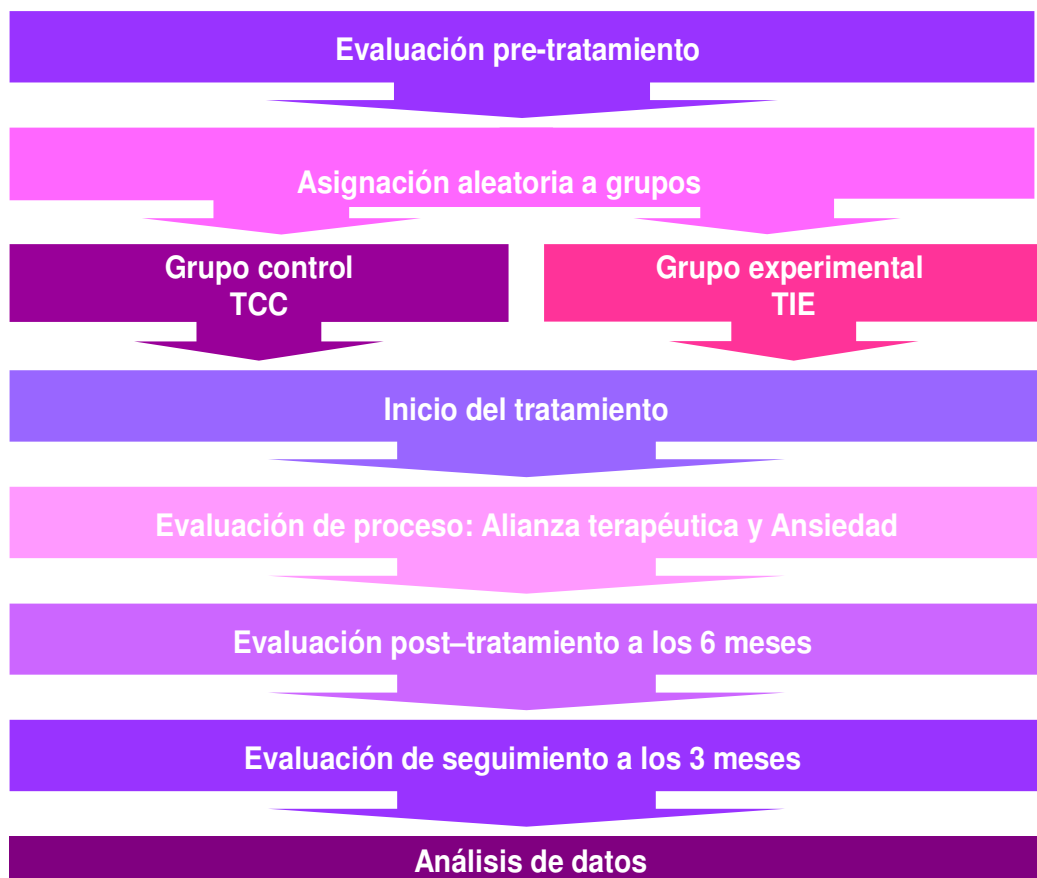


Figura 7. Fases del proceso de la investigación

Evaluación basal

Se reclutaron todos los pacientes diagnosticados de agorafobia o TAG derivados a terapia de grupo por los psiquiatras o psicólogos del servicio de psiquiatría del Consorci Sanitari del Maresme al centro de salud mental, unidad de adultos. Los pacientes fueron citados individualmente para una primera entrevista de evaluación, en la que se

confirmaba el diagnóstico y se recopilaban las variables demográficas. Una vez reclutados y evaluados los pacientes se les ofreció la posibilidad de escoger entre el tratamiento grupal o el individual. Los sujetos que escogieron la modalidad grupal y que cumplían los criterios de inclusión establecidos fueron asignados aleatoriamente a uno de los dos grupos de tratamiento.

La evaluación pre-tratamiento de las variables dependientes se llevó a cabo por un psicólogo de forma individual en el contexto de la entrevista clínica de evaluación. Las entrevistas necesarias para evaluar todas las variables demográficas, clínicas y de IE en estudio son dos y el tiempo transcurrido entre ambas no excedió de los 10 días naturales.

Asignación a grupos de tratamiento

Pacientes

El método de aleatorización empleado fue la asignación de un código a cada uno de los sujetos evaluados que cumplían criterios de inclusión, y que aceptaron participar en un grupo de terapia. Estos códigos fueron introducidos en una base de datos del SPSS y con la opción de "asignación aleatoria" que ofrece este programa se realizó la asignación de los sujetos a los grupos. La asignación aleatoria de los pacientes a los grupos de tratamiento se lleva a cabo con la finalidad de reducir sesgos y errores sistemáticos y garantizar la homogeneidad de los grupos.

Dado que la asignación a los grupos fue posterior a la evaluación pre-tratamiento el evaluador fue ciego a la asignación a grupo del paciente. Como en todos los estudios de terapias psicológicas no fue posible realizar el cegamiento de los terapeutas que administraron la terapia psicológica (Hunot et al, 2008) pero sí de los pacientes que desconocían que se estuviera llevando a cabo grupos bajo otro tipo de perspectiva psicoterapéutica. Simplemente se les informaba al inicio de la terapia que el tratamiento estaría centrado en el desarrollo de habilidades emocionales para la gestión de la ansiedad en el caso de TIE o en técnicas de control de la ansiedad en el caso de TCC.

Terapeutas

La asignación de los terapeutas y co-terapeutas a los grupos ha atendido a criterios organizativos del centro, por lo que la asignación no ha sido sesgada a los propósitos de la investigación.

Inicio de la intervención

Los pacientes que optaron por la modalidad grupal de tratamiento y expresaron su conformidad en participar en grupos de terapia fueron asignados aleatoriamente a los grupos de tratamiento. El inicio de la intervención tuvo lugar en enero de 2007 y ha finalizado en julio de 2008. A lo largo de este año y siete meses se han llevado a cabo 12 grupos terapéuticos de 24 sesiones semanales de una hora y media. Los grupos terapéuticos se iniciaban en enero o en septiembre y todos estuvieron formados por un número semejante de pacientes entre 8 y 12.

La intervención se ha llevado a cabo por un terapeuta y un co-terapeuta en cada uno de los grupos de terapia. La fidelidad de los terapeutas al protocolo se ha controlado con la manualización de los tratamientos y con la supervisión de cada una de las sesiones por parte del equipo terapéutico. La investigadora principal, autora de este trabajo, ha participado como terapeuta o co-terapeuta, pero tanto el tratamiento TIE como el TCC han sido conducidos por diferentes psicoterapeutas entrenados con formación de post grado (máster o similar), siendo nueve en total los que han participado en la investigación. De esta forma se ha pretendido reducir los posibles **sesgos de lealtad** por parte de los investigadores.

En la primera sesión se informó a los pacientes de los objetivos del tratamiento, de la dinámica a seguir así como de las normas básicas del trabajo grupal en psicoterapia. También se les informó del propósito de la investigación y se les invitó a leer y firmar el consentimiento informado. Por otra parte, a fin de identificar las causas de **abandono** se pidió a los pacientes que informaran de los motivos en caso de tener que interrumpir el tratamiento. Desde el inicio de la intervención se registró diariamente las variables: asistencia, cumplimiento de tareas y abandonos.

Evaluación de proceso

Una vez iniciado el tratamiento, la evaluación del proceso se ha realizado principalmente a partir de las variables de la alianza terapéutica en la sesión 12 que marca el punto medio de la terapia. También, se realizó en este momento la evaluación de las variables de ansiedad porque se considera que constituyen un indicador válido para observar la evolución clínica de los pacientes. A través de los registros diarios se valoraba en distintos momentos del proceso terapéutico la adhesión al tratamiento de los pacientes asignados a ambos grupos.

Evaluación post-tratamiento

El tratamiento finaliza al completar las 24 sesiones de terapia, es decir, a los seis meses aproximadamente. Es este momento se evalúan los efectos de la intervención respecto a las variables dependientes mejoría clínica, personalidad, inteligencia emocional, satisfacción con la vida y alianza terapéutica de todos los pacientes que han finalizado el tratamiento. Los cuestionarios y test a los que se ha hecho referencia en el apartado de material se cumplimentaron en dos sesiones de evaluación. Además, se les invitó a responder a un cuestionario en el que pudieron indicar su grado de satisfacción con el tratamiento y exponer los aspectos en los que creen que éste ha incidido positivamente tanto a nivel de síntomas como a nivel personal. De este cuestionario sólo se hará referencia -en el apartado de resultados- al grado de satisfacción con el tratamiento por parte de los pacientes asignados a TIE o TCC.

En la evaluación post-tratamiento los evaluadores conocían el grupo de procedencia del paciente. Pero se ha considerado que no supone un sesgo en los resultados ya que las pruebas psicométricas fueron en su totalidad auto-administradas por los pacientes, lo que no permite margen para la manipulación de los datos por parte de los evaluadores.

Esta evaluación reviste especial interés en la investigación que presentamos porque permite validar el Tratamiento basado en Inteligencia Emocional (que se ha diseñado y manualizado) como una estrategia de intervención eficaz para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y como una alternativa al enfoque cognitivo-conductual.

Evaluación de seguimiento

A fin de observar el efecto de la intervención a corto plazo (e.g., Hunnot et al., 2008) o medio plazo (e.g., Abbass et al., 2007) se ha establecido una evaluación de seguimiento a los 3 meses de finalizar el tratamiento. Los pacientes fueron citados a una sesión grupal en la que se realizó la evaluación de las variables dependientes ansiedad, (evaluada con el STAI), e inteligencia emocional percibida (evaluada con el TMMS-24).

No se ha considerado oportuno evaluar en este punto la totalidad de las variables para evitar sesgos de respuesta, fruto del conocimiento de los test, y el desgaste de la muestra. Por tanto, el objetivo que se plantea con esta evaluación es observar si los cambios producidos con el tratamiento en algunas de las principales variables en estudio se muestran estables a corto plazo.

Cabe decir que somos conscientes de la necesidad de evaluar la estabilidad de los cambios y el impacto de los resultados a largo plazo. Por este motivo se ha previsto llevar a cabo la evaluación de todas las variables en el seguimiento a un año, aunque estos datos serán publicados en otro momento.

El periodo de seguimiento a 3 meses se ha realizado hasta noviembre de 2008, el seguimiento a un año está previsto que finalice en Julio de 2009.

Análisis de datos

Realizada la recogida de datos en las distintas fases de evaluación de la investigación se ha procedido a su análisis con el paquete estadístico SSPS 15.0. El análisis de los datos se lleva a cabo en dos fases:

- Estadística descriptiva

Se realizó el análisis descriptivo de la muestra a fin de comprobar la aleatorización y valorar si la distribución de los pacientes a los grupos de tratamiento era homogénea respecto a las características basales sociodemográficas y clínicas, Para las variables continuas se obtuvieron medias y desviaciones típicas, y para las variables categóricas se realizó el análisis de frecuencias. El contraste entre grupos se realizó utilizando la prueba Chi-cuadrado de Pearson con las variables categóricas y la T de Student para

muestras independientes en las variables continuas. Además, se obtuvo el coeficiente de Kolmogorov-Smirnov como indicador de normalidad de las puntuaciones de la muestra en las medidas de resultado. A partir de estos datos se pudo tomar decisiones sobre el tipo de pruebas más adecuadas para efectuar el análisis de los resultados.

- Estadística comparativa

Aunque al principio se contempló la posibilidad de realizar análisis estadísticos multivariantes de mayor complejidad y potencia estadística, se optó por la prueba T porque se consideró, que desde un punto de vista clínico, permitía una mejor y más clara interpretación de los resultados.

Los análisis de comparación de medias permiten vincular los resultados a las hipótesis planteadas, y como el análisis descriptivo de la muestra indicó que era adecuado el empleo de pruebas paramétricas se realizaron los siguientes pasos:

Primero se utilizó la T de Student para muestras relacionadas como estrategia para observar el efecto de la intervención intra-grupos y en aquellas variables en las que el coeficiente de normalidad fue significativo se empleó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Después, se realizó el contraste de medias con la T de Student para muestras independientes a fin de analizar las diferencias en los resultados obtenidos por los pacientes asignados a cada uno de los grupos de tratamiento (TIE y TCC) en las diferentes variables evaluadas. Del mismo modo se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para las variables en las que el coeficiente de Komogorov-Smirnov indicó que era lo adecuado.

Para estimar el impacto de la intervención sobre las medidas de resultado se calcularon las medias de cambio. Las medias de cambio permiten conocer la dimensión del cambio y valorar si éstos son clínicamente significativos. Para ello se realizó también el análisis de comparación de muestras independientes a fin de conocer en cual de los tratamientos la media de cambio se mostraba más significativa.

Como en estudios previos no se observaron diferencias significativas entre los pacientes con agorafobia y TAG en las características clínicas y de IE (Lizeretti, Castell, Farriols et al., 2008; Lizeretti, Farriols, Castell et al., 2008) el contraste de medias entre los grupos diagnósticos se realizó únicamente con el objetivo de saber si se daban diferencias en la respuesta al tratamiento. Del mismo modo que en los apartados anteriores se empleó la T de Student para muestras independientes como principal estrategia de análisis.

6.3. Aspectos éticos

Además de la aceptación de participar en el estudio expresada por los pacientes a través del documento de consentimiento informado, la presente investigación ha contado con la aprobación de la comisión ética del Consorci Sanitari del Maresme (Anexo 2).

Capítulo séptimo: Resultados.

Parte I: Grupos de tratamiento

7.1. Muestra

7.2. Evaluación basal

7.3. Evaluación del proceso terapéutico

7.4. Resultados intra-grupo de la intervención psicoterapéutica

7.5. Resultados entre grupos: TIE y TCC

7.6. Resultados entre grupos: Magnitud del cambio

7.7. Mejoría

7.8. Seguimiento

7.9. ¿Cuándo se producen los cambios?

7.10. Cumplimiento del tratamiento

7.10.1. Implicación en el tratamiento

7.10.2. Satisfacción con el cumplimiento

7.10.3. Abandonos

Parte II: Grupos diagnósticos

7.11. Evaluación basal

7.12. Eficacia de TIE: Comparación entre agorafobia y TAG

Parte III: Hipótesis descriptivas

Resumen: Resultados principales

Introducción

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en el trabajo de campo, que se han organizado en tres partes diferenciadas. En la primera, el objetivo que se plantea es comprobar la eficacia del tratamiento experimental TIE y comparar su eficacia con el grupo control de tratamiento (TCC). Primero se exponen las características sociodemográficas y los resultados de la evaluación basal en todas las variables clínicas, inteligencia emocional, satisfacción con la vida y alianza terapéutica. Después se analiza el efecto intra-grupo de la intervención sobre cada una de las variables en estudio, para finalmente comparar la eficacia entre los grupos de tratamiento. A fin de constatar los resultados obtenidos los datos se presentan de tres formas: comparación intra-grupos, comparación entre-grupos y comparación entre-grupos de las medias del cambio experimentado por los pacientes. En esta primera parte también se exponen los resultados respecto al cumplimiento, los abandonos y a la satisfacción de los pacientes con el tratamiento.

Como en estudios previos no se encontraron diferencias significativas en las características clínicas y de IE de los pacientes con agorafobia y TAG (Lizeretti, Farriols, Castell et al., 2008), en la segunda parte, el objetivo es conocer si el tratamiento TIE es igualmente eficaz para ambos trastornos. En vistas a este objetivo, primero se exponen las características basales de los grupos diagnósticos, y en segundo lugar se analiza el efecto de la intervención en uno y otro trastorno de ansiedad.

Aunque las hipótesis que nos planteamos al iniciar la investigación se responden con los resultados de la primera y la segunda parte, posteriormente, se contrastan algunas hipótesis descriptivas que han surgido a lo largo de la revisión bibliográfica. Para finalizar el capítulo se presenta un cuadro con el resumen de los resultados más relevantes hallados en esta investigación.

7. Resultados

Dada la cantidad y complejidad de los datos que se exponen en este capítulo, se ha introducido la exposición de cada apartado con el esquema correspondiente al análisis estadístico realizado, así como con el objetivo al que da respuesta. En la figura 8 se

presenta de forma gráfica el plan de análisis estadístico seguido para el tratamiento de los datos.

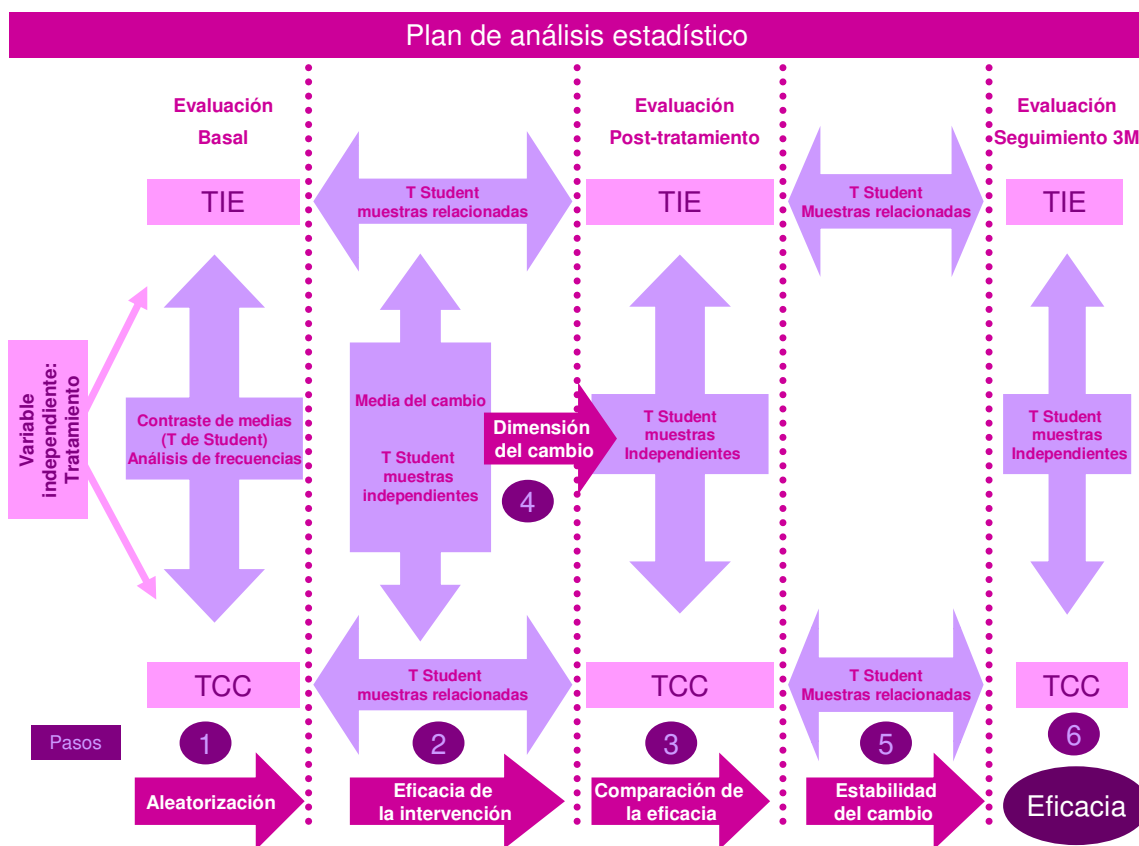


Figura 8. Esquema del plan de análisis estadístico.

Se halló el coeficiente de normalidad Kolmogorov-Smirnov para todas las variables continuas y en aquellas en las que indicó que era lo adecuado se aplicó la prueba no paramétrica correspondiente, U de Mann-Whitney (que se ha señalado en las tablas con un asterisco). Para las variables categóricas se hallaron los estadísticos de frecuencia y se realizó la prueba no paramétrica Chi-Cuadrado de Pearson. Los valores que presentan significación estadística se destacan en negrita en cada una de las tablas.

7.1. La muestra

Entre enero del 2006 y enero del 2008 se reclutaron y evaluaron 173 pacientes de los cuales 14 fueron excluidos del estudio por no cumplir los criterios de inclusión. Tras las sesiones de evaluación se ofreció a los pacientes la posibilidad de escoger entre tratamiento grupal semanal o seguimiento individual. Del total de los sujetos evaluados

27 pacientes escogieron la modalidad individual de tratamiento y 132 pacientes la modalidad grupal.

La muestra del estudio estuvo formada por 132 pacientes de los cuales el 45,5% (n=60) presentaban trastorno de agorafobia y el 54,5% (n=72) trastorno de ansiedad generalizada como principal diagnóstico en el Eje I.

Tras la asignación aleatoria a los grupos de tratamiento, 11 pacientes no pudieron asistir a los grupos que les fueron asignados por incompatibilidad horaria. De los pacientes que iniciaron el tratamiento, 47 lo abandonaron en diferentes momentos: 30 pacientes en la primera fase del tratamiento (entre las sesiones 1-8) y 17 lo abandonaron en la fase intermedia (entre las sesiones 9-16). En la evaluación de proceso realizada en la 12ª sesión la muestra estaba constituida por 85 pacientes de los que 75 completaron el tratamiento. Uno de los pacientes no pudo asistir a las sesiones de evaluación post-tratamiento por motivos personales. Al finalizar el tratamiento se evaluaron 74 pacientes que habían asistido al 80% o más de las sesiones y 73 acudieron a las sesiones de seguimiento a los 3 meses. La figura 9 muestra la asignación de pacientes y las pérdidas muestrales en las distintas fases del estudio.

La razón por la que los grupos de tratamiento estuvieron formados por un número desigual de sujetos es que se veló por que los 12 grupos terapéuticos que conformaron el estudio estuvieran constituidos por un número homogéneo de pacientes. La condición de tratamiento experimental TIE constaba de 3 grupos de agorafobia y 4 de TAG, y la condición control de tratamiento (TCC) de 2 grupos de agorafobia y 3 de TAG.

En el análisis descriptivo de la muestra se han incluido los datos de todos los sujetos que constituyen la muestra y en apartados posteriores se comparan los resultados de los que completaron el tratamiento respecto a los que no lo hicieron.

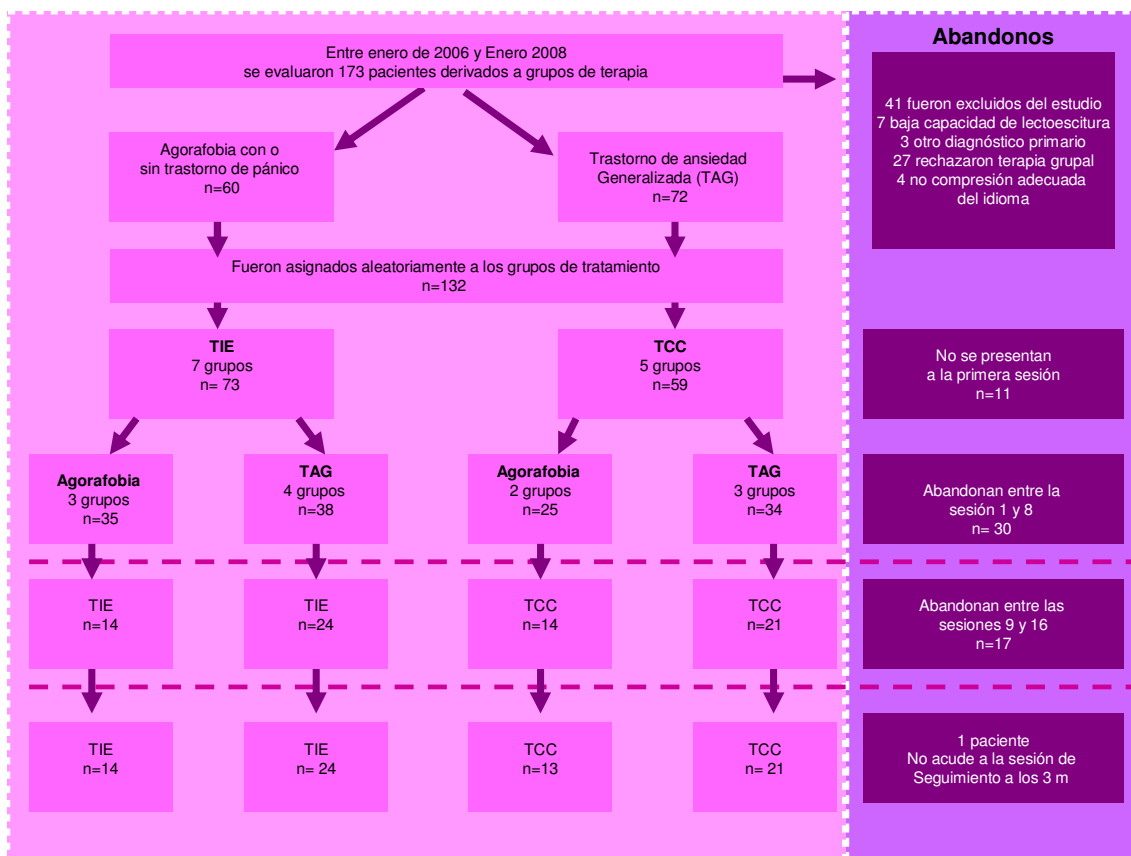


Figura 9. Pérdidas muestrales y configuración de la muestra

7.2. Evaluación basal

La descripción de las características basales de la muestra y las pruebas de homogeneidad entre los grupos permitió chequear el efecto de la aleatorización de los pacientes a los grupos.

Se evaluaron un número importante de variables sociodemográficas y otras que se consideraron significativas en el proceso terapéutico a fin de controlar el efecto de éstas sobre la intervención.

Las puntuaciones que se presentan como medidas de resultado derivan de las puntuaciones reales que los pacientes han obtenido en los tests (no se han realizado ajustes de ningún tipo en ninguna de las medidas de resultado).

7.2.1. Características sociodemográficas

En la tabla 6 puede apreciarse que no existen diferencias significativas entre los grupos de tratamiento respecto a ninguna de las variables sociodemográficas.

En conjunto, la muestra estuvo compuesta por un porcentaje mucho mayor de mujeres. La media de edad fue de 38,53 años y como el rango era muy amplio (19-65) se decidió categorizar esta variable. La mayoría de los sujetos en ambos grupos están casados o viven en pareja, tienen un nivel de estudios medio-bajo y no trabajan.

Tabla 6.
Evaluación basal de los grupos de tratamiento: Características sociodemográficas. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.

Características sociodemográficas	Muestra total	TIE	TCC	P
	n=132	n=73 (55,3)	n=59 (44,7)	
	n (%)	n (%)	n (%)	χ^2
Sexo				
Hombre	24 (18,2)	10 (13,7)	14 (23,7)	,137
Mujer	108 (81,8)	63 (86,3)	45 (73,3)	
Edad				
Media (DT)	38,53 (10,521)	38,07(10,978)	39,10 (9,991)	,577
Rango	19 - 65	19 - 65	20 - 62	
Categorizada				
0 a 30	32 (24,2)	20 (27,4)	12 (20,3)	,409
31 a 39	36 (27,3)	22 (30,1)	14 (23,7)	
40 a 49	44 (33,3)	20 (27,4)	24 (40,7)	
50 o más	20 (15,2)	11 (15,1)	9 (15,3)	
Estado civil				
Soltero	26 (19,7)	14 (19,2)	12 (20,3)	,633
Casado/en pareja/casado en 2º	86 (65,2)	48 (65,8)	38 (64,4)	
Separado o divorciado	15 (11,4)	7 (9,6)	8 (13,6)	
Viudo	5 (3,8)	4 (5,5)	1 (1,7)	
Nº de hijos				
Sin hijos	55 (42,3)	32 (45,1)	23 (39,0)	,357
1 hijo	24 (18,5)	13 (18,3)	11(18,6)	
2 hijos	40 (30,8)	18 (25,4)	22 (37,3)	
3 o más hijos	11 (8,5)	8 (11,3)	3 (5,1)	
Nivel de estudios				
Primarios	16 (12,1)	6 (8,2)	10 (16,9)	,457
Graduado o EGB	36 (27,3)	18 (24,7)	18 (30,5)	
ESO o FP	45 (34,1)	26 (35,6)	19 (32,2)	
COU o Bachillerato	12 (9,1)	8 (11,0)	4 (6,8)	
Diplomado	14 (10,6)	10 (13,7)	4 (6,8)	
Licenciado	9 (6,8)	5 (6,8)	4 (6,8)	
Situación laboral				
Activo	54 (40,9)	26 (35,6)	28 (47,5)	,210
Paro	20 (15,2)	9 (12,3)	11 (18,6)	
Baja	48 (36,4)	31 (42,5)	17 (28,8)	
No trabaja	10 (7,6)	7 (9,6)	3 (5,1)	

7.2.2. Variables significativas en el proceso psicoterapéutico

La distribución de los grupos de tratamiento también fue homogénea respecto a las variables consideradas de interés en el proceso psicoterapéutico, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en ninguna de ellas (ver tabla 7).

Tabla 7.
Evaluación basal de los grupos de tratamiento: Variables significativas en el proceso psicoterapéutico. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.

Variables significativas en el proceso psicoterapéutico	Muestra total	TIE	TCC	P
	N=132	n=73 (55,3)	n=59 (44,7)	
	n (%)	n (%)	n (%)	χ^2
Diagnóstico				
Agorafobia	60 (45,5)	35 (26,5)	25 (18,9)	,523
TAG	72 (54,5)	38 (28,9)	34 (25,7)	
Años de evolución trastorno				
Media (DT)	6,64 (5,425)	6,74 (5,213)	6,53 (5,710)	,822
Rango	1 - 28	1 - 22	1 - 28	
Crisis de pánico				
Si	104 (81,3)	57 (80,3)	47 (82,5)	,754
No	24 (18,8)	14 (19,7)	10 (17,5)	

Sensación corporal principal				n=104
Taquicardia	35 (34,0)	16 (32,0)	19 (35,8)	,358
Ahogo	33 (32,0)	20 (40,0)	13 (24,5)	
Temblores	14 (13,6)	5 (10,0)	9 (17,0)	
Inestabilidad	21 (20,4)	9 (18,0)	12 (22,6)	
Pensamiento principal				
Miedo a morir	39 (37,9)	22 (43,1)	17 (32,7)	,275
Falta de control	64 (62,1)	29 (56,9)	35 (67,3)	
Problema principal				
Matrimonial o familiar	35 (26,5)	22 (30,1)	13 (22,0)	,273
Confianza en sí mismo	34 (25,8)	20 (27,4)	14 (23,7)	
Soledad	12 (9,1)	9 (12,3)	3 (5,1)	
Trabajo estudios o empleo	6 (4,5)	3 (4,1)	3 (5,1)	
Cansancio o enfermedad física	10 (7,6)	5 (6,8)	5 (8,5)	
Problemas mentales	35 (26,5)	14 (19,2)	21 (35,6)	
Comorbilidad con otros trastorno psíquicos				
Otros trastornos de ansiedad	59 (47,7)	35 (47,9)	24 (40,7)	,738
Estado de ánimo	33 (25)	16 (21,9)	17 (28,8)	
Abuso sustancias	4 (3)	2 (2,7)	2 (3,4)	
Trastorno alimentario	7 (5,3)	5 (6,8)	2 (3,4)	
Fibromialgia	10 (7,6)	4 (5,5)	6 (10,2)	
Psicótico	1 (0,8)	1 (1,4)	0	
Ninguno	18 (13,6)	10 (13,7)	8 (13,6)	
Comorbilidad con trastorno orgánico				
No	103 (78,0)	57 (78,1)	46 (78,0)	,987
Si	29 (22,0)	16 (21,9)	13 (22,0)	
Estado civil padres				
Casados	92 (76,7)	50 (78,1)	42 (75,0)	,686
Separados o divorciados	28 (23,3)	14 (21,9)	14 (25,0)	
Pérdidas significativas				
Padre	30 (27,5)	20 (35,7)	10 (18,9)	,279
Madre	5 (4,6)	2 (3,6)	3 (5,7)	
Padre y madre	16 (14,7)	6 (10,7)	10 (18,9)	
Hermano	9 (8,3)	3 (5,4)	6 (11,3)	
Pareja	5 (4,6)	4 (7,1)	1 (1,9)	
Aborto	5 (4,6)	2 (3,6)	3 (5,7)	
Otras	39 (35,8)	19 (33,9)	20 (37,7)	
Relación familiar conflictiva				
Padre	17 (13,8)	9 (13,6)	8 (14,0)	,888
Madre	26 (21,1)	15 (22,7)	11 (19,3)	
Padre y madre	18 (14,6)	11 (16,7)	7 (12,3)	
Pareja	32 (26,0)	16 (24,2)	16 (28,1)	
Hijos	11 (8,9)	7 (10,6)	4 (7,0)	
Hermanos	16 (13,0)	7 (10,6)	9 (15,8)	
No destacable	3 (2,4)	1 (1,5)	2 (3,5)	
Abusos				
Abuso sexual	6 (5,9)	3 (5,4)	3 (6,5)	,924
Maltrato	48 (47,1)	28 (50,0)	20 (43,5)	
Abuso sexual y maltrato	14 (13,7)	7 (12,5)	7 (15,2)	
No	34 (33,3)	18 (32,1)	16 (34,8)	
Dirección de intereses				
EXTERNO	79 (63,2)	46 (66,7)	33 (58,9)	,372
INTERNO	46 (36,8)	23 (33,3)	23 (41,1)	

Entre los sujetos que se incluyen en el estudio se observa que la prevalencia fue ligeramente mayor para el diagnóstico TAG (54,5%) que para el diagnóstico de agorafobia (45,5%).

En los años de evolución del trastorno tanto el rango, que era muy amplio, como la media aritmética indican el carácter crónico de los trastornos en estudio.

La rotunda mayoría de los pacientes de la muestra experimentaba crisis de pánico con cierta frecuencia. De los síntomas psicofisiológicos y cognitivos que acompañan a las crisis de pánico se aislaron en la entrevista diagnóstica (SCID-I) aquellos que los pacientes identificaron como el que les producía mayor temor o preocupación. Ningún paciente identificó como síntoma principal cualquiera de los otros que se recogen en el DSM-IV-TR (APA, 2003). La taquicardia, el ahogo y el miedo a perder el control fueron los síntomas más presentes durante las crisis de pánico entre los sujetos de la muestra.

El "problema principal" hace referencia a la causa que los pacientes atribuyen su malestar; esta variable fue evaluada a partir del inventario de personalidad de Millon (MCMI-II). Se observa que una proporción mayor de los pacientes del grupo TIE atribuyen su malestar a problemas familiares y en el grupo TCC a los síntomas que les provoca el trastorno que padecen, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

La comorbilidad con trastornos orgánicos sólo se dio en una quinta parte de los pacientes, en cambio, la comorbilidad con otros trastornos psíquicos fue muy elevada, alcanzando casi al 90% de los pacientes. La categoría "otros trastornos de ansiedad" fue la que aparecía con más frecuencia, seguida de los "trastornos del estado de ánimo" en ambos grupos. Sólo un paciente del grupo TIE presentaba comorbilidad con un trastorno psicótico. Este paciente llevaba un largo periodo de tiempo estable respecto a los síntomas psicóticos, y realizó la demanda de tratamiento psicológico por clínica agorafóbica. Pero fue uno de los pacientes que abandonaron el tratamiento entre la evaluación basal y el inicio de la intervención.

El estado civil de los padres se tomó como indicador de la situación familiar. Este dato fue registrado a partir del genograma familiar realizado en la primera entrevista de

evaluación. También durante esta entrevista se preguntó cual era la pérdida más significativa que habían sufrido y la del padre fue la más frecuente. En la categoría "otras" pérdidas se incluían las de familiares de segundo orden y amigos.

Para la mayoría de pacientes los conflictos familiares se daban con la pareja y después con la madre.

Es importante destacar el elevado porcentaje de pacientes que habían sufrido maltrato en algún momento de su vida y, aunque no es tan elevado, también es destacable la frecuencia de abusos sexuales.

En líneas generales, se observa que la mayoría de los pacientes presentan una evolución crónica del trastorno, crisis de pánico en las que temen perder el control y comorbilidad con algún otro trastorno de ansiedad, pero no con trastornos orgánicos. Además, declararon mantener relaciones conflictivas con algún miembro de la familia, especialmente con la pareja o con la madre y haber recibido algún tipo de abuso sexual o maltrato. Por otra parte, la orientación de intereses para la mayor parte de los sujetos de la muestra es externa.

La distribución de los grupos de tratamiento en la evaluación basal respecto a las características clínicas y de inteligencia emocional se presenta ordenada, a fin de facilitar la exposición, del siguiente modo: variables clínicas Eje I, variables clínicas Eje II, satisfacción vital e inteligencia emocional.

7.2.3. Características clínicas: Eje I

El estado clínico de los pacientes se evaluó a través de tres instrumentos de medida: STAI, SCL-90-R y las subescalas clínicas del MCMI-II. Para los pacientes con agorafobia, además se presentan las medias de las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Agorafobia.

Como puede apreciarse en la tabla 8 en la evaluación basal los grupos de tratamiento eran homogéneos respecto a las puntuaciones en todas las variables clínicas Eje I y aunque se observan algunas diferencias, éstas no fueron estadísticamente significativas para ninguna de ellas.

En el **STAI** las puntuaciones de la muestra en ansiedad estado y ansiedad rasgo se sitúan por encima del percentil 85, lo que indica que los pacientes al inicio del tratamiento presentaban niveles muy elevados de ansiedad clínica.

Tabla 8.

Evaluación basal de los grupos tratamiento: Variables clínicas Eje I. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.

Características clínicas EJE I	Muestra total n=132		TIE n=73 (55,3)		TCC N=59 (47,7)		T¹
STAI	Media	DT	Media	DT	Media	DT	P
Rango de las puntuaciones (0-60)							
Ansiedad estado	36,44	11,819	35,79	11,787	37,23	11,915	,502
Ansiedad rasgo	37,88	10,400	39,28	10,049	36,18	10,653	,099
Inventario de Agorafobia							
	n=55		n=32		n=23		
Escala Global	311,85	91,346	306,84	94,755	318,83	87,989	,636
Escala Global "solo"	233,87	69,433	233,22	72,145	234,78	67,065	,935
Respuestas motoras	95,22	38,354	95,31	37,079	95,09	40,909	,983
Respuestas psicofisiológicas	101,29	32,832	99,37	33,481	103,96	32,459	,614
Respuestas cognitivas	37,36	16,306	38,53	18,818	35,74	12,204	,536
SCL-90-R							
Rango de las puntuaciones (0-4)							
PST AMPLITUD SINTOMATOLOGÍA	56,66	23,030	57,97	2,556	55,05	3,211	,472
GSI INTENSIDAD DEL SUFRIMIENTO	1,67	,799	1,72	,098	1,61	,108	,461
PSDI INTENSIDAD SINTOMÁTICA MEDIA	2,34	,594	2,37	,073	2,31	,080	,586
SOMATIZACIÓN	1,79	1,036	1,75	,127	1,83	,139	,679
OBSESIÓN – COMPULSIÓN	1,96	,950	1,96	,120	1,97	,124	,967
SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	1,48	,953	1,54	,117	1,40	,128	,410
DEPRESIÓN	2,07	1,004	2,13	,114	1,99	,147	,452
ANSIEDAD	1,90	1,001	1,96	,120	1,83	,139	,453
HOSTILIDAD	1,14	,950	1,23	,951	1,04	,95	,226*
	Rango Promedio			57,24 - 65,00			
ANSIEDAD FOBICA	1,78	1,186	1,81	,145	1,73	,161	,730
IDEACIÓN PARANOIDE	1,38	,944	1,48	,962	1,24	,913	,173*
	Rango Promedio			56,69 - 65,45			
PSICOTICISMO	,99	,783	1,03	,801	,92	,763	,394*
	Rango Promedio			58,49 - 63,97			
MCMII-II (Síndromes clínicos)							
Rango de las puntuaciones (0-125)							
ANSIEDAD	83,37	24,628	74,01	26,469	82,91	25,857	,853
HISTERIFORME	82,50	25,034	83,74	23,807	81,22	28,133	,617
HIPOMANÍA	56,89	31,325	83,51	22,477	51,70	32,530	,105
NEUROSIS DEPRESIVA	74,23	22,218	60,94	29,961	72,93	23,012	,568
ABUSO ALCOHOL	60,82	28,803	75,25	21,691	58,24	29,955	,382
ABUSO DROGAS	52,04	29,289	62,84	27,922	47,26	31,388	,110
PENSAMIENTO PSICÓTICO	65,85	27,859	55,78	27,181	62,74	31,062	,276
DEPRESIÓN MAYOR	67,74	28,015	68,28	25,036	64,70	28,973	,290
DELIRIOS PSICÓTICOS	69,82	26,545	70,12	27,218	67,65	30,634	,424

Nota : ¹T de Student ; * U de Mann-Whitney.

En el **Inventario de Agorafobia** los pacientes de ambos grupos presentan puntuaciones por encima de los puntos de corte en la Escala Global (263), en la Escala Global "solo" (176), en Respuestas psicofisiológica (61) y en Respuestas cognitivas (30). En Respuestas motoras las puntuaciones de ambos grupos se sitúan justo en el punto de corte (96). El 81% de los pacientes con agorafobia presentaban puntuaciones por encima del punto de corte que establecen los autores del instrumento para este diagnóstico (176 en Escala Global "solo").

En la **SCL-90-R** destacan las puntuaciones en las subescalas depresión, obsesión-compulsión y ansiedad en este orden, y en el índice PSDI que indica la intensidad sintomática media. Con esta escala se considera muestra psiquiátrica aquella que obtiene una puntuación GSI mayor o igual al percentil 90. Como la media de las puntuaciones de la muestra estaba por encima, se usaron los baremos para población psiquiátrica. Empleando estos baremos la media de las puntuaciones en las escalas del SCL-90-R oscilaron entre los percentiles 60-75, destacándose las puntuaciones en ansiedad fóbica que se sitúa en el percentil 85. En el Índice de Gravedad Global (GSI) las puntuaciones de ambos grupos estaban por encima del percentil 70, lo que indica que en general los pacientes de la muestra presentan síntomas con un nivel alto de gravedad.

Las medias de las puntuaciones de los síndromes clínicos del **MCMI-II** (tabla 3) corresponden a las puntuaciones Tasa Base que suponen distribuciones normalizadas y frecuencias comparables a los datos de prevalencia del trastorno (Millon, 2004). Las puntuaciones TB >74 indican la presencia destacada de un síndrome clínico. En el conjunto de la muestra destacan las puntuaciones en las subescalas ansiedad e histeriforme y en el grupo TIE además la subescala hipomanía..

7.2.4. Características de personalidad: Eje II

La presencia de trastornos de personalidad se evaluó con el Inventario Multiaxial Clínico de Millon II (**MCMI-II**). Como puede apreciarse en la tabla 9 la distribución de la muestra no fue homogénea respecto a las puntuaciones en los trastornos de personalidad Antisocial, Agresivo-sádica y Autodestructiva, los pacientes del grupo TIE presentaban puntuaciones Tasa Base significativamente más elevadas. En el resto de escalas no se encontraron diferencias significativas.

Tabla 9.

Evaluación basal de los grupos tratamiento: Variables clínicas Eje II. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.

Características clínicas EJE II	Muestra total n=132		TIE n=73 (55,3)		TCC n=59 (47,7)		T Student
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	P
ESQUIZOIDE	76,87	25,442	77,90	23,590	75,56	27,800	,614
FÓBICA	62,83	26,295	65,20	24,107	59,80	28,797	,259
DEPENDIENTE	81,12	29,007	82,70	27,480	79,11	30,993	,499
HISTRIÓNICA	52,24	32,451	56,72	32,386	46,52	31,918	,083
NARCISISTA	56,78	30,209	59,58	29,721	53,20	30,726	,247
ANTISOCIAL	54,61	32,840	63,33	29,465	43,46	33,808	,001
AGRESIVO-SÁDICA	57,87	32,118	64,09	28,222	49,93	35,186	,015
COMPULSIVO	85,27	29,761	86,58	26,707	83,59	33,445	,903*
Rango promedio				62,44 - 61,65			
PASIVO-AGRESIVO	56,59	27,097	61,00	24,677	50,96	29,177	,041
AUTODESTRUCTIVA	63,50	28,283	65,87	27,963	60,48	28,662	,296
ESQUIZOTÍPICA	68,55	25,714	68,55	24,058	68,56	27,917	,999
LÍMITE	62,64	25,780	66,04	24,858	58,30	26,510	,098
PARANOIDE	70,38	28,736	74,01	26,469	65,74	31,035	,113

Nota: * U de Mann-Whitney

Las puntuaciones más elevadas fueron para los trastornos de personalidad (TP) Compulsivo, Dependiente y Esquizoide. Además, si se tiene en cuenta que las puntuaciones TB por encima de 75 indican la presencia de trastorno de personalidad, se observa que sólo éstos tres mostraban significación clínica. En la figura 12 puede verse la frecuencia con la que aparecieron cada uno de ellos. El 61% de la muestra presentaba trastorno de personalidad Compulsivo, el 50,4% Dependiente y el 43,1% Esquizoide.

En la evaluación basal el porcentaje de pacientes sin trastorno de personalidad fue sólo del 10,6% (n=14), en el grupo TIE el 11,0% (n=8) y en el grupo TCC el 10,2% (n=6). Presentando criterios para el diagnóstico de algún trastorno de personalidad -evaluados con este instrumento- el 89,4% de la muestra. En la evaluación basal la media de trastornos en los que los pacientes puntuaban por encima de 85 fue 3,81 (2,672) y la diferencia entre los grupos de tratamiento no fue significativa $p=,138$.

7.2.5. Satisfacción vital

En Satisfacción General con la Vida no existen diferencias significativas entre los grupos de tratamiento (véase tabla 10). La mayor parte de los pacientes no se sentían

satisfechos con su vida, ninguno la valoró como placentera y sólo uno (del grupo control) declaró sentirse feliz.

Tabla 10.
Evaluación basal de los grupos tratamiento: Satisfacción vital. Frecuencias y niveles de significación.

Satisfacción General con la Vida	Muestra total n=123	TIE n=73 (55,3)	TCC n=59 (47,7)	χ^2
QOL	n (%)	n (%)	n (%)	p
Terrible	8 (6,2)	4 (5,6)	4 (6,9)	,708
Infeliz	42 (32,3)	26 (36,1)	16 (27,6)	
Más bien insatisfecho	29 (22,3)	16 (22,2)	13 (22,4)	
Medio	30 (23,1)	17 (23,6)	13 (22,4)	
Más bien satisfecho	20 (15,4)	9 (12,5)	11 (19)	
Feliz	1 (0,8)	0	1 (1,7)	
Placentero	0	0	0	

7.2.6. Inteligencia emocional

Para evaluar la IEP se utilizó el TMMS-24 y el MSCEIT para las habilidades IE. En las variables de inteligencia emocional tampoco se apreciaron diferencias significativas en la evaluación basal entre los grupos de tratamiento (véase tabla 11).

Tabla 11.
Evaluación basal de los grupos tratamiento: Inteligencia Emocional. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.

Inteligencia Emocional	Muestra total n=132		TIE n=73 (55,3)		TCC n=59 (47,7)		T Student
TMMS-24	Media	DT	Media	DT	Media	DT	P
ATENCIÓN	27,92	6,461	28,67	6,913	27,00	6,913	,140
CLARIDAD	24,17	6,447	23,51	6,470	24,98	6,377	,192
REPARACIÓN	22,48	6,225	21,93	6,219	23,15	6,220	,264
MSCEIT							
IDENTIFICACIÓN EMOCIONAL	,494	,1059	,505	,095	,482	,117	,246
FACILITACIÓN EMOCIONAL	,432	,0862	,437	,084	,426	,088	,474
COMPRENSIÓN EMOCIONAL	,418	,0820	,426	,072	,409	,092	,247
REGULACIÓN EMOCIONAL	,367	,0799	,375	,073	,358	,087	,236
RAMA EXPERIENCIAL	,463	,0833	,471	,077	,454	,090	,266
RAMA RAZONAMIENTO	,392	,0692	,400	,063	,383	,075	,174
INTELIGENCIA EMOCIONAL TOTAL	,428	,0662	,436	,059	,419	,073	,158

En el **TMMS-24** las puntuaciones en atención son adecuadas pero en claridad y especialmente en reparación presentan valores bajos. Por otra parte, se observa un patrón decreciente de las puntuaciones en las habilidades de inteligencia emocional evaluada con el **MSCEIT**.

7.3. Evaluación del proceso terapéutico

El objetivo de este apartado es conocer la eficacia de cada uno de los tratamientos y la eficacia diferencial entre ellos en el proceso psicoterapéutico. En la figura 10 se presenta el esquema correspondiente a los análisis realizados en este apartado.

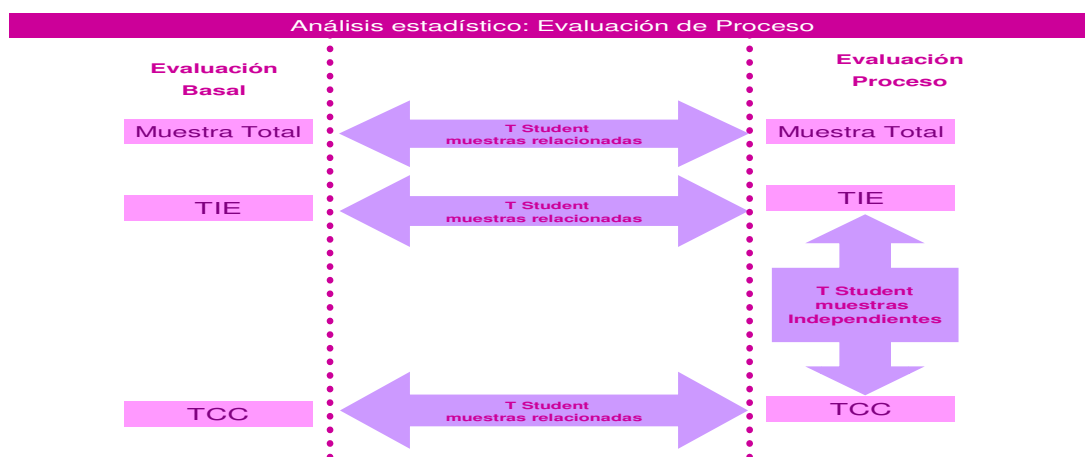


Figura 10. Análisis realizados para conocer la eficacia de la intervención y las diferencias entre los grupos en la evaluación de proceso.

El proceso terapéutico se evaluó tras la sesión 12, que marca el ecuador de la intervención, mediante la alianza terapéutica y el nivel de ansiedad como variable clínica. Ambas se consideraron importantes indicadores del curso de la terapia. La alianza terapéutica indicó el grado de aceptación del tratamiento por parte de los pacientes y las puntuaciones en ansiedad proporcionaron información acerca de la eficacia de la intervención en las primeras fases del tratamiento.

7.3.1. Alianza Terapéutica

No se apreciaron diferencias significativas en las puntuaciones en alianza y vínculo terapéutico entre los grupos de tratamiento (ver tabla 12). Las puntuaciones en la escala total del WATOCI pueden oscilar entre (-15) y (+87), y en vínculo terapéutico entre 4 y 28, lo que indica que tanto el conjunto de la alianza como el vínculo terapéutico presentaban puntuaciones elevadas.

Tabla 12.
Evaluación de proceso. Diferencias entre grupos: WATOICI y STAI.

STAI	Muestra Total n=85		TIE n=45		TCC n=40		T Student
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	P
Ansiedad Estado	30,57	12,753	30,49	11,795	30,68	13,990	,946
Ansiedad Rasgo	32,69	11,527	33,78	11,511	31,35	11,550	,326
WATOICI	Media	DT	Media	DT	Media	DT	P
Alianza Terapéutica	66,46	11,847	67,93	12,630	67,05	11,029	,944*
Rango promedio				43,20 - 42,82			
Vínculo Terapéutico	23,79	3,125	23,51	3,125	24,10	3,053	,390*
Rango promedio				45,43 - 40,84			

Nota: * U de Mann-Whitney

7.3.2. Variables Clínicas: Eje I

Tampoco se dieron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento en las puntuaciones del **STAI** (ver tabla 12). Sin embargo, en la tabla 13, se observa como las diferencias intra-grupo fueron significativas respecto a la evaluación basal. También se observa que la media de las puntuaciones en ansiedad estado descendió del percentil 85 al 75. En ansiedad rasgo las puntuaciones de los pacientes del grupo TIE pasaron del percentil 90 al 77 y las del grupo TCC del 85 al 75. Estos datos indican que en la doceava sesión los pacientes ya habían experimentado una ligera mejoría en los síntomas de ansiedad.

Tabla 13.
Evaluación de proceso. Diferencias intra-grupo: STAI

MUESTRA TOTAL	PRE-TRATAMIENTO n=132		PROCESO n=89		T Student
	Media	DT	Media	DT	P
STAI					
Ansiedad Estado	37,04	11,624	30,57	12,753	,000
Ansiedad Rasgo	39,01	10,018	32,69	11,527	,000
TIE	PRE-TRATAMIENTO n=68		PROCESO n=40		
	Media	DT	Media	DT	P
STAI					
Ansiedad Estado	37,18	11,777	30,49	11,795	,000
Ansiedad Rasgo	40,90	9,361	33,78	11,511	,000
TCC	PRE-TRATAMIENTO n=56		PROCESO n=49		
	Media	DT	Media	DT	P
STAI					
Ansiedad Estado	36,88	11,581	30,68	13,990	,003
Ansiedad Rasgo	36,70	10,422	31,35	11,550	,000

7.4. Resultados intra-grupo de la intervención psicoterapéutica

El objetivo en este apartado ha sido conocer la eficacia intra-grupo de cada uno de los grupos TIE y TCC al finalizar la intervención. En la figura 11 se presenta el esquema correspondiente a los análisis realizados.

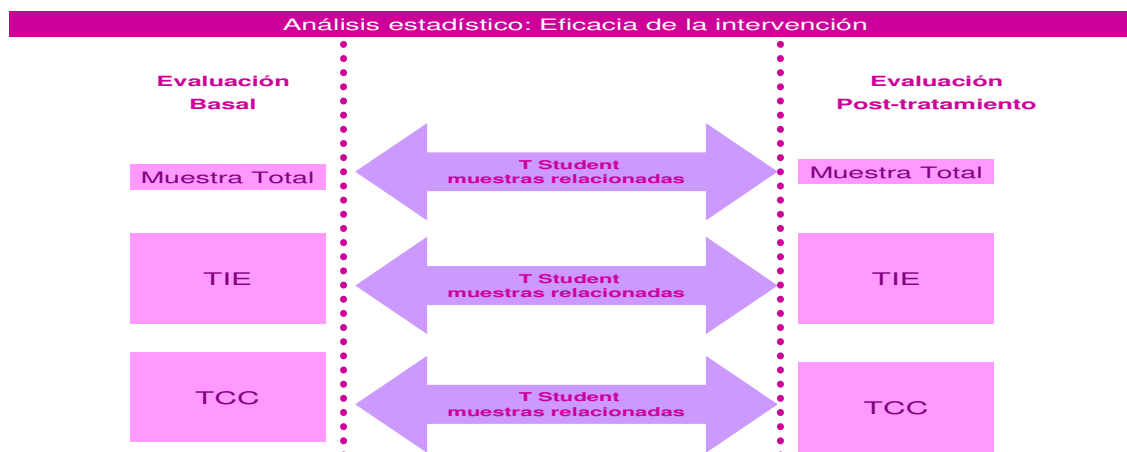


Figura 11. Análisis realizados para conocer la eficacia intra-grupo de TIE y TCC.

Al finalizar la intervención, tras 24 sesiones de tratamiento se evaluaron todas las variables clínicas (Eje I y Eje II), la satisfacción con la vida, la inteligencia emocional, la alianza terapéutica y la situación laboral. Antes de comenzar la exposición de los resultados obtenidos por cada uno de los grupos de tratamiento, se presentan los principales resultados para el conjunto de la muestra.

Muestra total

En el total de la muestra, las únicas variables que no presentaron significación estadística tras la intervención fueron Psicoticismo ($p=,116$), atención ($p=,373$) y claridad ($p=,506$).

Del 81,1% ($n=45$) de los pacientes con agorafobia que puntuaban por encima del punto de corte (176) en el **Inventario de Agorafobia** en la evaluación basal, sólo el 22,2% ($n= 6$) obtienen puntuaciones superiores al finalizar el tratamiento.

Por otra parte, se da un descenso considerable en la frecuencia con la que aparecen los diferentes trastornos de personalidad (ver figura 12). En la evaluación basal el porcentaje de pacientes que no presentaba ningún trastorno de personalidad fue sólo del 10,6% y en el post tratamiento fue del 27%.

A continuación, se presentan los resultados de la eficacia intra-grupo del tratamiento experimental (**TIE**) y del tratamiento control (**TCC**) sobre todas las variables en estudio.

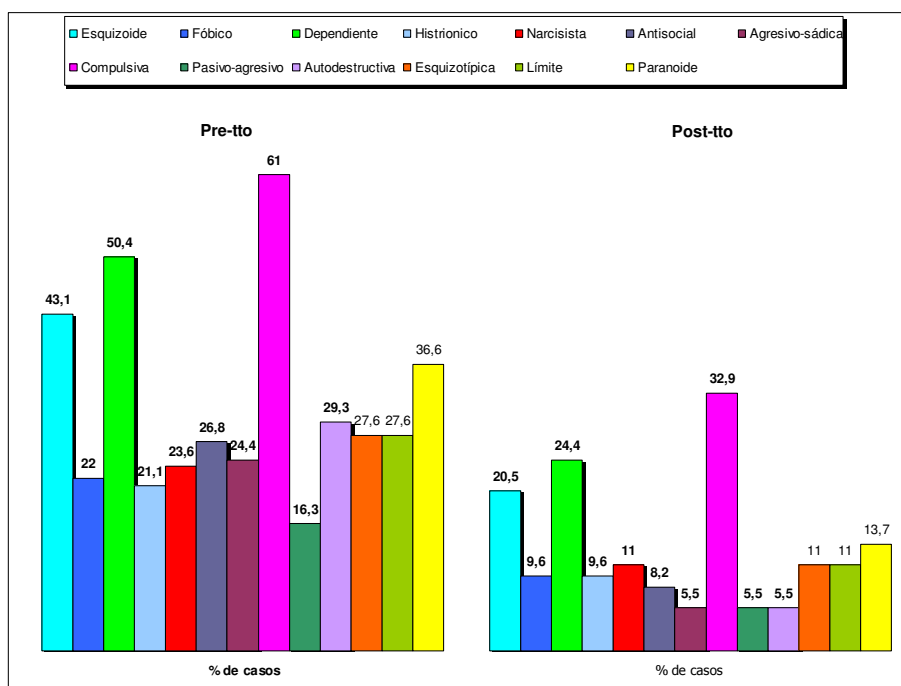


Figura 12. Frecuencia de los trastornos de personalidad en la muestra total: evaluación basal y post tratamiento.

7.4.1. Variables clínicas: Eje I

En la tabla 14 puede apreciarse como en la evaluación post tratamiento la media de las puntuaciones en todas las variables clínicas ha disminuido respecto a la evaluación basal para ambos grupos, excepto en las subescalas somatización, hostilidad y psicoticismo que las puntuaciones en el grupo TCC aumentan ligeramente.

En el **TIE** las puntuaciones en todas las variables clínicas disminuyen significativamente respecto a la evaluación basal.

En el grupo control (**TCC**) las puntuaciones en el post tratamiento disminuyen significativamente en las variables ansiedad, agorafobia y síndromes clínicos (MCMII-II), pero en las subescalas del SCL-90-R sólo se observa un impacto significativo de la intervención en las puntuaciones del índice PST, que indica la amplitud sintomática media.

Tabla 14.
Comparación intra-grupo: Variables clínicas Eje I. Descriptivos y niveles de significación.

Variables Clínicas EJE I	TIE					TCC				
	PRE-TTO n=39		POST-TTO n=39		p	PRE-TTO n=56		POST-TTO n=35		T ¹
	M	DT	M	DT		M	DT	M	DT	
STAI										
Ansiedad Estado	37,31	11,150	23,28	9,931	,000	36,69	11,342	25,11	9,743	,000
Ansiedad Rasgo	41,56	8,976	23,49	9,752	,000	36,94	10,032	28,86	19,752	,000
Inventario de Agorafobia	n=14		n=14			n=13		n=13		
Escala Global	345,07	105,95	167,64	73,103	,000	295,23	90,955	164,00	72,475	,000
Escala Global "solo"	261,35	78,647	127,78	56,559	,000	222,07	73,387	128,54	58,488	,000
Respuestas motoras	110,07	37,080	50,14	23,799	,000	92,38	37,730	51,07	26,927	,001
Respuestas Psicofis.	105,64	33,181	55,35	24,540	,000	94,84	33,802	58,53	33,230	,000
Respuestas Cog.	45,64	19,241	22,28	14,725	,000	34,84	14,229	18,92	9,673	,000
SCL-90-R	n=39		n=39			n=35		n=35		
PST	63,68	15,978	40,32	30,576	,000	57,56	20,705	47,79	30,515	,035
GSI	1,82	,792	1,23	,765	,000	1,53	,756	1,35	,717	,146
PSDI	2,45	,572	1,97	,623	,000	2,24	,590	2,05	,572	,067
Somatización	1,93	1,040	1,23	,783	,000	1,69	1,016	1,71	,986	,932
Obsesión-Compul.	2,14	1,016	1,60	1,015	,000	2,01	,754	1,74	,922	,052
Sensibilidad Interp.	1,64	,985	1,26	,905	,007	1,36	,964	1,32	,795	,753
Depresión	2,27	,913	1,62	1,093	,000	1,88	1,033	1,75	,990	,447
Ansiedad	2,01	,943	1,47	,953	,000	1,73	1,018	1,58	,963	,316
Hostilidad	1,39	1,049	,92	,840	,000	,96	,848	1,02	1,008	,734
Ansiedad Fóbica	1,84	1,149	1,10	,939	,000	1,56	1,192	1,28	1,104	,083
Ideación Paranoide	1,47	,989	1,04	,773	,001	1,23	,844	1,19	,718	,715
Psicoticismo	1,13	,841	,87	,707	,013	,80	,729	,84	,628	,739
MCMII-II (Síndromes clínicos)	n=39		n=39			n=34		n=34		
Ansiedad	89,77	16,981	59,95	18,794	,000	83,74	25,751	66,65	28,360	,000
Histeriforme	86,51	18,801	54,03	19,562	,000	79,15	27,957	67,18	31,704	,000
Hipomanía	63,49	32,215	44,33	28,266	,000	49,97	33,273	41,56	28,274	,007
Neurosis Depresiva	78,41	19,825	55,18	20,480	,000	73,44	27,369	55,38	26,798	,000
Abuso Alcohol	61,03	26,993	45,95	21,438	,000	52,21	27,907	45,15	25,993	,019
Abuso Drogas	56,28	29,632	42,46	26,151	,000	43,21	29,630	33,41	25,184	,002
Pensamiento Psic.	72,56	23,351	50,08	24,678	,000	63,26	29,478	51,53	29,572	,004
Depresión Mayor	75,56	23,588	45,82	23,997	,000	65,03	30,024	51,53	31,526	,000
Delirios Psicóticos	71,58	22,271	47,56	18,971	,000	70,74	26,513	57,91	26,521	,000

Nota : ¹T de Student

7.4.2. Variables de personalidad: Eje II

Tras la intervención la media de las puntuaciones en todos los trastornos de personalidad es más baja. En **TIE** la diferencia respecto a la evaluación basal es significativa para todas las escalas. También lo son para el grupo **TCC**, excepto en Narcisista e Histriónica, en las que se observa un ligero aumento de las puntuaciones (ver tabla 15).

Tabla 15.
Comparación intra-grupos: Variables clínicas Eje II. Descriptivos y niveles de significación.

MCMII-II	TIE					TCC				
	PRE-TTO n=39		POST-TTO n=39		p	PRE-TTO n=34		POST-TTO n=34		T
	M	DT	M	DT		M	DT	M	DT	
ESQUIZOIDE	81,15	25,745	55,46	23,592	,000	81,18	21,973	65,50	28,347	,000
FÓBICA	72,51	22,815	44,51	24,329	,000	62,76	24,526	51,09	25,225	,000
DEPENDIENTE	94,13	17,809	56,28	24,467	,000	83,38	27,702	69,15	28,418	,000
HISTRIÓNICA	61,46	32,884	46,31	24,896	,000	44,21	31,071	45,50	28,832	,727
NARCISISTA	62,41	30,780	44,44	24,200	,000	55,56	30,314	50,68	28,996	,204
ANTISOCIAL	65,23	30,932	45,72	27,837	,000	43,46	33,808	37,76	27,913	,067
AGRESIVO-SÁDICA	66,26	29,394	40,85	22,757	,000	55,68	34,603	44,24	33,372	,001
COMPULSIVO	92,44	21,051	64,82	22,189	,000	92,15	30,244	78,09	29,941	,000
PASIVO-AGRESIVO	65,51	26,416	48,31	25,214	,000	52,00	29,269	35,91	25,725	,000
AUTODESTRUCTIVA	70,79	30,297	48,67	23,605	,000	59,29	26,147	41,88	25,029	,000
ESQUIZOTÍPICA	69,62	25,733	47,18	22,438	,000	71,03	26,127	58,06	26,888	,000
LÍMITE	68,85	26,387	51,90	24,328	,000	57,35	25,224	46,50	22,909	,000
PARANOIDE	74,56	27,881	51,79	21,943	,000	71,15	30,221	59,06	30,534	,000

En el post tratamiento el porcentaje de pacientes que no presentaba criterios para ningún trastorno de personalidad, tras la intervención, fue del 38,5% en el TIE y del 14,3% en el TCC, cuando en la evaluación basal los valores fueron respectivamente 11,0% y 10,2%. En la figura 13 puede verse el porcentaje de casos que presentan cada uno de los trastornos de personalidad al finalizar el tratamiento y se observa que la presencia del trastorno pasivo agresivo en el grupo TIE desaparece.

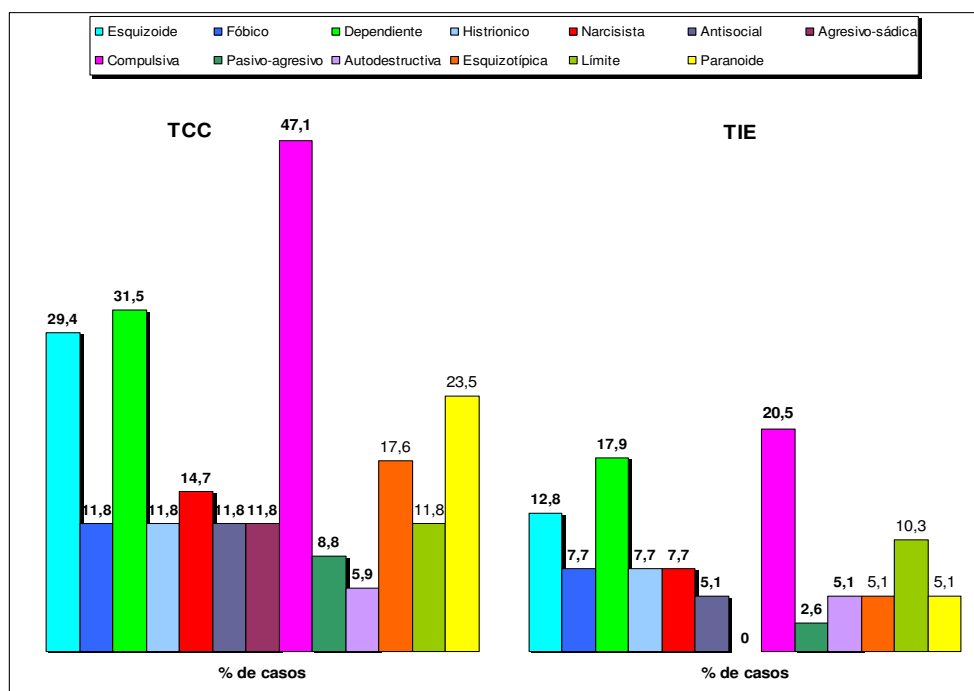


Figura 13. Post tratamiento: Frecuencia de los trastornos de personalidad en los grupos TCC y TIE.

7.4.3. Satisfacción vital

Tabla 16.

Comparación intra-grupos: Satisfacción vital. Descriptivos y niveles de significación.

QOL	TIE			TCC		χ^2
	PRE-TTO n=39	POST-TTO n=39	P	PRE-TTO n=34	POST-TTO n=34	
Terrible	4 (5,6)	0		4 (6,9)	0	
Infeliz	26 (36,1)	0		16 (27,6)	0	
Más bien insatisfecho	16 (22,2)	0		13 (22,4)	4 (11,8)	
Medio	17 (23,6)	4 (10,3)	,000	13 (22,4)	10 (29,4)	,000
Más bien satisfecho	9 (12,5)	22 (56,4)		11 (19)	12 (35,3)	
Feliz	0	9 (23,,1)		1 (1,7)	7 (20,6)	
Placentero	0	4 (10,3)		0	1 (2,9)	

El nivel de satisfacción general con la vida aumentó significativamente con ambos tratamientos tal y como muestran los valores de contraste de la tabla 16. Al finalizar el tratamiento un porcentaje elevado de pacientes del grupo **TIE** se sentían más bien satisfechos con su vida. En el grupo **TCC**, aunque se observó un aumento importante en el nivel de satisfacción, al finalizar el tratamiento todavía había un pequeño número de pacientes que se sentían insatisfechos. En ambos grupos el porcentaje más elevado fue para los que se sentían más bien satisfechos con su vida.

7.4.4. Inteligencia Emocional

Al inicio del tratamiento el porcentaje de pacientes que presentaban un nivel de IE total por debajo de la media fue del 87,8%, pero al finalizar el tratamiento se redujo al 58,3%. En la tabla 17 pueden verse las diferencias de medias en IE entre la evaluación basal y el post tratamiento para cada uno de los grupos en estudio.

En el TMMS-24 las puntuaciones en atención del grupo **TIE** se mantienen y aumentan significativamente en claridad y reparación. En cambio en el grupo **TCC**, tanto la atención como la claridad disminuyen pero aumenta ligeramente la reparación emocional, siendo el cambio en claridad el único significativo tras la intervención.

En el MSCEIT las puntuaciones en las habilidades de inteligencia emocional aumentan significativamente para los pacientes del **TIE**. En el grupo **TCC** el aumento de las puntuaciones también fue significativo excepto en comprensión de emociones. Sin embargo en este grupo, sólo las puntuaciones en identificación y rama experiencial alcanzan valores de población no clínica.

Tabla 17.
Comparación intra-grupos: Inteligencia emocional. Descriptivos y niveles de significación.

	TIE					TCC				
	PRE-TTO n=39		POST-TTO n=39		p	PRE-TTO n=34		POST-TTO n=34		T
TMMS-24	M	DT	M	DT		M	DT	M	DT	
ATENCIÓN	28,79	6,203	28,15	6,576	,605	26,06	6,913	25,12	5,928	,455
CLARIDAD	23,28	6,989	26,56	5,399	,004	25,53	6,377	23,00	5,472	,040
REPARACIÓN	21,64	6,531	31,38	4,892	,000	24,12	6,220	24,56	5,153	,570
MSCEIT	n=66		n=39		p	n=57		n=34		P
IDENTIFICACIÓN	,519	,082	,558	,055		,001	,469	,122	,503	
FACILITACIÓN	,445	,074	,497	,045	,000	,435	,085	,461	,072	,002
COMPRESIÓN	,427	,077	,489	,043	,000	,431	,090	,446	,094	,076
REGULACIÓN	,378	,069	,462	,055	,000	,362	,074	,396	,067	,000
R. EXPERIENCIAL	,482	,066	,528	,041	,000	,452	,090	,481	,083	,000
R. RAZONAMIENTO	,402	,064	,476	,041	,000	,397	,069	,421	,061	,000
IE TOTAL	,442	,054	,502	,036	,000	,422	,071	,451	,066	,000

7.4.5. Alianza terapéutica

La prueba U de Mann Witney indicó que las puntuaciones en alianza terapéutica aumentaron significativamente entre la evaluación de proceso y el post tratamiento para el grupo **TIE** ($p=,000$) pero no para el grupo **TCC** ($p=,121$). Lo mismo sucedió con las

puntuaciones en vínculo terapéutico que aumentaron de forma significativa en el grupo **TIE** ($p=,000$), pero no en el **TCC** ($p=,307$).

7.4.6. Situación laboral

Se analizó el efecto de la intervención sobre la variable sociodemográfica situación laboral como un indicador del funcionamiento social de los pacientes. La prueba intra-grupo mostró diferencias significativas en la situación laboral de los pacientes **TIE** ($p=,000$) y **TCC** ($p=,012$), habiendo aumentando significativamente el porcentaje de pacientes en activo en ambos grupos al finalizar el tratamiento.

7.5. Resultados entre grupos: TIE y TCC

El objetivo de este apartado ha sido comparar la eficacia del tratamiento experimental (TIE) respecto al tratamiento control (TCC) al término de la intervención. En la figura 14 se presenta el esquema correspondiente a los análisis realizados en este apartado.

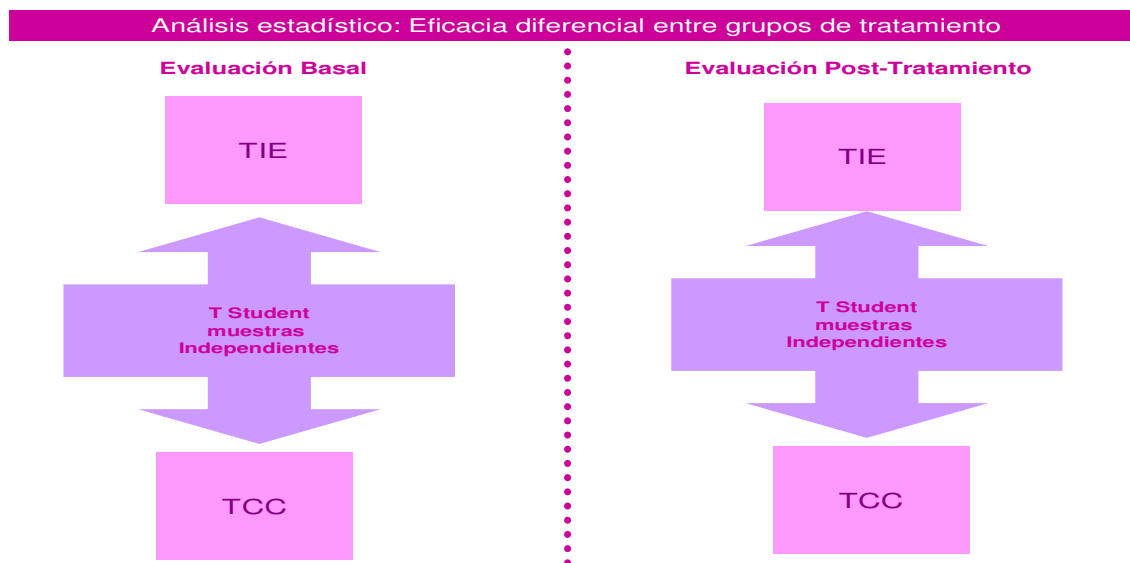


Figura 14. Análisis realizados para conocer la eficacia entre los grupos de tratamiento TIE y TCC.

En este apartado se comparan los resultados obtenidos por el grupo TIE con los obtenidos por el grupo control de tratamiento TCC en la evaluación post-tratamiento. La exposición de los resultados seguirá el mismo orden que en los apartados anteriores.

7.5.1. Variables clínicas: Eje I

En la tabla 18 se presentan los resultados post tratamiento de la comparación entre grupos para las variables clínicas Eje I y se observan diferencias significativas en ansiedad rasgo, somatización y síndrome histeriforme. Al finalizar el tratamiento los pacientes del grupo TIE puntúan menos en estas variables, incluso en aquellas que como la ansiedad rasgo y el síndrome histeriforme, eran más elevadas en la evaluación basal.

Tabla 18.
Comparación entre grupos TIE y TCC: Variables clínicas Eje I. Descriptivos y niveles de significación.

	Evaluación Pre- tto					Evaluación Post-tto				
	TCC n=56		TIE N=68		p	TCC N=35		TIE n=39		T
STAI	M	DT	M	DT			M	DT	M	
Ansiedad Estado	37,23	11,915	35,79	11,787	,502	25,11	9,743	23,28	9,931	,427
Ansiedad Rasgo	36,18	10,653	39,28	10,049	,099	28,86	10,053	23,49	9,752	,023
Inventario de Agorafobia	n= 23		N=32			N=13		n=14		
ESCALA GLOBAL IA	318,83	87,989	306,84	94,755	,636	164,00	72,475	167,64	73,103	,898
ESCALA GLOBAL "solo"	234,78	67,065	233,22	72,145	,935	128,54	58,489	127,78	56,559	,973
Respuestas Motoras	95,09	40,909	95,31	37,079	,983	51,07	26,927	50,14	23,799	,925
Respuestas Psicofisiológ.	103,96	32,459	99,37	33,481	,614	58,54	33,230	55,36	24,540	,778
Respuestas Cognitivas	35,74	12,204	38,53	18,818	,536	18,92	9,673	22,28	14,725	,493
SCL-90-R	n= 55		N=68			N=34		n=39		
PST.	55,05	3,211	57,97	2,556	,472	47,79	30,515	40,32	30,576	,155*
Rango promedio							52,97 - 44,88			
GSI	1,61	,108	1,72	,098	,461	1,35	,717	1,23	,765	,470
PSDI	2,31	,080	2,37	,073	,586	2,06	,572	1,97	,623	,530
Somatización	1,83	,139	1,75	,127	,679	1,71	,986	1,23	,783	,022
Obsesión – Comp.	1,97	,124	1,96	,120	,967	1,74	,922	1,60	1,015	,538
Sensibilidad interpersonal	1,40	,128	1,54	,117	,410	1,32	,795	1,26	,905	,766
Depresión	1,99	,147	2,13	,114	,452	1,75	,990	1,62	1,093	,578
Ansiedad	1,83	,139	1,96	,120	,453	1,58	,963	1,47	,953	,630
Hostilidad	1,23	,951	1,04	,95	,226*	1,02	1,008	,92	,842	,905*
Rango promedio			57,24 -65,00				37,81 - 37,22			
Ansiedad fóbica	1,73	,161	1,81	,145	,730	1,28	1,104	1,10	,939	,435
Ideación paranoide	1,48	,962	1,24	,913	,173*	1,19	,718	1,04	,773	,391
Rango promedio			56,69 - 65,45							
Psicoticismo	1,03	,801	,92	,763	,394*	,84	,628	,87	,707	,835
Rango promedio			58,49 - 63,97							
MCFI-II (Síndromes Clínicos)	n= 54		N=69			n=34		n=39		
Ansiedad	82,91	25,857	83,74	23,807	,853	66,65	28,360	59,95	18,794	,233
Histeriforme	81,22	28,133	83,51	22,477	,617	67,18	31,704	54,03	19,562	,034
Hipomanía	51,70	32,530	60,94	29,961	,105	41,56	28,274	44,33	28,266	,677
Neurosis Depresiva	72,93	23,012	75,25	21,691	,568	55,38	26,798	55,18	20,480	,971
Abuso Alcohol	58,24	29,955	62,84	27,922	,382	45,15	25,993	45,95	21,438	,886
Abuso Drogas	47,26	31,388	55,78	27,181	,110	33,41	25,184	42,46	26,151	,138
Pensamiento Psicótico	62,74	31,062	68,28	25,036	,276	51,53	29,572	50,08	24,678	,820
Depresión Mayor	64,70	28,973	70,12	27,218	,290	51,53	31,526	45,82	23,997	,384
Delirios Psicóticos	67,65	30,634	71,52	22,937	,424	57,91	26,521	47,56	18,971	,057

Nota: * U de Mann-Whitney

7.5.2. Variables de personalidad: Eje II

En la tabla 19, se observan diferencias significativas en los trastornos de personalidad Dependiente, Compulsivo y Pasivo-Agresivo. Los pacientes del grupo TIE presentan puntuaciones más bajas en Dependiente y Compulsivo, en cambio en Pasivo-agresivo son los pacientes del grupo TCC los que presentan puntuaciones menores. También se ve que las diferencias que de daban en la evaluación basal para los trastornos Antisocial y

Agresivo-sádico, que entonces eran superiores en el grupo TIE, dejan de ser significativas tras la intervención.

Tabla 19.
Comparación entre grupos TIE y TCC: Variables clínicas Eje II. Descriptivos y niveles de significación.

Variable	Evaluación Pre- tto					Evaluación Post-tto				
	MCMII-II	TCC n=54		TIE n=69		TCC n=34		TIE n=39		P
T de Student	M	DT	M	DT	p	M	DT	M	DT	P
ESQUIZOIDE	75,56	27,800	77,90	23,590	,614	65,50	28,347	55,46	23,592	,103
FÓBICA	59,80	28,797	65,20	24,107	,259	51,09	25,225	44,51	24,329	,261
DEPENDIENTE	79,11	30,993	82,70	27,480	,499	69,15	28,418	56,28	24,467	,041
HISTRIÓNICA	46,52	31,918	56,72	32,386	,083	45,50	28,832	46,31	24,896	,898
NARCISISTA	53,20	30,726	59,58	29,721	,247	50,68	28,996	44,44	24,200	,320
ANTISOCIAL	43,46	33,808	63,33	29,465	,001	37,76	27,913	45,72	27,837	,228
AGRESIVO-SÁDICA	49,93	35,186	64,09	28,222	,015	44,24	33,372	40,85	22,757	,610
COMPULSIVO	83,59	33,445	86,58	26,707	,903*	78,09	29,941	64,82	22,189	,033
Rango promedio		62,44 – 61,65								
PASIVO-AGRESIVO	50,96	29,177	61,00	24,677	,041	35,91	25,725	48,31	25,214	,042
AUTODESTRUCTIVA	60,48	28,662	65,87	27,963	,296	41,88	25,029	48,67	23,605	,238
ESQUIZOTÍPICA	68,56	27,917	68,55	24,058	,999	58,06	26,888	47,18	22,438	,064
LÍMITE	58,30	26,510	66,04	24,858	,098	46,50	22,909	51,90	24,328	,335
PARANOIDE	65,74	31,035	74,01	26,469	,113	59,06	30,534	51,79	21,943	,243

Nota: * U de Mann-Whitney

7.5.3. Satisfacción vital

Las diferencias en satisfacción vital entre los pacientes del grupo TIE y el TCC al finalizar el tratamiento fueron significativas (ver tabla 20), aunque se observa que el porcentaje de pacientes que se sienten satisfechos con su vida aumenta en ambos grupos.

Tabla 20.
Comparación entre grupos TIE y TCC: Satisfacción con la vida. Descriptivos y niveles de significación.

Variables	PRE-TTO		P	POST-TTO		P
	TIE	TCC		TIE	TCC	
Satisfacción con la vida	55,4% (n=72)	44,6% (n=58)	χ^2	53,4% (n=39)	46,6% (n=34)	χ^2
Terrible	5, 6(4)	6,9 (4)		0	0	
Infeliz	36,1(26)	27,6(16)		0	0	
Más bien insatisfecho	22,2 (16)	22,4(13)		0	11,8(4)	
Medio	23,(17)	22,4(13)	,708	10,3(4)	29,4(10)	,024
Más bien satisfecho	12,5 (9)	19,0(11)		56,4(22)	35,3(12)	
Feliz	0	1,7 (1)		23,,1(9)	20,6 (7)	
Placentero	0	0		10,3 (4)	2,9 (1)	

Concretamente en el grupo TIE más de la mitad de la muestra afirma sentirse “más bien satisfecho” con su vida tras el tratamiento y cuatro pacientes afirmaron que su vida era

“placentera”, cuando no se dio ningún caso en la evaluación basal. Por otra parte, en el grupo TCC un pequeño porcentaje de pacientes se sentían todavía insatisfechos con su vida al finalizar el tratamiento.

7.5.4. Inteligencia Emocional

En la figura 15 puede observarse como la media de las puntuaciones del grupo TIE es significativamente más alta en las tres subescalas del **TMMS-24** y que esta diferencia es especialmente significativa en reparación de emociones. La figura 16 muestra que en el post tratamiento las puntuaciones en todas las habilidades de IE y en IE total evaluadas con el **MSCEIT** son significativamente mayores para los pacientes del grupo TIE. Destaca especialmente el nivel de significación en las habilidades de regulación emocional.

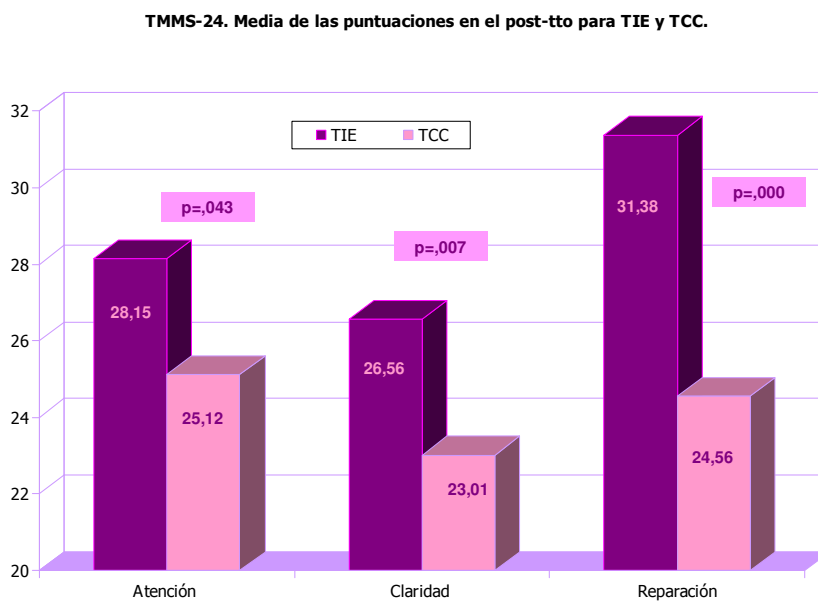


Figura 15. Comparación entre grupos TIE y TCC: Media de las puntuaciones en el TMMS-24.

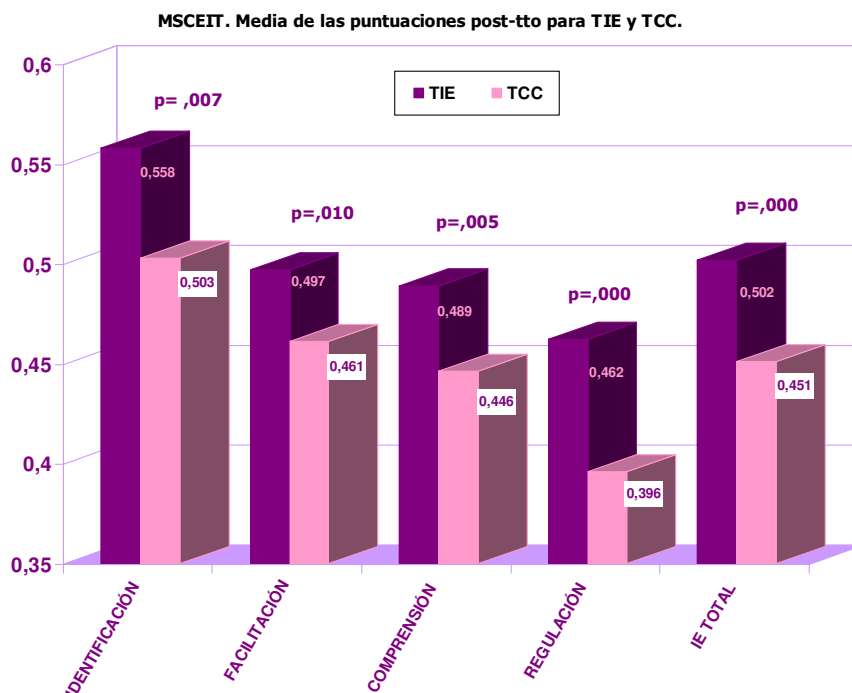


Figura 16. Comparación entre grupos TIE y TCC: Media de las puntuaciones en el MSCEIT.

7.5.5. Alianza terapéutica

A pesar de que las puntuaciones en alianza y vínculo terapéutico en la evaluación de proceso no mostraban diferencias entre los grupos de tratamiento, al finalizar la intervención la media de las puntuaciones en estas variables son significativamente mayores para el grupo TIE (ver tabla 21).

Tabla 21.

Comparación entre grupos TIE y TCC: WATOI. Descriptivos y niveles de significación.

	Evaluación Proceso					Evaluación Post-tto				
	TCC n=40		TIE n=45		p	TCC n=34		TIE n=39		T P
	M	DT	M	DT		M	DT	M	DT	
Alianza Terapéutica	67,05	11,029	65,93	12,630	,944*	68,74	9,526	78,97	7,084	,000
Rango promedio	43,20 - 42,82									
Vínculo Terapéutico	24,10	3,053	23,51	3,195	,390*	24,82	2,634	26,92	1,645	,000*
Rango promedio	45,43 - 40,84					27,31 - 45,45				

Nota: * U de Mann-Whitney

7.5.6. Situación laboral

No se observaron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento TIE y TCC al finalizar la intervención en la situación laboral de los pacientes ($p=,165$).

7.6. Resultados entre grupos: Magnitud del cambio

El objetivo de este apartado ha sido evaluar y comparar la media del cambio que se ha producido sobre cada una de las variables al finalizar la intervención en cada uno de los grupos (TIE y TCC). En la figura 17 se presenta el esquema correspondiente a los análisis realizados en este apartado.

Desde el punto de vista clínico este apartado es el que presenta mayor interés porque refleja la dimensión del cambio experimentado por los pacientes entre la evaluación basal y el post tratamiento. La media del cambio indica la significación clínica del efecto de la intervención sobre cada una de las variables en estudio. De forma que la comparación del cambio producido entre los grupos TIE y TCC permitirá establecer de forma más consistente la eficacia del tratamiento.

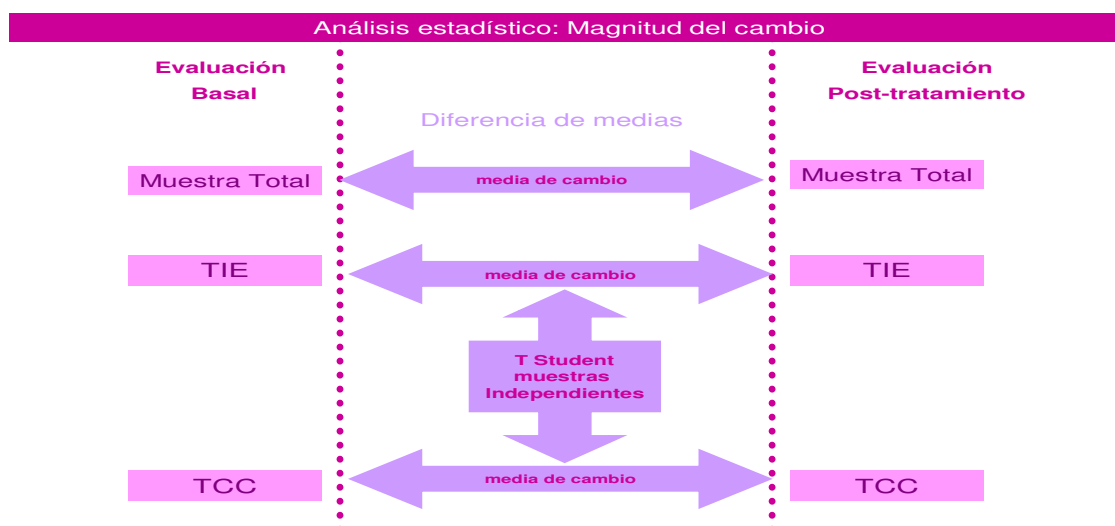


Figura 17. Análisis realizados para comparar la dimensión del cambio experimentado por los pacientes asignados a los grupos TIE y TCC.

7.6.1. Variables clínicas: Eje I

En la tabla 22 se muestran y comparan las medias de cambio producido en las variables clínicas tras la aplicación de los tratamientos en estudio. A excepción del índice PSDI, que

indica la amplitud somática media, puede observarse que en líneas generales los cambios producidos en todas las variables son mayores en el TIE que en el TCC.

Tabla 22.

Comparación entre TIE y TCC de las medias de cambio: Variables clínicas Eje I. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.

Características clínicas EJE I	Muestra total N=74		TIE n=39		TCC n=35		T Student
STAI	Media	DT	Media	DT	Media	DT	P
Ansiedad estado	12,86	10,419	14,02	10,776	11,57	10,000	,315
Ansiedad rasgo	13,35	9,200	18,07	8,295	8,08	7,118	,000
Inventario de Agorafobia	n=27		n=14		n=13		
Escala Global	165,88	71,412	177,42	59,995	131,23	66,762	,070
Escala Global "solo"	128,14	56,378	133,57	40,712	93,53	54,121	,039
Respuestas motoras	50,59	24,861	59,92	23,345	41,30	31,964	,095
Respuestas psicofisiológicas	56,88	28,520	50,28	19,011	36,30	18,048	,062
Respuestas cognitivas	20,66	12,431	23,35	11,466	15,92	11,368	,103
SCL-90-R							
PST Amplitud Sintomatología	17,27	29,476	23,36	28,408	9,77	29,354	,024
GSI Intensidad del Sufrimiento	,40	,688	,59	,615	,18	,704	,008
PSDI Intensidad Sintomática Media	,35	,563	,49	,505	1,88	,588	,022
Somatización	,37	,877	,71	,782	-,01	,827	,000
Obsesión - Compulsión	,41	,764	,54	,730	,27	,787	,131
Sensibilidad Interpersonal	,22	,819	,37	,820	,04	,791	,080
Depresión	,41	,956	,66	,862	,13	,994	,017
Ansiedad	,36	,865	,54	,828	,15	,869	,051
Hostilidad	,22	,877		43,91	-30,36		,007*
Ansiedad Fobica	,53	,925	,74	,876	,28	,928	,030
Ideación Paranoide	,25	,799	,43	,764	,05	,798	,037
Psicoticismo	,12	,656	,26	,633	-,04	,653	,048
MCMII-II (Síndromes clínicos)							
Ansiedad	23,89	17,206	29,82	17,486	17,08	14,304	,001
Histeriforme	22,93	17,504	32,48	13,789	11,97	14,759	,000
Hipomanía	14,15	17,508	19,15	16,610	8,41	16,958	,008
Neurosis Depresiva	20,82	11,989	23,23	13,079	18,05	10,096	,066
Abuso Alcohol	11,34	19,221	15,07	20,667	7,05	16,698	,075
Abuso Drogas	11,94	16,317	13,82	15,806	9,79	16,862	,296
Pensamiento Psicótico	17,47	20,299	22,48	17,120	11,73	22,314	,023
Depresión Mayor	22,17	16,103	29,74	15,265	13,50	12,336	,000
Delirios Psicóticos	18,69	15,010	23,82	15,791	12,82	11,743	,001

Nota: * U de Mann-Whitney

En ansiedad rasgo (**STAI**) el cambio producido con el tratamiento TIE es 2,23 veces superior al producido por la intervención cognitivo conductual estándar. Lo que supone un descenso de las puntuaciones de aproximadamente un 33 % en el grupo TIE respecto a un 13% en el grupo TCC. Esta diferencia sobre la principal medida de resultado del presente estudio puede apreciarse de forma gráfica en la figura 18.

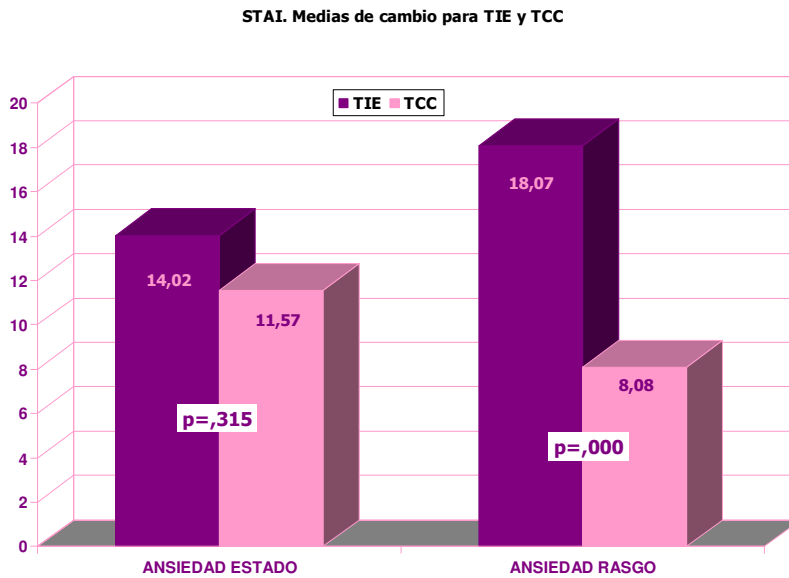


Figura 18. Comparación entre TIE y TCC de las medias de cambio: STAI

Para la Escala Global "solo" del **Inventario de Agorafobia**, que constituye también medida de resultado principal para los pacientes con agorafobia, el cambio es significativamente mayor en TIE, pero no para el resto de las subescalas. La figura 19 ofrece la representación gráfica de este cambio.

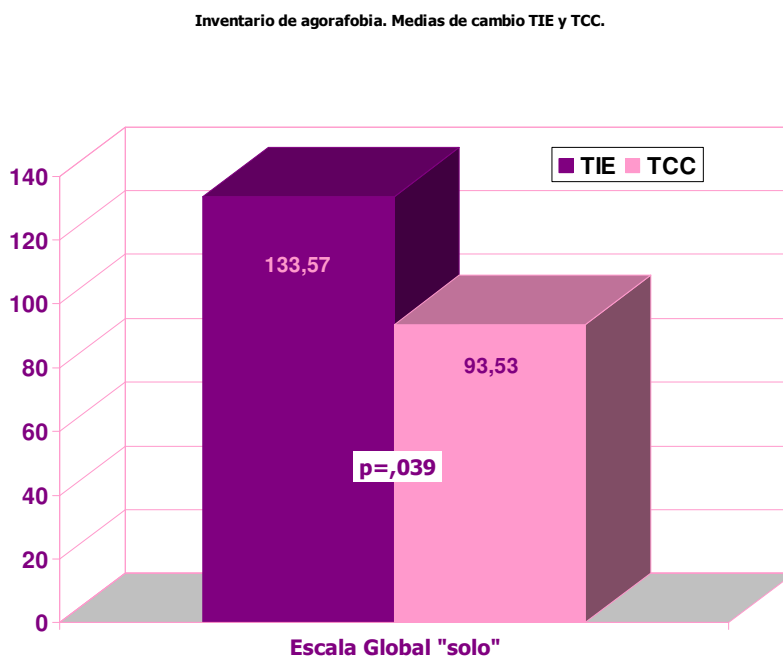


Figura 19. Comparación entre TIE y TCC de las medias de cambio: Inventario de Agorafobia.

Entre las subescalas del **SCL-90-R** las que experimentan mayor cambio son ansiedad fóbica, obsesión-compulsión y depresión (ver tabla 22). El cambio experimentado por los pacientes del grupo TIE es significativamente mayor en todas las subescalas excepto en obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal y PSDI, y en ansiedad que es casi significativo. Cabe señalar que las medias de cambio en ansiedad evaluada con este instrumento no difieren entre uno y otro tratamiento pero sí en esta misma variable evaluada con el MCMI-II en la que los pacientes del grupo TIE mejoran casi el doble que los pacientes del grupo TCC.

La media en los síndromes clínicos del **MCMI-II** indica que los que experimentan un mayor cambio son ansiedad, histeriforme y depresión mayor. Con el TIE los pacientes mejoran significativamente más en todos excepto en neurosis depresiva, abuso de alcohol y abuso de drogas (ver tabla 22).

Indistintamente del instrumento empleado la mejoría en síntomas de ansiedad y depresión es más elevada en los pacientes del grupo TIE.

7.6.2. Variables de personalidad: Eje II

En la tabla 23 se observa que en los trastornos de personalidad Dependiente, Compulsivo y Esquizoide se ha producido un cambio mayor en el conjunto de la muestra al finalizar el tratamiento (recuérdese que eran precisamente éstos los que mostraban puntuaciones clínicamente significativas en la evaluación basal). La magnitud del cambio producido es significativamente mayor en TIE sobre todas las variables excepto en Pasivo-agresiva y Autodestructiva, que, aunque también es mayor no alcanza significación estadística.

Tabla 23.

Comparación entre TIE y TCC de las medias de cambio: Variables clínicas Eje II. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.

Características clínicas EJE I	Muestra total n=132		TIE n=73 (55,3)		TCC n=59 (47,7)		T
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Student p
ESQUIZOIDE	21,02	15,824	25,69	16,698	15,67	13,040	,006
FÓBICA	20,39	18,624	28,00	18,555	11,67	14,615	,000
DEPENDIENTE	26,84	20,074	37,84	15,436	14,23	17,262	,000
HISTRIÓNICA	7,49	22,663	15,15	21,071	-1,29	21,458	,002
NARCISISTA	11,87	22,531	17,97	21,453	4,88	21,984	,012
ANTISOCIAL	12,61	18,555	19,51	16,987	4,70	17,268	,000
AGRESIVO-SÁDICA	18,90	19,545	25,41	18,221	11,44	18,541	,002
COMPULSIVO	21,30	14,459	27,61	14,063	14,05	11,281	,000
PASIVO-AGRESIVO	16,68	14,893	17,20	13,968	16,08	16,081	,752
AUTODESTRUCTIVA	19,93	14,362	22,12	14,759	17,41	13,673	,163
ESQUIZOTÍPICA	18,02	15,305	22,43	14,929	12,97	14,322	,007
LÍMITE	14,10	12,958	16,94	13,216	10,85	12,033	,044
PARANOIDE	17,79	15,268	22,76	17,617	12,08	9,404	,002

Nota: * U de Mann-Whitney

7.6.3. Satisfacción con la vida

La media de las puntuaciones en satisfacción general con la vida en la evaluación basal fue de 3,12 (DT=1,218) en el post tratamiento fue de 5,05 (DT=,956). La media del cambio experimentado por el conjunto de la muestra fue de 1,89 (DT=1,173), de 2,41 (DT=1,018) para el TIE y para el grupo TCC de 1,29 (DT=1,059), casi dos veces mayor para el primero, la T de Student confirmó que la diferencia entre ambas era altamente significativa ($p=,000$).

7.6.4. Inteligencia Emocional

Las medias de cambio entre la evaluación basal y el post-tratamiento para las variables de IE se presentan en la tabla 24, donde se aprecia que en el **TMMS-24** son significativamente mayores para el TIE, excepto en atención. También se observa que son mayores para este grupo en todas las subescalas del **MSCEIT**. La diferencia de medias entre TIE y TCC es significativa en todas las habilidades de IE excepto en Identificación, y en la Rama Experiencial.

Tabla 24.

Comparación entre TIE y TCC de las medias de cambio: Inteligencia Emocional. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.

Inteligencia Emocional	Muestra total N=132		TIE N=73 (55,3)		TCC n=59 (47,7)		T
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Student p
TMMS-24							
IDENTIFICACIÓN	,78	7,439	-,64	7,682	-,94	7,261	,865
REGULARIDAD	-,57	7,355	3,28	6,719	-2,52	6,889	,001
REGULARIDAD	-,54	7,477	9,74	6,866	,44	4,480	,000
MSCEIT							
IDENTIFICACIÓN EMOCIONAL	,037	,069	,038	,070	,034	,068	,767
REGULARIDAD EMOCIONAL	,040	,050	31,18		43,68		,012*
REGULARIDAD EMOCIONAL	,040	,064	,062	,067	,015	,049	,001
REGULARIDAD EMOCIONAL	,060	,052	,083	,046	,033	,045	,000
REGULARIDAD EMOCIONAL	,038	,045	,045	,044	,029	,044	,138
REGULARIDAD EMOCIONAL	,050	,048	,072	,046	,024	,035	,000
INTELIGENCIA EMOCIONAL TOTAL	,045	,036	,059	,035	,028	,029	,000

Nota: * U de Mann-Whitney

7.6.5. Alianza terapéutica

Las medias del cambio entre el proceso y el post tratamiento para las variables de alianza y vínculo terapéutico fueron significativamente mayores para el Tratamiento basado en Inteligencia Emocional (TIE). En ambas variables el cambio producido en este grupo es entre 5 y 6 veces mayor que en el grupo TCC (ver tabla 25).

Tabla 25.

Comparación entre TIE y TCC de las medias de cambio: WATOCI. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.

WATOCI	Muestra total n=73		TIE n=34		TCC n=39		T
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	P
ALIANZA TERAPÉUTICA	6,73	9,408	10,82	9,031	2,05	7,547	,000
VÍNCULO TERAPÉUTICO	-2,02	3,157	3,36	2,85	,50	2,81	,000*
	Rango promedio			27,90 - 47,44			

Nota: * U de Mann Whitney

7.7. Mejoría

7.7.1. Variables clínicas

Para evaluar el impacto del tratamiento sobre la principal medida de resultado se tomó el índice de Barlow (1992), una disminución del 20% en las puntuaciones, que permite establecer la mejoría clínicamente significativa en **ansiedad rasgo** (STAI). En la tabla 26

puede verse el porcentaje de casos que presentan una mejoría superior al 20% en ansiedad rasgo para cada una de las evaluaciones realizadas. El número de pacientes que han alcanzado este nivel de mejoría es significativamente mayor en el TIE que en el TCC al finalizar el tratamiento. En la evaluación de proceso y en la evaluación de seguimiento respecto al post tratamiento no se aprecian diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 26.
Comparación entre TIE y TCC: Tasa de mejoría en ansiedad rasgo.

ANSIEDAD RASGO EVALUACIONES	Muestra total		TIE		TCC		P
	n	%	n	%	n	%	χ^2
PRE TRATAMIENTO – PROCESO	30	33,7%	19	38,8%	11	27,5%	,263
PRE TRATAMIENTO – POST TRATAMIENTO	49	66,2%	36	92,3%	13	37,1%	,000
PRE TRATAMIENTO – SEGUIMIENTO 3M	48	65,8%	36	92,3%	12	35,3%	,000
PROCESO – POST TRATAMIENTO	39	52,7%	31	79,5%	8	22,9%	,000
PROCESO – SEGUIMIENTO 3M	41	56,2%	32	82,1%	9	26,5%	,000
POST TRATAMIENTO – SEGUIMIENTO 3M	8	11,0%	5	12,8%	3	8,8%	,586

Para conocer el nivel de mejoría de los pacientes en el **Inventario de Agorafobia** se decidió categorizar los resultados en mejoría leve (entre 0 y 30%), moderada (entre 31% y 60 %) y notable (más del 61%). En la tabla 27 se observa que, en general, la mejoría experimentada por los pacientes es moderada y que no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre TIE y TCC. No obstante, en el grupo TIE el porcentaje de casos que presenta una mejoría superior al 60% es mayor en todas las subescalas excepto en la Escala Global "solo". En ésta escala y en la Escala Global del inventario, que curiosamente presentan valores exactos, un porcentaje mayor de pacientes del grupo TIE experimenta una mejoría superior al 31%.

Tabla 27.
Comparación entre TIE y TCC: Tasa de mejoría en agorafobia.

Inventario de Agorafobia	Muestra total		TIE		TCC		χ^2
	n=27	%	n=14	51,9%	n=13	48,1%	p
Escala Global							
Mejoría leve de 0 a 30%	3	11,1%	0	0%	3	23,1%	
Mejoría moderada de 31% a 60%	20	74,1%	12	85,7%	8	61,5%	,152
Mejoría notable de 61% o más	4	14,8%	2	14,3%	2	15,4%	
Escala Global "solo"							
Mejoría leve de 0 a 30%	3	11,1%	0	0%	3	23,1%	
Mejoría moderada de 31% a 60%	20	74,1%	12	85,7%	8	61,5%	,152
Mejoría notable de 61% o más	4	14,8%	2	14,3%	2	15,4%	
Respuestas Motoras							
Mejoría leve de 0 a 30%	4	14,8%	0	0%	4	30,8%	
Mejoría moderada de 31% a 60%	16	59,3%	9	64,3%	7	53,8%	,064
Mejoría notable de 61% o más	7	25,9%	5	35,7%	2	15,4%	
Respuestas Psicofisiológicas							
Mejoría leve de 0 a 30%	4	14,8%	1	7,1%	3	23,1%	
Mejoría moderada de 31% a 60%	20	74,1%	11	78,6%	9	69,2%	,473
Mejoría notable de 61% o más	3	11,1%	2	14,3%	1	7,7%	
Respuestas cognitivas							
Mejoría leve de 0 a 30%	7	25,9%	2	14,3%	5	38,5%	
Mejoría moderada de 31% a 60%	10	37,0%	6	42,9%	4	30,8%	,359
Mejoría notable de 61% o más	10	37,0%	6	42,9%	4	30,8%	

7.8. Seguimiento

Con el objetivo de comprobar la estabilidad en el tiempo de los cambios producidos por la intervención terapéutica a medio plazo se estableció una evaluación de seguimiento a los tres meses de finalizar el tratamiento. Las variables evaluadas fueron ansiedad estado y rasgo (STAI), como variables clínicas, y la inteligencia emocional percibida (TMMS-24).

Comparación intra-grupos

STAI

Para el grupo **TIE**, el descenso de las puntuaciones medias en ansiedad rasgo y estado respecto a la evaluación basal fue altamente significativo como puede apreciarse en la tabla 28, y también lo fue respecto al post tratamiento. En el grupo **TCC** las medias de las puntuaciones en el seguimiento fueron significativamente más bajas respecto a la evaluación basal pero no respecto al post tratamiento.

TMMS-24

En el grupo **TIE**, las puntuaciones en el seguimiento aumentan en claridad ($p=,000$) y reparación ($p=,000$) y disminuyen en atención ($p=,005$), respecto a la evaluación basal. También respecto al post tratamiento disminuyen en atención ($p=,003$) y aumentan en claridad ($p=,001$) y reparación ($p=,002$).

En el grupo **TCC** las puntuaciones en el seguimiento disminuyen significativamente en claridad ($p=,044$) respecto a la evaluación basal y respecto al post-tratamiento aumentan significativamente en atención ($p=,034$).

Comparación entre TIE y TCC**STAI**

En la figura 20 puede verse que en el seguimiento las puntuaciones en ansiedad rasgo son significativamente más bajas en el TIE ($p=,003$). Además, se observa que en este grupo las puntuaciones disminuyen respecto al post tratamiento y que en el grupo TCC, se incrementan ligeramente aumentando así la significación estadística de la diferencia entre ambos.

TMMS-24

En el seguimiento se dan diferencias significativas entre TIE y TCC en claridad ($p=, 000$) y reparación ($p=,000$), pero no en atención ($p=, 355$). (véase la figura 21).

Comparación entre TIE y TCC: medias de cambio**STAI**

Las medias del cambio experimentado por los pacientes en el seguimiento pueden verse en la tabla 29. En el seguimiento, el cambio fue significativamente mayor para TIE en ansiedad rasgo ($p=,000$) pero no en ansiedad estado, respecto a la evaluación basal. En cambio, respecto al post tratamiento, la media de cambio para TIE fue significativamente mayor en ansiedad estado ($p=,025$).

TMMS-24

La media del cambio producido en el seguimiento respecto a la evaluación basal y el post tratamiento, así como la diferencia entre TIE y TCC en los factores de la IEP pueden verse en la tabla 30. En la tabla se observa que la única diferencia entre TIE y TCC al seguimiento, que no mostró significación estadística fue reparación de emociones respecto al post tratamiento.

7.9. ¿Cuándo se producen los cambios?

La comparación de las puntuaciones entre los distintos momentos de evaluación permite identificar en qué momentos se producen los cambios y la dimensión de los mismos.

Ansiedad

Cuando se analiza el impacto de la intervención sobre la principal medida de resultado en los distintos momentos de evaluación (tabla 28), se observa que en el grupo **TIE** las puntuaciones, tanto en ansiedad rasgo como estado, disminuyen significativamente entre todas la evaluaciones realizadas. En cambio en el grupo **TCC**, el descenso de las puntuaciones entre el post tratamiento y el seguimiento no es significativa, y tampoco lo es en el rasgo de ansiedad entre el proceso y el post tratamiento y entre éste y el seguimiento. Además, se puede apreciar como las puntuaciones en esta variable se han incrementado ligeramente en el seguimiento.

Tabla 28.
Comparación intra-grupos en los distintos momentos de evaluación: STAI. Descriptivos y niveles de significación.

STAI	TIE				p	TCC				T Student	p
	PRE-TTO n=49		PROCESO n=49			PRE-TTO n=40		PROCESO n=40			
A-ESTADO	37,18	11,777	30,49	11,795	,000	36,88	11,581	30,68	13,990	,003	
A-RASGO	40,90	9,361	33,78	11,511	,000	36,70	10,422	31,35	11,550	,000	
PRE-TTO n=39		POST-TTO n=39		p	PRE-TTO n=35		POST-TTO n=35		T Student	p	
A-ESTADO	37,31	11,150	23,28		9,931	,000	36,69	11,342			25,11
A-RASGO	41,56	8,976	23,49	9,752	,000	36,94	10,032	28,86	10,053	,000	
PRE-TTO n=39		SEGUIMIENTO n=39		p	PRE-TTO n=34		SEGUIMIENTO n=34		T Student	p	
A-ESTADO	37,31	11,150	26,13		10,945	,000	36,41	11,394			23,47
A-RASGO	41,56	8,970	22,05	9,619	,000	36,85	10,169	29,44	10,955	,000	
PROCESO n=39		POST-TTO n=39		p	PROCESO n=35		POST-TTO n=35		T Student	p	
A-ESTADO	30,36	12,043	23,28		9,931	,000	30,14	13,465			25,11
A-RASGO	34,59	11,911	23,49	9,752	,000	31,23	10,895	28,86	10,053	,130	
PROCESO n=39		SEGUIMIENTO n=39		p	PROCESO n=34		SEGUIMIENTO n=34		T Student	p	
A-ESTADO	30,36	12,043	26,13		10,945	,012	29,79	13,506			23,47
A-RASGO	34,59	11,911	22,05	9,619	,000	31,15	11,048	29,44	10,955	,167	
POST-TTO n=39		SEGUIMIENTO n=39		p	POST-TTO n=34		SEGUIMIENTO n=34		T Student	p	
A-ESTADO	23,28	9,931	26,13		10,945	,006	24,91	9,815			23,47
A-RASGO	23,49	9,752	22,05	9,619	,007	28,71	10,164	29,44	10,955	,515	

En la figura 20 puede verse la evolución de las puntuaciones en ansiedad rasgo para ambos grupos de tratamiento. Las diferencias en esta variable entre los grupos TIE y TCC adquieren significación estadística en el post tratamiento y esta aumenta en el seguimiento. El rasgo de ansiedad de los pacientes asignados al TIE disminuye en mayor medida que el de los pacientes del grupo TCC y esta diferencia se hace evidente al finalizar el tratamiento y a los tres meses de seguimiento.

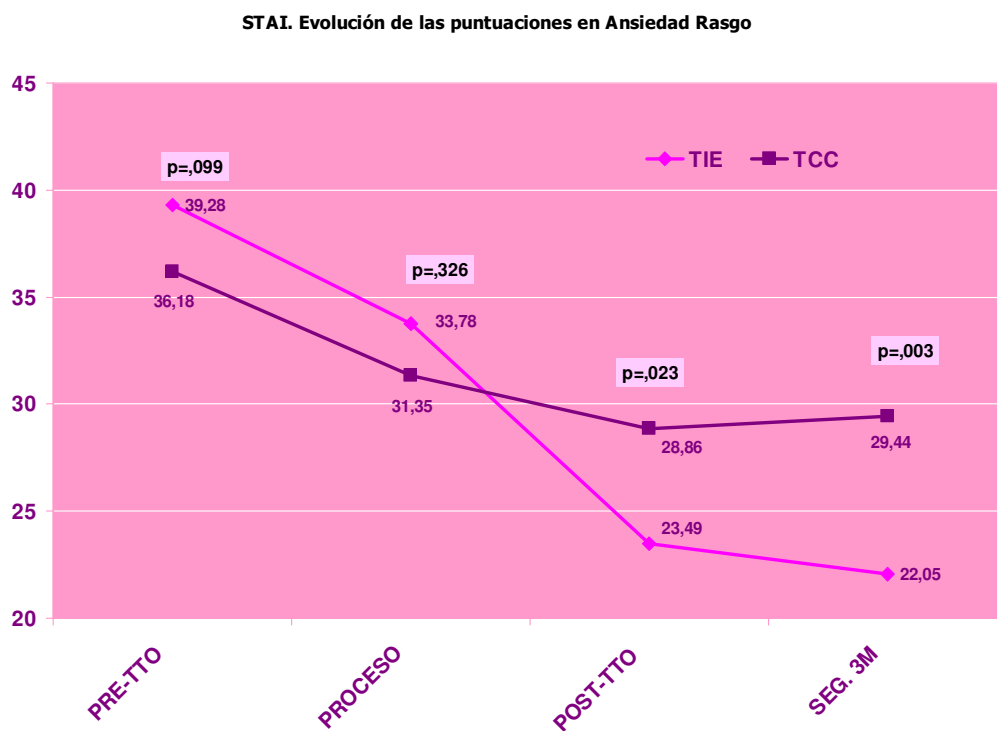


Figura 20. Evolución de las puntuaciones en ansiedad rasgo para TIE y TCC

En la tabla 29 se presentan las medias del cambio producido sobre ansiedad estado y rasgo en las diferentes evaluaciones. Tanto en ansiedad estado como en rasgo el cambio mayor se produce entre la evaluación de proceso y el post tratamiento para el grupo TIE, y entre la evaluación basal y de proceso para el grupo TCC. En **ansiedad estado** no se observan diferencias entre los grupos en la media de cambio experimentada por los pacientes, excepto en el seguimiento, que aumenta en el TIE y disminuye en el TCC respecto al post tratamiento. En **ansiedad rasgo** la media de cambio en los diferentes momentos de evaluación fue significativamente mayor para TIE, excepto en la evaluación de proceso, y en el seguimiento respecto al post tratamiento.

Tabla 29.

Comparación entre TIE y TCC de las medias del cambio producido en las distintas evaluaciones: STAI. Descriptivos y niveles de significación.

Evaluaciones	Muestra total		TIE		TCC		T
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Student p
ANSIEDAD ESTADO							
PRE TRATAMIENTO - PROCESO	6,47	12,19	6,69	12,14	6,20	12,42	,851
PRE TRATAMIENTO – POST-TTO	12,86	10,41	14,03	10,70	11,57	10,00	,315
PRE TRATAMIENTO – SEGUIMIENTO 3M	12,00	12,37	11,18	11,28	12,94	13,64	,548
PROCESO – POST TRATAMIENTO	6,10	12,00	7,08	10,16	5,03	13,84	,467
PROCESO – SEGUIMIENTO 3M	5,20	11,528	4,23	10,04	6,32	13,10	,443
POST TRATAMIENTO – SEGUIMIENTO 3M	-,84	8,22	2,85	6,17	-1,44	9,68	,025
ANSIEDAD RASGO							
PRE TRATAMIENTO - PROCESO	6,32	8,77	7,12	9,13	5,35	8,33	,452*
PRE TRATAMIENTO – POST-TTO	13,35	9,20	18,08	8,30	8,09	7,12	,000
PRE TRATAMIENTO – SEGUIMIENTO 3M	13,87	10,23	19,51	8,30	7,41	8,28	,000
PROCESO – POST TRATAMIENTO	6,97	9,79	11,10	8,60	2,37	9,05	,000
PROCESO – SEGUIMIENTO 3M	7,49	9,09	12,54	7,60	1,71	7,04	,000
POST TRATAMIENTO – SEGUIMIENTO 3M	,42	5,08	1,44	3,14	-,74	6,51	,068

Nota: * U de Mann-Whitney

Inteligencia emocional percibida

La evolución de las puntuaciones para los grupos de tratamiento en las subescalas del TMMS-24 pueden verse en la figura 21. En **atención** las puntuaciones en el post tratamiento entre los grupos presentaban diferencias significativas, pero no en el seguimiento. La atención en TIE disminuye en el post tratamiento, en cambio aumenta en el TCC. La diferencia de medias para el factor **claridad** fue significativa en el post tratamiento y esta diferencia se acentuó en el seguimiento porque se da un aumento en las puntuaciones del grupo TIE. Lo mismo sucedió con **reparación** de emociones que aunque la media aumenta para ambos grupos la diferencia entre ellos se mantiene significativa en el seguimiento.

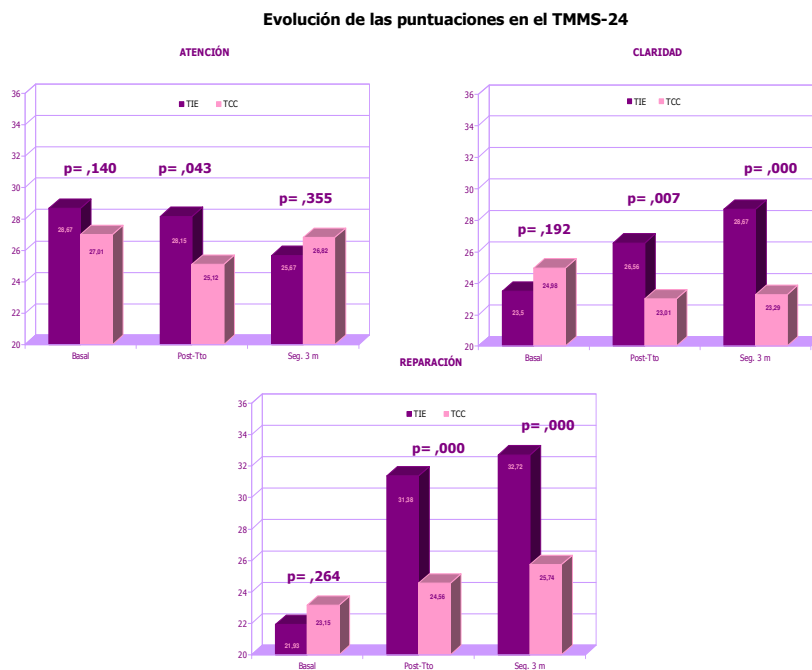


Figura 21. Evolución de las puntuaciones en los factores de Inteligencia Emocional Percibida para TIE y TCC.

En IEP se dan diferencias significativas en el cambio experimentado por los pacientes en casi todas las evaluaciones realizadas (ver tabla 30). La mayor parte del cambio en atención se da con el TIE en el seguimiento y con el TCC en el post tratamiento. En claridad y reparación la mayor parte del cambio se produce en ambos grupos en el post tratamiento. De la tabla también se puede destacar el signo negativo de las puntuaciones en atención (que indican un descenso de las puntuaciones), que una parte importante del cambio en claridad se produce entre el post tratamiento y el seguimiento, y que la reparación emocional es la variable que experimenta un mayor cambio.

Tabla 30.

Comparación entre TIE y TCC de las medias del cambio producido en las diferentes evaluaciones: TMMS-24. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.

Evaluación	Muestra total		TIE		TCC		T
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Student P
ATENCIÓN							
PRE TRATAMIENTO – POST -TTO	-,78	7,439	-,64	7,682	-,94	7,261	,865
PRE TRATAMIENTO – SEGUIMIENTO	-1,31	7,298	-3,12	6,610	-,76	7,588	,022
POST TRATAMIENTO – SEGUIMIENTO	-,53	5,174	-2,48	4,972	-1,70	4,502	,000
CLARIDAD							
PRE TRATAMIENTO – POST -TTO	,57	7,355	3,28	6,719	-2,52	6,889	,001
PRE TRATAMIENTO – SEGUIMIENTO	1,83	7,661	5,38	7,051	-2,23	6,233	,000
POST TRATAMIENTO – SEGUIMIENTO	1,26	3,837	2,10	3,647	-,29	3,873	,044
REPARACIÓN							
PRE TRATAMIENTO – POST -TTO	5,41	7,477	9,74	6,866	,44	4,480	,000
PRE TRATAMIENTO – SEGUIMIENTO	6,67	7,960	11,07	6,887	1,61	5,862	,000
POST TRATAMIENTO – SEGUIMIENTO	1,26	4,055	1,33	2,442	1,17	5,385	,870

Todos estos datos indican que los momentos en que se producen los cambios son distintos en TIE y en TCC.

7.10. Cumplimiento del tratamiento

En este apartado además de analizar la influencia de algunas características basales sobre el cumplimiento del tratamiento se ha analizado el nivel de implicación y de satisfacción de los pacientes, y los abandonos.

Se estableció que los pacientes habían cumplido con el tratamiento cuando asistían al 80% de las sesiones. Como la intervención tenía una duración de 24 sesiones el punto de corte para valorar el cumplimiento fue de 19 sesiones. La media de sesiones a la que asistieron los pacientes fue 14,95 (DT=9,020) en el grupo TCC y 13,97 (DT=9,397) en el TIE, la diferencia entre grupos no fue significativa ($p=,547$).

Ninguna de las variables sociodemográficas tuvo una influencia significativa en el cumplimiento del tratamiento, pero parece que los pacientes de mayor edad ($p=,073$) y los que están en pareja ($p=,076$) lo cumplen mejor. También se quiso comprobar si alguna de las variables que se consideraron significativas en el proceso terapéutico permitía distinguir los pacientes que completaban el tratamiento de aquellos que no lo hacían. La única variable significativa en el cumplimiento del tratamiento fue la

comorbilidad con otros trastornos psíquicos ($p=,016$). Ninguno de los que presentaban comorbilidad con abuso de sustancias cumplió con el tratamiento y la falta de adhesión también fue mayor entre los que no presentaban comorbilidad con ningún otro trastorno psíquico.

Posteriormente, se analizó la posible influencia de las variables clínicas (Eje I y Eje II), de la IE, de la alianza y vínculo terapéutico, y de la satisfacción vital. Ninguna de estas variables mostró significación estadística respecto al cumplimiento del tratamiento, excepto el nivel de satisfacción con la vida ($p=,037$). Las personas más insatisfechas con su vida cumplen más con el tratamiento pero no aquellas que consideran que su vida es terrible. También se observó que las puntuaciones de proceso en ansiedad estado podrían influir de algún modo ($p=,081$), siendo los pacientes que presentan un nivel mayor de ansiedad los que cumplen mejor con el tratamiento.

7.10.1. Implicación en el tratamiento

El grado de implicación de los pacientes en la terapia se evaluó a partir del nivel de asistencia y el cumplimiento de las tareas durante las sesiones y entre ellas. Un importante porcentaje de los pacientes asignados al grupo TIE mostraron un nivel muy alto de implicación y en el grupo control el nivel de implicación fue alto para la mayoría, pero estas diferencias no presentaron significación estadística (tabla 31).

Tabla 31.
Nivel de implicación con el tratamiento. Frecuencias.

NIVEL DE IMPLIACIÓN CON EL TRATAMIENTO	Muestra total n=117	TIE 55,3% (n=64)	TCC 47,7% (n=53)	χ^2
				p
BAJO	13,7% (16)	17,2% (11)	9,4% (5)	
MEDIO	24,8% (29)	18,8% (12)	32,1% (17)	,202*
ALTO	35,0% (41)	28,1% (18)	43,4% (23)	
MUY ALTO	26,5% (31)	35,9% (23)	15,1% (8)	

7.10.2. Satisfacción con el tratamiento

El grado de satisfacción con el tratamiento por parte de los pacientes fue evaluado a través de un cuestionario que los pacientes cumplimentaron de forma voluntaria al finalizar la intervención. Los pacientes que fueron asignados al grupo TIE se mostraron

significativamente más satisfechos con el tratamiento que los asignados al grupo TCC (tabla 32).

Tabla 32
Nivel de satisfacción con el tratamiento. Frecuencias.

NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO	Muestra total n=74	TIE (n=39)	TCC (n=35)	P
	% (n)	% (n)	% (n)	
NADA	0	0	0	
UN POCO	6,8% (5)	0	14,3% (5)	
MODERADO	13,5% (10)	2,6% (1)	25,7% (9)	,000*
BASTANTE	41,9% (31)	41,0% (16)	42,9% (15)	
MUCHÍSIMO	37,8 % (28)	56,4% (22)	17,1% (6)	

7.10.3. Abandonos

En cuanto a la tasa de abandono del tratamiento podemos apreciar que es muy elevada (43,8%) en ambos grupos de tratamiento el 40% en TCC y el 46,5% en TIE, y aunque se aprecia una diferencia del 6%, ésta no fue estadísticamente significativa. Del conjunto de los pacientes que se incluyen en el estudio un 8,3% (n=11) abandonó entre la evaluación y el inicio del tratamiento, el 27,2% (n=36) entre la primera y la doceava sesión de terapia, y el 8,3% (n=11) lo hacen entre ésta y el final del tratamiento. En el grupo TIE el 38,3% (n=28) abandonó el tratamiento antes de la sesión doce y el 8,2% (n=6) entre ésta y el final de tratamiento. Algo similar sucedió en el grupo control que el 32,2% (n=19) abandonaron antes de la sesión doce y el 8,4% después. Indicando que a medida que avanza el tratamiento se producen menos abandonos.

Puesto que la tasa de abandonos fue tan elevada, se analizaron las causas y la influencia de las variables sociodemográficas y de las principales variables en estudio.

Como en la primera sesión de tratamiento se pidió a los pacientes que informaran de los motivos en caso de tener que abandonarlo, se dispuso de datos referentes a las causas de abandono. Ninguno de los pacientes de los que iniciaron el tratamiento declaró haberlo abandonado por efectos adversos del tratamiento, 26 (44,8%) lo abandonaron por motivos personales o laborales, 2 (3,4%) por mejoría y 19 (32,7%) no informaron de los motivos.

Posteriormente, se llevó a cabo la comparación de medias para muestras independientes a fin de identificar diferencias en las características basales de los pacientes que abandonaron el tratamiento y de los que no lo hicieron.

Respecto a las **variables sociodemográficas** evaluadas se observaron diferencias significativas en el diagnóstico ($p=,047$) y la edad ($p=,001$). Entre los pacientes con agorafobia el 53,3% abandonan el tratamiento, en cambio, los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada lo finalizaron la mayoría (63,8%). Los que abandonaron el tratamiento son significativamente más jóvenes ($M=35,16$; $DT=9,407$) que los que no lo abandonan ($M=41,18$; $DT=10,649$), dándose un número mayor de abandonos entre los pacientes con menos de 30 años y entre los que tenían cincuenta años o más sólo abandonaron el 3,4%.

De las **variables significativas** en el proceso psicoterapéutico la única que resultó significativa en el abandono del tratamiento fue la comorbilidad con otros trastornos psíquicos. Los pacientes sin comorbilidad con otros trastornos presentaron una tasa de abandono significativamente mayor y los que presentaban abuso de sustancias como segundo diagnóstico abandonaron todos. También fue importante el porcentaje de abandonos (48,5%) entre los que presentaban un trastorno del estado de ánimo como diagnóstico secundario.

En la tabla 33 se presentan las variables clínicas, de personalidad y de IE en las que se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los que abandonaron y los que no abandonaron el tratamiento.

Los pacientes que abandonan el tratamiento obtienen puntuaciones más bajas en ansiedad rasgo, amplitud sintomática, síndrome de ansiedad y en los trastornos de personalidad Esquizoide, Fóbico, Dependiente y Compulsivo. También se observa que estos pacientes presentan puntuaciones más bajas en la habilidad para comprender sus estados emocionales.

Tabla 33.
Variables que influyen en el abandono del tratamiento. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.

	No abandona n=74		Abandona n=58		T Student
	Media	DT	Media	DT	P
ANSIEDAD RASGO	39,55	9,834	35,40	10,812	,029
PST AMPLITUD SINTOMATOLOGÍA	60,81	17,974	51,26	27,526	,018
ANSIEDAD MCMII-II	87,12	21,468	77,71	28,041	,038
TP ESQUIZOIDE	81,04	23,758	70,57	26,832	,025
TP FÓBICA	67,24	24,615	56,16	27,578	,022
TP DEPENDIENTE	88,91	23,329	69,37	32,809	,000
TP COMPULSIVO	92,38	25,389	74,53	32,790	,001
COMPRESIÓN DE EMOCIONES	,430	,082	,399	,078	,044

El nivel de satisfacción con la vida fue significativo en el abandono del tratamiento ($p=,025$). Los pacientes más insatisfechos con su vida abandonaron menos, sin embargo aquellos que calificaron de terrible su vida abandonaron la mayoría. El porcentaje menor de abandonos se dio entre los se sentían más bien insatisfechos al iniciar el tratamiento.

Parte II: Grupos diagnósticos

Tras comprobar la eficacia del tratamiento TIE se quiso analizar si era igualmente eficaz para los dos trastornos en estudio, o si por el contrario se daban diferencias entre los pacientes con agorafobia y TAG. A fin de no prolongar excesivamente la exposición, en esta segunda parte sólo se presentarán las variables que mostraron diferencias significativas a nivel estadístico.

En primer lugar se lleva a cabo la descripción de la muestra atendiendo a la clasificación diagnóstica de los pacientes. Posteriormente se comparan los resultados de los pacientes con agorafobia y TAG en el proceso, post tratamiento y en el seguimiento en función de si han sido tratados con TIE o con TCC. Del mismo modo que en la primera parte se obtuvo el coeficiente de Kolmogorov-Smirnov como indicador de la normalidad de las puntuaciones en las medidas de resultado. Posteriormente, se realizó el análisis de comparación de medias para muestras independientes, utilizando pruebas de contraste no paramétricas cuando el coeficiente de normalidad indicó que era lo adecuado dado el reducido tamaño de la muestra.

7.11. Evaluación Basal de los grupos diagnósticos

Se realizó el análisis descriptivo de la muestra para valorar si los trastornos en estudio presentaban diferencias significativas en las **características demográficas**. Las pruebas para el contraste de muestras independientes T de Student (variables continuas) y Chi Cuadrado (variables categóricas) mostraron diferencias respecto a la edad ($p=,004$), el número de hijos ($p=,002$) y la situación laboral ($p=,001$). La media de edad de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada fue mayor y entre ellos se da un porcentaje más elevado de pacientes con más de 40 años. También se observa que la mayoría de los pacientes con agorafobia no tienen hijos (58,6%), en cambio entre los pacientes con TAG predominan los que tienen dos (40,2%). Por otra parte, destaca el elevado porcentaje de pacientes con agorafobia que estaban de baja al inicio del tratamiento (50%).

Del mismo modo, se analizaron las diferencias en las **variables significativas** que pueden tener influencia en el desarrollo y mantenimiento del trastorno. El estilo de

afrontamiento ($p=,024$) y la presencia de crisis de pánico ($p=,000$) fueron las únicas que presentaron diferencias. Prácticamente el 100% de los pacientes con agorafobia y el 66,1% de los pacientes con TAG padecen crisis de pánico, sólo un paciente con agorafobia experimentada crisis de síntomas limitados. El porcentaje de los que tienen un estilo de afrontamiento externo es mayor en agorafobia (73,3%) que en el TAG (53,8%).

En las **variables clínicas** (Eje I) los pacientes con agorafobia y TAG sólo presentaron diferencias significativas en ansiedad fóbica, que los pacientes con agorafobia puntuaron más.

Como se vio en la primera parte de este capítulo, en los pacientes con agorafobia y TAG evaluados se da un porcentaje muy elevado de trastornos de personalidad. La media de las puntuaciones es más elevada en el **trastorno de personalidad** Fóbico para los pacientes con agorafobia ($p=,040$) y en el Obsesivo-compulsivo para los pacientes con TAG ($p=,021$).

No se observaron diferencias significativas en ninguna variable de **Inteligencia Emocional** entre los pacientes con agorafobia y TAG. Un dato curioso es que para ambos grupos la media en IE total presentó exactamente el mismo valor ($M=,428$), aunque las medidas de dispersión variaron ligeramente (agorafobia $DT=,065$ y TAG $DT=,067$).

Tampoco se observaron diferencias significativas respecto a la **satisfacción general con la vida** entre los pacientes con uno u otro grupo diagnóstico psicopatológico.

7.12. Eficacia de TIE: Comparación entre agorafobia y TAG

En la **evaluación de proceso** no se observaron diferencias en alianza y vínculo terapéutico entre los pacientes con agorafobia y TAG en el grupo TIE, pero sí en el TCC, que el vínculo terapéutico fue mayor con los pacientes con TAG ($p=,049$). Tampoco se observaron diferencias entre los grupos en ansiedad estado y rasgo en este momento de evaluación. Sin embargo, con el tratamiento TIE se observó una diferencia en la dimensión del cambio experimentado en ansiedad estado, que fue mayor para los pacientes con agorafobia ($p=,033$).

Posteriormente, se analizaron los resultados de todas las variables en estudio, en el post tratamiento y el seguimiento. En las próximas líneas se presentan ordenados en función del tratamiento administrado aquellos resultados en los que se observó una diferencia significativa entre los pacientes con agorafobia y TAG.

TIE

En el **post tratamiento** se observaron diferencias en el índice PST de la SCL-90-R ($p=,000$) y en el trastorno de personalidad Pasivo-Agresivo ($p=,038$) donde los pacientes con TAG puntúan más. Sin embargo, las puntuaciones en estas variables al finalizar el tratamiento no presentaban significación clínica.

Respecto a las habilidades de IE, las diferencias se dieron en regulación de emociones ($p=,041$), al finalizar el tratamiento los pacientes con agorafobia presentan mayor habilidad para regular sus emociones.

En el **seguimiento**, las puntuaciones en ansiedad estado de los pacientes con agorafobia son menores respecto a las de los pacientes con TAG ($p=,040$).

TCC

En el **post tratamiento** los pacientes con agorafobia mantienen un nivel más elevado de ansiedad fóbica ($p=,016$). Lo mismo sucede con el trastorno de personalidad Compulsivo que la diferencia existente en la evaluación basal se mantiene tras la intervención, siendo los pacientes con TAG los que obtienen puntuaciones mayores en esta variable ($p=,004$). En IEP, se observa que las diferencias en reparación de emociones se agudizan en el post tratamiento ($p=,043$), puntuando menos los pacientes con agorafobia.

En el **seguimiento**, el estado de ansiedad de los pacientes con agorafobia aumenta y el de los pacientes con TAG disminuye mostrando una diferencia significativa en la media de cambio experimentada ($p=,009$). En Inteligencia Emocional Percibida se agudizan las diferencias observadas en reparación ($p=,003$) al finalizar el tratamiento y además aparecen diferencias significativas en claridad ($p=,037$), variables en las que los pacientes con agorafobia puntúan significativamente menos.

Con el **TIE** no se apreciaron diferencias significativas la **tasa de mejoría** entre los pacientes con agorafobia y TAG, pero si en el momento en que esta mejoría se da (tabla

34). Un porcentaje mayor de pacientes con agorafobia experimentó una mejoría significativa en ansiedad rasgo entre el inicio del tratamiento y la sesión 12. En cambio en los pacientes con TAG la mayoría mejoró entre la sesión 12 y el post tratamiento.

Tabla 34.

Tasa de mejoría en el STAI para la agorafobia y el TAG con el tratamiento TIE. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.

TIE							
ANSIEDAD ESTADO	Muestra total		Agorafobia		TAG		P
EVALUACIONES	n	%	n	%	n	%	
PRE TRATAMIENTO - PROCESO	18	38,8%	11	55,0%	8	27,6%	,053
PRE TRATAMIENTO – POST -TTO	28	71,8%	12	85,7%	16	64,0%	,148
PRE TRATAMIENTO – SEGUIMIENTO 3M	24	77,4%	10	90,9%	14	70,0%	,183
PROCESO – POST TRATAMIENTO	24	61,5%	11	78,6%	13	52,0%	,102
PROCESO – SEGUIMIENTO 3M	17	43,6%	9	64,3%	8	32,0%	,051
POST TRATAMIENTO – SEGUIMIENTO 3M	4	10,3%	2	14,3%	2	8%	,535
ANSIEDAD RASGO	Muestra total		Agorafobia		TAG		P
PRE TRATAMIENTO - PROCESO	19	38,8%	10	50,0%	9	31,0%	,181
PRE TRATAMIENTO – POST –TTO	36	92,3%	13	92,9%	23	92,0%	,923
PRE TRATAMIENTO – SEGUIMIENTO 3M	36	92,3%	13	92,9%	23	92,0%	,923
PROCESO – POST TRATAMIENTO	31	79,5%	12	85,7%	19	76,0%	,471
PROCESO – SEGUIMIENTO 3M	32	82,1%	12	85,7%	20	80,0%	,656
POST TRATAMIENTO – SEGUIMIENTO 3M	5	12,8%	0	0%	5	20,0%	,073

Curiosamente, el tratamiento **TCC** tuvo el efecto contrario, la mayor parte de los pacientes con agorafobia mejoraron en ansiedad rasgo entre la sesión 12 y 24 y los pacientes con TAG mejoran entre el inicio del tratamiento y la sesión 12. Con el TCC las diferencias entre agorafobia y TAG se dieron en el seguimiento (respecto al post tratamiento) en ansiedad estado y en el proceso (respecto a la evaluación basal) en ansiedad rasgo. Ninguno de los pacientes con agorafobia experimenta una mejoría clínicamente significativa en ansiedad estado al finalizar el tratamiento, pero si el 20% de los pacientes con TAG. En la evaluación de proceso sólo el 5,9% de los pacientes con agorafobia presentan mejoría en ansiedad rasgo, en cambio entre los pacientes con TAG la tasa de mejoría alcanzó el 43,5% (ver tabla 35).

Tabla 35.

Tasa de mejoría en el STAI para la agorafobia y el TAG con el tratamiento TCC. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.

TCC							
ANSIEDAD ESTADO	Muestra total		Agorafobia		TAG		P
EVALUACIONES	n	%	n	%	n	%	
PRE TRATAMIENTO – PROCESO	15	37,5%	5	29,4%	10	43,5%	,364
PRE TRATAMIENTO – POST-TTO	23	65,7%	11	78,6%	12	57,1%	,191
PRE TRATAMIENTO – SEGUIMIENTO 3M	23	79,3%	7	70,0%	16	84,2%	,369
PROCESO – POST TRATAMIENTO	15	42,9%	8	57,1%	7	33,3%	,163
PROCESO – SEGUIMIENTO 3M	15	44,1%	5	38,5%	10	47,6%	,601
POST TRATAMIENTO – SEGUIMIENTO 3M	7	20,6%	0	0%	7	33,3%	,019
ANSIEDAD RASGO	Muestra total		Agorafobia		TAG		P
PRE TRATAMIENTO - PROCESO	11	27,5%	1	5,9%	10	43,5%	,008
PRE TRATAMIENTO – POST -TTO	13	37,1%	4	28,6%	9	42,9%	,392
PRE TRATAMIENTO – SEGUIMIENTO 3M	12	35,3%	4	30,8%	8	38,1%	,664
PROCESO – POST TRATAMIENTO	8	22,9%	5	35,7%	3	14,3%	,139
PROCESO – SEGUIMIENTO 3M	9	26,5%	4	30,8%	5	23,8%	,655
POST TRATAMIENTO – SEGUIMIENTO 3M	3	8,8%	1	7,7%	2	9,5%	,855

Parte III: Hipótesis complementarias

En esta tercera parte, se presentan los datos resultantes de la comparación de los sujetos respecto a algunas variables significativas en el proceso terapéutico, clínicas Eje I y II y de inteligencia emocional. El objetivo ha sido comprobar algunas hipótesis complementarias que han ido surgiendo a partir de la bibliografía revisada, y observar el efecto de ciertas características basales sobre las puntuaciones en las principales medidas de resultado. En esta apartado, como en el anterior, sólo se presentan los valores que mostraron significación estadística.

Se analizó sobre qué variables influía el hecho de haber recibido algún tipo de **abuso** a lo largo de la vida. Las variables que mostraron significación estadística en la evaluación basal fueron las que pueden verse en la tabla 36. Dónde se observa que el haber recibido algún tipo de abuso parece tener influencia sobre la ansiedad estado y rasgo, la habilidad para comprender los estados de ánimo propios y ajenos y la presencia de los trastornos de personalidad Fóbica, Pasivo-agresivo y Límite. También parece que tiene cierta influencia sobre la presencia del trastorno de personalidad Narcisista ($p=,054$).

Tabla 36.

VARIABLES SOBRE LAS QUE INFLUYE HABER RECIBIDO ALGÚN TIPO DE ABUSO A LO LARGO DE LA VIDA. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS Y NIVELES DE SIGNIFICACIÓN.

	NO ABUSOS n=34		ABUSOS n=68		T Student
	Media	DT	Media	DT	p
ANSIEDAD ESTADO	33,76	11,692	38,80	11,504	,017
ANSIEDAD RASGO	35,93	10,333	39,59	10,231	,050
COMPRESIÓN (MSCEIT)	,435	,078	,402	,082	,024
RAMA DE RAZONAMIENTO IE	,407	,065	,378	,070	,020
TP FOBICA	57,33	26,612	67,74	25,207	,028
TP PASIVOAGRESIVA	48,36	26,171	63,94	25,952	,001
TP LIMITE	53,71	24,516	70,62	24,387	,000

En cuanto a variables clínicas se quiso conocer si existían diferencias en función del nivel de **ansiedad rasgo** sobre las puntuaciones basales en IE y satisfacción con la vida, y para ello se realizó un análisis de la varianza, el nivel de ansiedad se determinó a partir de categorizar las puntuaciones en bajo, medio y alto. Los resultados indicaron que el grado de ansiedad rasgo está significativamente relacionado con: atención ($F=4,045$; $p=,020$),

claridad ($F=5,050$; $p=,008$), reparación ($F,052$; $p=,001$), comprensión de emociones ($F=4,763$; $p=,010$) y satisfacción con la vida ($F=4,991$; $p=,008$).

También se analizó si la presencia de síntomas de depresión (SCL-90) tenía influencia sobre los niveles basales de ansiedad, tal y como se afirma en la literatura científica. Se observó que efectivamente los síntomas de depresión influyen en las puntuaciones de los pacientes con agorafobia y TAG en ansiedad estado ($p=,000$) y rasgo ($p=,000$).

Como se ha visto en capítulos anteriores la presencia de los trastornos de personalidad esquizoide y esquizotípico está relacionada con la gravedad de los síntomas en pacientes con trastorno de ansiedad. Por ello se quiso analizar la influencia de estas variables sobre las características basales de la muestra. La diferencia en las puntuaciones entre aquellos pacientes que presentaban **trastorno de personalidad** Esquizoide o Esquizotípico y los que no presentaban estos trastornos se muestra en la tabla 37.

Tabla 37.

Diferencias entre pacientes que presentan y pacientes que no presentan trastorno de personalidad Esquizoide y Esquizotípico. Estadísticos descriptivos y niveles de significación.

Trastorno de personalidad	Media	DT	Media	DT	p
Puntuaciones > de 85 en Trastorno de Personalidad Esquizoide (MCMII-II)	NO ESQUIZOIDE n=72		ESQUIZOIDE n=52		T Student
ANSIEDAD ESTADO	34,54	11,899	39,08	11,296	,034
ANSIEDAD RASGO	35,19	10,141	41,60	9,666	,001
GSI	1,46	,744	1,9581	,789	,001
Puntuaciones > de 85 en Trastorno de Personalidad Esquizotípico (MCMII-II)	NO ESQUIZOTÍPICO N=90		ESQUIZOTÍPICO N=34		
ANSIEDAD ESTADO	34,76	11,720	40,91	11,038	,009
ANSIEDAD RASGO	35,69	10,484	43,68	7,678	,000
ESCALA GLOBAL AGORAFOBIA	211,95	56,841	287,31	69,819	,000
GSI	1,44	,699	2,25	,751	,000

Los pacientes con trastorno de personalidad Esquizoide puntúan significativamente más en ansiedad estado y rasgo, y en el índice GSI, que indica la gravedad media de los síntomas. También los pacientes con trastorno de personalidad Esquizotípico pero estos últimos, además puntúan significativamente más en la Escala Global de Agorafobia. Con lo que se confirma que ambos trastornos ejercen influencia sobre la gravedad de la sintomatología ansiosa y de los síntomas en general en los pacientes con los trastornos de ansiedad en estudio.

Los pacientes con excesiva atención solo se diferencian de los que presentan una adecuada atención a sus emociones por el nivel de ansiedad rasgo, los primeros presentan un nivel de ansiedad rasgo significativamente mayor ($p=,006$). Este dato corrobora los hallazgos de investigaciones anteriores en las que se demuestra que un exceso de atención a las emociones está relacionado con síntomas de ansiedad.

En cambio, los pacientes con baja reparación se diferencian de los que presentan una adecuada reparación en las puntuaciones de ansiedad estado y rasgo, síntomas de agorafobia, claridad emocional y los trastornos de personalidad narcisista, pasivo-agresivo, autodestructivo, esquizotípico y límite (ver tabla 38). En la tabla se observa que las personas que presentaban baja reparación emocional antes de iniciar el tratamiento puntuaban significativamente más alto en las variables mencionadas excepto en claridad que puntúan menos y en trastorno de personalidad narcisista.

Tabla 38.

Comparación entre pacientes que presenta una adecuada y baja reparación emocional: TMMS-24. Estadísticos y niveles de significación.

TMMS-24 Puntuaciones < de 24 en Reparación (TMMS)	REPARACIÓN ADECUADA n=73		REPARACIÓN BAJA n=51		T Student
	Media	DT	Media	DT	p
ANSIEDAD ESTADO	33,41	11,130	38,56	11,897	,016
ANSIEDAD RASGO	32,76	9,977	41,45	9,174	,000
IA ESCALA GLOBAL	207,91	65,611	251,18	67,364	,022
CLARIDAD TMMS-24	27,25	4,954	22,16	6,538	,000
FOBICA	56,58	24,909	67,11	26,526	,029
NARCISISTA	64,50	29,184	51,49	29,950	,018
PASIVOAGRESIVA	48,54	26,990	62,11	25,933	,006
AUTODESTRUCTIVA	51,72	26,180	71,58	26,953	,000
ESQUIZOTIPICA	60,60	26,272	74,00	24,013	,004
LIMITE	54,12	25,350	68,48	24,573	,002

Después se quiso comprobar la influencia de algunas características basales en los resultados obtenidos por los pacientes tras la intervención.

Se comprobó si existían diferencias en la respuesta al tratamiento entre aquellos que **temen morir** y aquellos que temen perder el control durante la crisis de pánico, como afirman algunos autores. El análisis de comparación de medias para muestras independientes no mostró efectos significativos en ninguna de las variables clínicas evaluadas en el post tratamiento.

La **orientación de intereses** interno o externo hace referencia al estilo de afrontamiento de los pacientes y se analizó la influencia de esta variable sobre las características basales de la muestra y sobre la respuesta al tratamiento. En la evaluación basal tuvo una influencia significativa sobre la Escala global del inventario de agorafobia ($p=,005$). Los pacientes con orientación externa puntuaron significativamente más en agorafobia que los pacientes con orientación interna. Pero esta diferencia dejó de ser significativa en el post tratamiento. En el post tratamiento la orientación de intereses tuvo influencia sobre las puntuaciones en los trastornos de personalidad Esquizoide ($p=,025$) y Límite ($p=,027$). Los pacientes con orientación de intereses interna puntuaron más en estos trastornos de personalidad que los que presentaban una orientación externa de intereses. También se observó un efecto significativo de esta variable sobre las puntuaciones en facilitación emocional al finalizar el tratamiento ($p=,050$), los pacientes con orientación externa puntuaron más que los que tenían orientación interna.

Más tarde se comprobó si un nivel bajo de reparación emocional basal estaba relacionado con las puntuaciones en **satisfacción vital** después de la intervención. Se observó que los pacientes con baja capacidad para reparar sus emociones obtienen puntuaciones más bajas en satisfacción vital al finalizar el tratamiento ($p=,039$).

Resumen de los resultados principales

Como la cantidad de los datos presentados es muy amplia, se ha elaborado el siguiente esquema con los resultados más significativos del estudio.

Evaluación basal

La aleatorización de los pacientes a los grupos de tratamiento permitió un reparto homogéneo de la muestra respecto a todas las variables en estudio excepto en las puntuaciones de los trastornos de personalidad antisocial, agresivo-sádico y autodestructivo (aunque las puntuaciones en estas variables no presentaba significación clínica).

Evaluación de proceso:

- Alianza terapéutica: No se observan diferencias significativas entre las puntuaciones de TIE y TCC, ni en vínculo terapéutico en este momento del tratamiento.
- Ansiedad: No se observan diferencias significativas entre los grupos de tratamiento en las puntuaciones en ansiedad.
- Sin embargo, cuando se comparan las puntuaciones de proceso respecto a la evaluación basal, las puntuaciones en ansiedad rasgo y ansiedad estado son significativamente inferiores para ambos grupos. Indicando que en la sesión 12 el nivel de ansiedad de los pacientes había disminuido significativamente.

Evaluación post tratamiento:

Muestra total

El **tratamiento psicoterapéutico es eficaz** para el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Agorafobia y TAG).

- Al finalizar la intervención, la media de las puntuaciones fueron significativamente más bajas en todas las variables clínicas y de personalidad excepto en psicoticismo (SCL-90-R).
- En IE el aumento de las puntuaciones en todas las subescalas del MSCEIT fue significativa. En el TMMS sólo fue significativo el aumento en las puntuaciones en Reparación de emociones.

Eficacia intra-grupo de los tratamientos TIE y TCC.

El tratamiento basado en inteligencia emocional (**TIE**) es eficaz sobre:

- Todos los **síntomas clínicos** (independientemente del instrumento de evaluación empleado)
- Todos los **trastornos de personalidad**
- Todas las variables de **inteligencia emocional** e **inteligencia emocional percibida**

- La **satisfacción con la vida**
- La **alianza terapéutica** y el **vínculo terapéutico**
- La **situación laboral**

El **TCC** es eficaz sobre:

- La **variables clínicas** ansiedad estado y rasgo, todos los síndromes clínicos evaluados con el MCMI-II pero no cuando los síntomas son evaluados con la SCL-90-R.
- Los **trastornos de personalidad**, excepto en Histriónico, Narcisista y Antisocial.
- La **satisfacción con la vida**
- **Inteligencia emocional** excepto en la habilidad comprensión de emociones y en atención a las emociones de la IEP.
- **Situación laboral**

Pero no parece que este tratamiento fomente la alianza y el vínculo terapéutico entre paciente-terapeuta.

Comparación de la eficacia entre los tratamientos TIE y TCC.

En el post-tratamiento el TIE se muestra significativamente más eficaz que el TCC sobre las puntuaciones en:

- Las **variables clínicas** ansiedad Rasgo (STAI) y somatización, reflejado en las puntuaciones de las escalas somatización (SCL-90-R) e histeriforme (MCMI-II).

No se observan diferencias significativas en la sintomatología agorafóbica, por lo que ambos tratamientos se han mostrado igualmente eficaces.

- Los **trastornos de personalidad** Dependiente, Compulsivo y Pasivo-Agresivo. También se observa una diferencia importante de las puntuaciones en el TP Esquizotípico.

- Tras la intervención un porcentaje mayor de pacientes del grupo TIE se siente **satisfecho con su vida**.

- Los pacientes del grupo TIE puntuaron significativamente más en todas las variables de **IEP** (TMMS-24) y de **IE** (MSCEIT).

- En el post tratamiento tanto la **alianza terapéutica** como el **vínculo terapéutico** fue mayor con los pacientes del grupo TIE.

No se observaron diferencias significativas en la **situación laboral** de los pacientes de ambos grupos de tratamiento.

Comparación de la eficacia entre los tratamientos TIE y TCC: Magnitud del cambio.

El cambio experimentado por los pacientes entre la evaluación basal y el post tratamiento en el grupo TIE fue significativamente mayor que en el grupo TCC en:

- Las **variables clínicas**: ansiedad rasgo, Escala Global "solo", en los índices de gravedad

sintomatológica (GSI y PST) y las subescalas del SCL-90-R somatización, depresión, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, aunque también se podría incluir ansiedad. También fue significativamente mayor en los síndromes clínicos (MCMI-II) ansiedad, histeriforme, hipomanía, psicoticismo, depresión mayor y delirios psicóticos.

- En todos los **trastornos de personalidad** excepto Pasivo-Agresivo y Autodestructivo, que aunque el cambio fue mayor en este grupo la diferencia respecto al grupo control no fue significativa.

- En **satisfacción con la vida**

- En **Inteligencia Emocional** en Claridad y Reparación emocional de la IEP y en IE total y en todas las subescalas excepto en Identificación de Emociones y la rama Experiencial del MSCEIT.

El cambio entre la evaluación basal y el post tratamiento de los pacientes del grupo **TCC** fue mayor en el índice PSDI (SCL-90-R).

Las puntuaciones en somatización y psicoticismo aumentaron ligeramente en el grupo TCC en el post tratamiento. Así como las puntuaciones en TP Histriónico.

Seguimiento

- En ansiedad las diferencias entre grupos son más significativas que en el post-tratamiento; las puntuaciones del grupo TIE disminuyen y las del grupo TCC aumentan.
- Las diferencias entre TIE y TCC dejan de ser significativas en atención, en cambio aumentan en claridad y reparación.

Tasa de mejoría

- La tasa de mejoría en **ansiedad rasgo** fue significativamente mayor en TIE que para el TCC en el proceso, el post-tratamiento y a los 3 meses de seguimiento.
 - TIE: proceso 38,8%, post-tratamiento 92,3% y seguimiento 92,3%
 - TCC: proceso 25,7%, post-tratamiento 37,1% y seguimiento 35,3%
- En los síntomas de **agorafobia** ambos tratamientos fueron igualmente eficaces y los pacientes mejoraron entre un 30% y un 60%. La tasa de mejoría para TIE fue 85,7% y para TCC fue 61,5%.

¿Cuándo se producen los cambios?

Los cambios más significativos en ansiedad rasgo se producen en TIE entre la sesión 12 y la 24, y estos cambios se mantienen en el seguimiento. En el TCC los cambios más significativos se dan entre la sesión 1 y la 12.

En TIE las puntuaciones en Atención disminuyen y el cambio más significativo se produce entre la evaluación basal y el seguimiento pero en TCC se da entre el post y el seguimiento. En claridad y

reparación se da en el post tratamiento en ambos grupos.

Cumplimiento del tratamiento

- El 50,7% de los pacientes asistieron al 80% de las sesiones.
- Las únicas variables significativas en el cumplimiento del tratamiento fueron: la comorbilidad con otros trastornos psíquicos y satisfacción con la vida. Pero parece que a mayor edad y estabilidad emocional mayor cumplimiento.

No hubieron diferencias significativas respecto al **nivel de implicación** entre los pacientes de ambos tratamientos.

El **nivel de satisfacción con el tratamiento** fue significativamente mayor en los pacientes del grupo TIE

Abandonos

- La tasa de abandonos es del 43,8% y la diferencia entre TIE (46,5%) y TCC (40%) no fue significativa.
- La mayoría de abandonos (27,2%) se dieron en la primera parte del tratamiento por motivos personales o laborales en el 44,8% de los casos.
- Las variables que influyen de forma significativa en el abandono del tratamiento son:
 - El diagnóstico: los pacientes con Agorafobia abandonan más.
 - La edad: los pacientes más jóvenes abandonan más.
 - La comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos especialmente el abuso de sustancias y la depresión.
 - La satisfacción general con la vida.

Eficacia del TIE: Comparación entre Agorafobia y TAG

Cuando se aplica el **TIE**, se observan diferencias en:

- El **índice PST** de la SCL-90-R donde los pacientes con TAG puntúan significativamente más.
- En las puntuaciones en **trastorno de personalidad Pasivo-Agresivo** que los pacientes con TAG que puntúan más.
- La **habilidad de regulación emocional** que los pacientes con agorafobia presentan mayor habilidad.
- La tasa de mejoría en **ansiedad rasgo** fue:
 - En el proceso del 50% para la agorafobia y del 31% para el TAG.
 - En el post tratamiento del 92,9% para la agorafobia y del 92,0% para el TAG y se mantienen en el seguimiento.

Los pacientes con agorafobia mejoran más entre la sesión 1 y la 12, en cambio, los pacientes con TAG mejoran más entre la 12 y la 24. (Con el tratamiento cognitivo conductual sucede justamente lo contrario).

Capítulo octavo: Discusión

8.1. La muestra y sus características basales

6.2. La eficacia intra-grupos de la intervención y comparación entre grupos

8.2.1. Evaluación de proceso

8.2.2. Evaluación post-tratamiento

8.2.3. Seguimiento

8.3. Características basales de los grupos diagnósticos

8.4. Eficacia de TIE para los trastornos de agorafobia y TAG

8.5. Cumplimiento del tratamiento y abandonos

Introducción

En el presente capítulo se revisan y comentan los resultados obtenidos en este estudio a la luz de las investigaciones más relevantes en este ámbito. También se revisan los objetivos e hipótesis que nos planteamos al inicio de la investigación.

8. Discusión

8.1. La muestra y sus características basales

El número total de sujetos reclutados fue de 173 de los cuales 14 fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión. El porcentaje de los sujetos que se incluyen en el estudio respecto a los que fueron reclutados es del 76,3% superior al de otros estudios (Carlbring et al., 2005; Klein et al., 2006). Tras la evaluación 27 pacientes escogieron la modalidad individual de tratamiento y 132 pacientes la modalidad grupal. En contraste a lo sucedido en el estudio de Sharp (Sharp et al., 2004) en el que la mayoría de los pacientes de la lista de espera optaron por el tratamiento individual, en nuestro estudio sólo el 15% de los sujetos reclutados rechazaron abiertamente la modalidad grupal de tratamiento. Aunque es posible que alguno de los que abandonaron el estudio antes o durante el tratamiento lo hicieran por este motivo.

La muestra del estudio estuvo formada por 132 pacientes por lo que su tamaño no está entre los considerados pequeños (<40 sujetos) por algunos metanálisis (Hunot et al., 2008). Se siguió la recomendación de Chambless y Hollon's (1998) como criterio (n= 25-30 por condición) para el tratamiento apoyado empíricamente. El tamaño es similar al de algunos estudios de eficacia de tratamiento psicoterapéutico individual (e.g., Linden, Zubaegel, Baer, Franke y Schlattmann, 2005) y grupal (e.g., Stanley et al., 2001; Wetherell, 2003) pero superior a la de la mayoría de los estudios revisados (e.g., Carlbring et al., 2005; Craske et al., 2003; Dugas et al., 2003; Ferrero et al., 2007; Klein et al., 2006; Merom en prensa; Milrod et al., 2001; Roemer y Orsillo, 2007).

Tras la asignación aleatoria de los sujetos a los grupos de tratamiento, 11 pacientes laboralmente activos no pudieron asistir a ninguna de las sesiones de tratamiento por incompatibilidad horaria y de los pacientes que iniciaron el tratamiento, 47 lo

abandonaron en diferentes momentos. Al finalizar el tratamiento se evaluaron 74 pacientes que lo habían completado y 73 fueron evaluados en el seguimiento.

Basándonos en las características demográficas de la muestra, los pacientes incluidos en este estudio son representativos de los participantes reclutados clínicamente por otras investigaciones (e.g., Carlbring et al., 2005; Craske et al., 2003; Klein et al., 2006; Öst et al., 2004; Salkosvskis et al., 2006; Sierra et al., 2008) y representativa en términos de prevalencia.

La mayoría de los pacientes presentaban un nivel medio bajo de **estudios** y más de la mitad no estaban laboralmente activos al inicio de la intervención. Se ha sugerido que estas dificultades en el ámbito laboral son debidas a una restricción funcional en la capacidad de la memoria, posiblemente porque los pacientes reservan una parte de su memoria de trabajo para tratar la información relevante para su ansiedad, aunque no esté relacionada con las exigencias del momento (Eysenck y Calvo, 1992). Concretamente en la agorafobia, durante las fases agudas, el pánico puede dificultar la asistencia al centro de trabajo o estudio, limitando en gran medida la evolución de la persona en estos ámbitos de la vida.

Casi la totalidad de los pacientes de la muestra experimentaba crisis de pánico frecuentes en las que la taquicardia, el ahogo y el miedo a perder el control fueron los síntomas más presentes. La **crisis de pánico** completa o de síntomas limitados es una variable nuclear en los trastornos de ansiedad estudiados, especialmente en el caso de la agorafobia (APA, 2003), y en la mayoría de trabajos se ha encontrado una relación entre pánico y agorafobia (Breier et al., 1986; Katerndahl, 2000; Lelliot y Katerndahl, 2000;). Por otra parte, se ha dicho que aquellos que temen perder el control durante las crisis tienen mejor pronóstico que los que tienen miedo a morir (Sassaroli y Lorenzini, 2000), sin embargo, en nuestro estudio no hemos encontrado diferencias significativas en la respuesta al tratamiento entre unos y otros.

Dado que los trastornos de ansiedad raramente no van asociados a **otros trastornos** (Dupuy y Ladoceur, 2008) se valoró conveniente controlar esta variable a fin de observar la incidencia que puede tener en la eficacia del tratamiento. La **comorbilidad con trastornos orgánicos** sólo se dio en una quinta parte de los pacientes, en cambio, la

comorbilidad con otros **trastornos psíquicos** fue muy elevada, alcanzando casi al 90% de los pacientes. La presencia de otros trastornos de ansiedad fue la que aparecía con más frecuencia (47,7%), seguida de los trastornos del estado de ánimo (25%). Estos datos coinciden con los apuntados por otros estudios en los que se observa que entre el 80-90% de los pacientes muestran síntomas concomitantes con otros trastornos Eje I (Arntz, 2003; Durham, 2007; Kessler et al., 1994). Concretamente en el estudio de Craske et al. (2003) también se encontró que el 50% de los pacientes presentaban comorbilidad con otros trastornos de ansiedad.

Un número importante de pacientes atribuyen su malestar a problemas familiares y para la mayoría los conflictos familiares se daban principalmente con la pareja y con la madre. Estos datos coinciden con algunos estudios que demuestran que los aspectos relacionados con la pareja y la familia representan el área más frecuente de preocupación en estos pacientes (Breitholtz et al., 1999; Craske et al., 1989; Roemer et al., 1997; Yoon y Zinbarg, 2007).

También es importante destacar el elevado porcentaje de pacientes que han sufrido **abuso o maltrato** en algún momento de su vida (66,7%). Se ha hallado una relación mayor entre episodios de abuso o maltrato en la infancia con la prevalencia de trastornos de ansiedad especialmente en el caso del trastorno de pánico con o sin agorafobia (Zlotnick et al., en prensa). En el trastorno de agorafobia la tasa de abusos sexuales o físicos es elevada, puede oscilar entre el 12,5% (Ozkan y Altindag, 2005) y el 53% (Moisan y Engels, 1995), y es significativamente mayor que en otros trastornos de ansiedad (Stein et al., 1996). Además se pudo confirmar que entre las personas que habían recibido algún tipo de abuso a lo largo de la vida el trastorno límite de personalidad estaba especialmente presente como ya ha sido destacado por Ozkan y Altindag (2005).

Se analizó la relación de la **orientación de intereses** de los pacientes con otras características basales y se encontró que la orientación externa estaba relacionada con la gravedad del síndrome agorafóbico, aunque esta relación dejó de ser significativa tras la intervención. Pero en el post tratamiento la orientación de intereses estaba relacionada con los trastornos de personalidad Esquizoide y Límite, y con las habilidades emocionales para facilitar el pensamiento. Parece que la orientación interna está más relacionada con

los aspectos psicopatológicos de la persona y su gravedad, y la externa con la habilidad usar las emociones para facilitar el pensamiento. Por otra parte parece que la intervención tiene un efecto positivo sobre el estilo de afrontamiento de los pacientes con agorafobia.

La distribución de los grupos de tratamiento en la evaluación basal respecto a las variables clínicas fue homogénea. El diagnóstico se confirmó con la entrevista estructurada SCID-I de acuerdo a los criterios del DSM como en la mayoría de los estudios de eficacia bien establecidos y el estado clínico a través de tres instrumentos de medida: SCL-90-R, STAI y las subescalas clínicas del MCMI-II. La principal medida de resultado del estudio ha sido la ansiedad rasgo, que es la más utilizada en los estudios de eficacia (Hunnot et al., 2008; Fisher y Durham, 1999) y para los pacientes con agorafobia también se tomó la escala global "solo" del Inventario de Agorafobia.

Los pacientes presentaban niveles muy elevados de ansiedad al inicio del tratamiento, la media de las puntuaciones tanto en la subescala de ansiedad rasgo como en la de estado se sitúan bastante por encima de la población normal. En síntomas agorafóbicos el 81% de los pacientes presentaron criterios para el diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia grave, puntuando por encima de los puntos de corte en todas las subescalas del Inventario de Agorafobia.

Es sabido que las personas con trastorno de ansiedad presentan una amplia gama de síntomas que provocan un elevado sufrimiento, inseguridad y limitaciones funcionales para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana (Kessler et al., 1998). En este estudio, en la **SCL-90-R** además de la ansiedad y de la ansiedad fóbica destacan la presencia de síntomas de depresión y obsesivo-compulsivos, y la gravedad e intensidad media de la sintomatología general.

Las medias de las puntuaciones en el **MCMI-II** indicaron la presencia destacada de los síndromes clínicos ansiedad e histeriforme, mostrando una distribución elevada pero comparable a los datos de prevalencia (Millon, 2004). Como en otros estudios se observa que la somatización es frecuente en estos trastornos (Starcevic et al., 2004), los pacientes son especialmente aprensivos presentando preocupaciones hipocondríacas y somatizaciones (Kessler et al., 1998).

En la presente investigación, se ha incluido y analizado la comorbilidad con trastornos del Eje II, porque los **trastornos de personalidad** constituyen un factor que influye negativamente en el curso clínico del trastorno (O'Rourke et al., 1996; Ozkan y Altindag, 2005; Skodol et al., 1995) y en la respuesta al tratamiento (Sierra et al., 2008). En la evaluación basal el 89,4% de los pacientes presentaban criterios para el diagnóstico de algún trastorno de personalidad. Este dato es superior al hallado por otros estudios que encuentran que entre el 33,9% (Ozkan y Altindag, 2005) y el 46% (Durham et al., 1994), pero similar al de otros que encuentran que el 95% de los pacientes con trastorno de ansiedad presenta criterios para un trastorno de personalidad y que el 20,5% para más de uno (Chambless et al., 1992; Grant et al. 2005; Wetzler et al., 1990).

Los trastornos de personalidad con mayor prevalencia fueron por este orden el Compulsivo, el Dependiente y el Esquizoide. La prevalencia mayoritaria de los dos primeros era esperable ya que ha sido encontrada por numerosas investigaciones (e.g., Ozkan y Altindag, 2005; Sierra et al., 2008; Skodol et al., 1995). La elevada prevalencia del TP Esquizoide evaluado con el MCMI-II está asociada, como ya ha sido señalado por Sierra y colaboradores (2008), a la gravedad del trastorno de agorafobia. Sin embargo, en este estudio la presencia del TP Esquizoide ha estado relacionada con la gravedad de los síntomas generales, especialmente con los síntomas de ansiedad y el rasgo de ansiedad, pero ha sido el TP Esquizotípico el que estaba asociado con la gravedad de la agorafobia.

El **grado de satisfacción general con la vida** se ha considerado un factor de mantenimiento del trastorno y también un indicador de la eficacia del tratamiento. En este sentido, parece que el malestar que generan los síntomas y problemas asociados a los trastornos en estudio sumerge a los pacientes en un estado de insatisfacción vital, que ha sido identificado en numerosos estudios (e.g., Mancuso et al., 1993; Massion et al., 1993; Stein y Heimberg, 2004; Yonkers et al., 2000). De los pacientes de la muestra sólo uno declaró sentirse feliz, la mayoría se sentían, en términos generales, insatisfechos con su vida.

Se ha señalado que las personas con baja reparación de emociones presentan baja satisfacción con la vida y que una atención excesiva a las emociones esta asociada negativamente con la satisfacción con la vida (Bastian et al., 2005; Cabello et al., 2006; Extremera, Durán y Rey, 2007; Extremera y Fernández-Berrocal, 2005). Sin embargo, en

la evaluación basal no se observó que los pacientes con excesiva atención o baja reparación estuvieran menos satisfechos con su vida. Pero coincidiendo con investigaciones previas los pacientes con trastorno de ansiedad presentaban un nivel de atención por encima de la población no clínica (Lizeretti, Farriols, Castell et al., 2007), cierta dificultad en identificar con claridad sus emociones y, sobre todo, en reparar sus estados de ánimo negativos (Lizeretti et al., 2006; Lizeretti, Farriols, Castell et al., 2007; Lizeretti, Farriols, Castell et al., 2008).

En esta investigación, el exceso de atención se ha relacionado con mayores puntuaciones en ansiedad rasgo y la dificultad para reparar los estados de ánimo con la ansiedad estado y rasgo, la gravedad del cuadro agorafóbico y los trastornos de personalidad pasivo-agresivo, autodestructivo, esquizotípico y límite. Posiblemente, las puntuaciones más elevadas en atención sean debidas a que la mayor parte de la muestra son mujeres, y las mujeres prestan más atención a sus emociones que los hombres (Extremera et al., 2007).

También los resultados en IE coinciden con los hallados en otras investigaciones, en las que los pacientes presentan baja inteligencia emocional total (Lizeretti, Farriols, Castell et al., 2008) y dificultades en las habilidades para facilitar el pensamiento, comprender y regular las emociones, pero no en las habilidades de identificación y reconocimiento emocional. Observándose también un patrón decreciente en las puntuaciones a medida que aumenta el nivel de complejidad de las habilidades emocionales (Lizeretti et al., 2006).

Estos resultados son coherentes con los de estudios realizados desde fuera del paradigma de la inteligencia emocional que indican que los pacientes con ansiedad presentan dificultades en regular sus emociones y sus experiencias internas, y que los síntomas están asociados a una emocionalidad más intensa, baja capacidad de comprensión de las emociones, reacción negativa o con ansiedad ante las propias emociones y dificultades en la gestión emocional (Mennin, 2004; Mennin et al., 2005).

8.2. Eficacia intra-grupo de la intervención y comparación entre grupos

Los resultados de este estudio demuestran que el tratamiento basado en inteligencia emocional (TIE) es más eficaz que el tratamiento cognitivo-conductual (TCC), tanto en los pacientes agorafóbicos como en los que padecen ansiedad generalizada. La tasa de mejoría hallada por el TIE al finalizar la intervención y en el seguimiento es superior, y la del TCC similar a las halladas en otros estudios sobre la ansiedad rasgo (Dugas et al., 2003; Durham et al., 1994; Ferrero et al., 2007; Merom et al., 2007; Roemer y Orsillo, 2007; Wells y King, 2006; Woodward y Jones, 1980) y en agorafobia (Carlbring et al., 2005; Craske et al., 2003; Klein et al., 2006; Milrod et al., 2001; Öst et al., 2004; Salkovskis et al., 1999; Sharp et al., 2004), a pesar que en este se incluían pacientes con alta comorbilidad.

8.2.1. Evaluación de proceso

De los estudios de eficacia revisados, sólo en uno se planteó una evaluación en el punto intermedio del tratamiento (Craske et al., 2003) y en otro, evaluar la alianza terapéutica al finalizar la intervención (Klein et al., 2006). En la evaluación de proceso el objetivo que nos planteamos fue observar el curso del tratamiento y la eficacia sobre el nivel de ansiedad en la primera parte de la intervención, tras 12 sesiones. Las elevadas puntuaciones en el WATOCI indicaron que tanto la alianza terapéutica como el vínculo establecidos con los pacientes era satisfactorio en ambos tratamientos.

Para evaluar el impacto del tratamiento en la principal medida de resultado se tomó el índice de Barlow (1992), una disminución del 20%, para establecer la mejoría clínicamente significativa en **ansiedad rasgo** (STAI). En la sesión doceava el 38,8% de los pacientes tratados con TIE y el 27,5% con TCC ya habían experimentado una mejoría igual o superior al 20% en ansiedad rasgo. Estos resultados son similares a los hallados por investigaciones como la de Craske et al. (2003) tras 16 sesiones de tratamiento o los hallados por Sharp et al. (2004) tras doce sesiones de TCC en grupo. Los resultados hallados en este punto son especialmente significativos si se tiene en cuenta que en muchos estudios la tasa de recuperación de los pacientes al finalizar el tratamiento se sitúa sobre el 40% (Fisher y Durham, 1999). El estado de ansiedad de los pacientes también se vio disminuido significativamente respecto a la evaluación basal en este momento del tratamiento.

Aunque las diferencias entre los grupos de tratamiento no fueron estadísticamente significativas, es posible que con el TCC el nivel de ansiedad fuera ligeramente más elevado porque en esta fase del tratamiento los pacientes están practicando la EV. Como ya se ha demostrado en numerosas ocasiones la EV ejerce un efecto negativo sobre los síntomas de ansiedad y pánico (Bados, 2003; Mattick et al., 1990; Michelson et al., 1985; Telch et al., 1995).

8.2.2. Evaluación post-tratamiento

Los resultados intra-grupo para el conjunto de los pacientes muestra que la intervención psicoterapéutica es eficaz en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, agorafobia y TAG, y que el efecto de la intervención fue significativo sobre todas las variables evaluadas excepto en psicoticismo, atención y claridad emocional. Las puntuaciones generales en ansiedad rasgo descendieron un 31,3% respecto a la evaluación basal y del 81,1% de los pacientes con agorafobia, que puntuaban por encima del punto de corte en la Escala Global "sólo" del IA, sólo el 22,2% seguían obteniendo puntuaciones superiores al finalizar la intervención.

Variables clínicas: Eje I

El **TIE** muestra eficacia significativa a nivel estadístico sobre todas y cada una de las variables clínicas evaluadas. A nivel clínico la **tasa de mejoría** en ansiedad rasgo fue del 92,3% y el 100% de los pacientes presentaban una mejoría superior al 30% en síntomas de agorafobia al finalizar el tratamiento. El descenso medio del nivel de ansiedad y de agorafobia fue aproximadamente del 50%.

En cambio, el **TCC** tuvo un efecto significativo sobre ansiedad rasgo y estado, agorafobia, PST (amplitud sintomática media) y todos los síndromes clínicos evaluados con el MCMII-II pero no en los evaluados con el SCL-90-R, que los que mejoran no lo hacen de forma significativa y algunas variables como somatización, hostilidad y psicoticismo, incluso empeoran ligeramente respecto a la evaluación basal. Por lo que parece que el MCMII-II sea más sensible a los cambios generados con este tratamiento.

Pero, desde la perspectiva humanista integradora, una posible explicación al aumento de las puntuaciones en estas variables sería que la intervención psicoterapéutica centrada en

los síntomas puede llevar al desplazamiento de la ansiedad a otras dimensiones de la persona como es la dimensión corporal, en el caso de la somatización.

La **tasa de mejoría** sobre ansiedad rasgo con el TCC fue del 37,1% similar a la de otros estudios en los que la tasa de recuperación de los pacientes se sitúan sobre el 40% al finalizar el tratamiento (Fisher and Durham, 1999). En agorafobia el 76,9% de los pacientes mejoraron por encima del 30%, sin embargo el 23,1% mejoraron de forma leve. Estos datos son ligeramente superiores a los recogidos por Bados (2001) en un metanálisis en el que concluye, que a pesar de que el TCC se ha mostrado altamente eficaz con otras fobias, esta eficacia se ve reducida ante la complejidad del trastorno agorafóbico en el que un tercio de los pacientes mejoran poco o nada.

Cuando se comparan los **resultados entre grupos** al finalizar la intervención se observa que el TIE se muestra más eficaz en ansiedad rasgo, agorafobia, somatización y síndrome histeriforme. Pero cuando se compara el cambio experimentado por los pacientes de ambos grupos el efecto de la intervención es mayor para los pacientes del grupo TIE en todas las variables clínicas, a excepción del índice PSDI, que indica la amplitud somática media. En ansiedad rasgo el cambio producido fue 2,23 veces mayor al producido por el TCC y de 1,4 veces superior en agorafobia.

Incluso tomando, como en otros estudios (Öst et al., 2004), el estricto criterio de significación clínica propuesto por Jacobson, Follette y Revenstorf's (1984) (que estipula que para hablar de mejoría clínicamente significativa la media de las puntuaciones al finalizar el tratamiento deben caer dentro de los rangos de normalidad en las puntuaciones del test) observamos que las puntuaciones en ansiedad rasgo para el grupo TIE caen dentro del centil 45, mientras que para los pacientes del grupo TCC caen entre el centil 60 y el 65.

Tal y como se expuso en el capítulo cuarto en el TCC el principal componente terapéutico orientado al tratamiento de la evitación agorafóbica es la exposición en vivo que se muestra eficaz en numerosos estudios (e.g., Bados, 2001, 2003; Cox et al., 1992; De Beurs et al., 1999; Echeburúa et al., 1993; Emmelkamp y Mersch, 1982; Gould et al., 1995; Marks et al., 1993; Mattick et al., 1990; Swinson et al., 1995). Sin embargo, con el tratamiento TIE, que no incluye la EV entre sus componentes, se observó que los

pacientes se exponían voluntariamente a las situaciones fóbicas desde las primeras sesiones sin indicación por parte de los terapeutas, coincidiendo con las observaciones de Craske y colaboradores (2003). Los resultados de ambos estudios contribuirían a demostrar que la autoexposición es tan eficaz como la EV programada. En esta línea, dentro de la tradición cognitiva varios estudios demuestran la eficacia de tratamientos para la agorafobia que no incluyen EV como ingrediente activo (Bouchard et al., 1996; Craske et al., 2003; Hoffart, 1995; van den Hout et al., 1994).

Uno de los principales problemas en la aplicación del TCC es la dificultad en cumplir con las técnicas de exposición porque el desarrollo de estrategias de afrontamiento requiere un esfuerzo sostenido por parte de los pacientes, que a menudo se sienten poco motivados (Durham, 2007; Fava et al., 1995; Sanderson y Bruce, 2007), además se ha demostrado que cuando el TCC incluye EV el porcentaje de pacientes que mejoran es menor (Bados, 2003).

En los síntomas de **depresión**, que se asocian a los trastornos en estudio (Durham, 2007; Kessler et al., 2005), el TIE se mostró más eficaz que el TCC. También se muestra más eficaz en los síntomas psicósomáticos frecuentes en estos pacientes (Bados, 2004; 2006) y que vienen expresados por las escalas **somatización** e **histeriforme**. Esta diferencia puede explicarse porque la dimensión corporal deviene en el tratamiento TIE objetivo de intervención y varias de las estrategias empleadas están orientadas a identificar la dimensión corporal del malestar emocional en vistas a su comprensión e integración.

En general, el TIE es más eficaz en el cambio producido sobre la gravedad y amplitud sintomática que se aprecia en todos los síntomas clínicos, especialmente en los índices GSI y PST. Pero en obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, neurosis depresiva, abuso de alcohol y drogas no alcanza significación estadística, y únicamente en el índice PSDI (Intensidad Sintomática Media) el cambio producido es mayor con el TCC.

Variables clínicas: Eje II

En cuanto a los **trastornos de personalidad**, se ha demostrado que afectan al curso del trastorno, a su severidad (Ozkan y Altindag, 2005) y que predicen un peor curso clínico (O'Rourke et al., 1996). Sin embargo, en los estudios de eficacia para los

trastornos en estudio no se suele informar de los cambios producidos a este nivel, limitándose a los efectos del tratamiento sobre las variables clínicas. En la presente investigación se ha tomado como medida de resultado secundaria el efecto de la intervención sobre los trastornos de personalidad. El efecto de **TIE** fue altamente significativo sobre todas las variables de personalidad patológica a nivel $p=,000$. Este resultado indica que el desarrollo de las habilidades emocionales tiene, como se esperaba, un importante efecto sobre la estructura de personalidad de los pacientes.

El **TCC** tuvo un efecto significativo en todas las variables excepto en los trastornos de personalidad del grupo B: Histriónica, Narcisista y Antisocial. Las principales características que tienen en común estos trastornos son la dificultad de establecer un contacto emocional auténtico, lo que provoca que se perciban superficiales, invasivos, seductores y manipuladores, y la necesidad de atención constante. Ambas características están asociadas a una importante dificultad en la capacidad de regulación emocional que se ha identificado en los rasgos de personalidad de los trastornos pertenecientes a este grupo (Leible y Snell, 2004; Malterer et al., 2008).

Al finalizar la intervención el tratamiento TIE se muestra más eficaz que el TCC en los trastornos de personalidad más prevalentes en estos pacientes, el dependiente y el obsesivo (Ozkan y Altindag, 2005; Sierra et al., 2008; Skodol et al., 1995). Pero cuando se valora la dimensión del cambio experimentado por los pacientes la eficacia del TIE es significativamente mayor que la del TCC en todos los trastornos de personalidad excepto en pasivo-agresivo y autodestructivo. Como en los estudios de eficacia no se analiza la incidencia de la intervención sobre los trastornos Eje II, los resultados obtenidos no se han podido comparar con los de ningún otro estudio.

Por otra parte, estos resultados indican que, a pesar de que frecuentemente han sido disociados, existe una estrecha relación entre los síntomas psicopatológicos del Eje I y los trastornos de personalidad del Eje II, tal y como se defiende desde la Psicoterapia Integradora Humanista (Gimeno-Bayón, 2002; Gimeno-Bayón y Rosal, 2001; Gimeno-Bayón y Rosal, 2003; Rosal y Gimeno-Bayón, 2001). En este sentido, Bados (2004) afirma que los trastornos de personalidad cambian como resultado del tratamiento de la agorafobia, lo que sugiere que, al menos en parte, son secundarios a dicho trastorno.

Satisfacción con la vida

También ha sido significativo el impacto del tratamiento **TIE** sobre la satisfacción general con la vida. Al finalizar el tratamiento ninguno de los pacientes expresó sentirse insatisfecho con su vida y el 56,4% declararon sentirse más bien satisfechos. En los pacientes tratados con **TCC** aunque se produjo un incremento significativo del nivel de satisfacción con la vida, en el post tratamiento todavía el 11,8% de los pacientes se sentían, en términos generales, más bien insatisfechos.

Inteligencia emocional

Como se pretendía con el **TIE** los cambios sobre los factores de la Inteligencia Emocional Percibida fueron altamente significativos y se produjeron en la dirección esperada. Se redujeron las puntuaciones en atención y aumentaron significativamente en claridad y reparación de la IEP. Aunque en la evaluación basal no se observó que los pacientes con baja reparación estuvieran menos satisfechos con su vida, se quiso comprobar si una baja reparación emocional estaba relacionada con las puntuaciones en satisfacción vital después de la intervención. Los resultados mostraron que los pacientes con baja capacidad para reparar sus emociones se sienten menos satisfechos con su vida al finalizar el tratamiento.

En las habilidades de Inteligencia Emocional los resultados indicaron que con el TIE se había dado un incremento significativo en todas habilidades de inteligencia emocional, siendo la habilidad para regular las emociones la que experimenta mayor cambio. De forma que al finalizar el tratamiento los pacientes presentaban un nivel comparable a la población no clínica en IE total y en cada una de las ramas del constructo. Estos resultados contribuyen a confirmar la validez interna del tratamiento basado en IE y su eficacia en el abordaje de la dimensión emocional de los trastornos para la que fue diseñado. A la vez que demuestran que la intervención focalizada en el desarrollo de estas habilidades emocionales, conlleva una importante mejoría en los síntomas clínicos, en los trastornos de personalidad y en la satisfacción con la vida, y refuerzan la hipótesis que sostenemos de que la IE constituye un factor fuertemente implicado en los trastornos psicopatológicos.

Como se demostró en otro trabajo (Eack et al., 2007) el **TCC** también es eficaz en el desarrollo de las habilidades de IE evaluadas con el MSCEIT. En la presente investigación,

al finalizar el tratamiento los pacientes mostraron un nivel de IE mayor y habían aumentado todas sus habilidades emocionales excepto la comprensión emocional. Pero los resultados muestran que no tuvo un efecto positivo en ninguno de los factores de la IEP, incluso se observa que la capacidad de identificar con claridad las emociones disminuye al finalizar la intervención. Parece que las estrategias terapéuticas que se emplean en el TCC, dirigidas al tratamiento de los síntomas, contribuyen de algún modo al desarrollo de las habilidades emocionales. Pero es posible que los pacientes no tengan la percepción de haber aumentado su IE puesto que no se interviene de forma explícita sobre cuestiones de conocimiento emocional.

Las discrepancias entre los resultados hallados con los distintos tipos de instrumentos de evaluación de la IE (escala de auto-informe y test de habilidad) es un hecho que se constata a medida que aumenta el número de investigaciones en este campo. Cuando se compararon las puntuaciones en IE e IEP en población clínica las subescalas del TMMS-24 no correlacionaban con las del MSCEIT, incluso se observó que reparación correlacionaba negativamente con las habilidades del área experiencial (Lizeretti et al., 2006). Concretamente, en pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad la claridad emocional fue el único factor de la IEP que correlacionó positiva y significativamente con la IE total (Lizeretti, Farriols, Castell et al., 2008). Con ello se consolida la idea de que las habilidades de IE y de IEP constituyen claramente dimensiones distintas de la inteligencia emocional, y se confirma que es adecuado emplear conjuntamente ambos tipos de instrumentos.

Por otra parte, la dimensión del cambio en los factores de la IEP y en las habilidades de la IE fue significativamente mayor en el grupo TIE excepto en atención y en identificación emocional. Respecto a este resultado cabe tenerse en cuenta que los pacientes con los trastornos de ansiedad en estudio no presentan dificultad en atender e identificar las emociones propias y ajenas. Por lo que la intervención TIE ha incidido especialmente en el desarrollo de las habilidades que eran deficitarias. En este sentido los resultados de numerosos estudios apuntan que una atención elevada a las emociones si no va acompañada de la capacidad de identificarlas claramente y de la capacidad de gestionarlas de forma adaptativa, más que ventajas conlleva importantes dificultades personales y relacionales (e.g., Bastian et al., 2005; Brackett et al., 2004; Ciarrochi, et al., 2001; Lopes et al., 2003; Extremera et al., 2006; Extremera y Fernández- Berrocal, 2005;

Lizeretti et al., 2006; Lizeretti, Farriols, Castell et al., 2007; Palomera y Brackett, 2006; Salguero e Iruarrizaga, 2006; Warwick y Nettelbeck, 2004).

Alianza terapéutica

La alianza y el vínculo terapéutico, que se toman como indicadores del proceso terapéutico, fueron mayores en el TIE al finalizar la intervención, siendo coherente con el resultado en el resto de variables. La media del cambio indicó un aumento cinco veces mayor que en el TCC entre la sesión 12 y la 24. Es posible que en la primera parte del tratamiento los pacientes encuentren en el TCC respuesta a su demanda -eliminar o reducir los síntomas que les provocan malestar- y por ello en la evaluación de proceso no se observaron diferencias entre una y otra condición experimental. En cambio, con el TIE los pacientes al principio pueden sentir que la intervención no responde a sus expectativas, en cuanto la intervención sobre los síntomas es indirecta, pero una vez comprenden los principios por los que se rige el tratamiento y empiezan a experimentar cambios significativos en su vida la alianza y el vínculo terapéutico se consolidan.

Estos datos también parecen indicar que las actitudes del terapeuta que se requieren para la aplicación del tratamiento basado en inteligencia emocional revierten en un mejor vínculo terapéutico. Como ya se ha demostrado en numerosas ocasiones la relación entre paciente y terapeuta constituye un factor clave del éxito terapéutico (e.g., Bachelor, 1991; Barber et al., 1999; Bording, 1976; Botella y Corbella, 2005; Corbella y Botella, 2003; Corbella y Botella, 2004; Gaston et al., 1991; Greenberg, 2004; Greenberg_y Watson, 1998; Lambert, 1986; Paivio y Bahr, 1998).

Situación laboral

En la situación laboral, que se ha considerado en esta investigación como un indicador del funcionamiento social de los pacientes, también se observaron cambios significativos. Al finalizar el tratamiento había aumentado el porcentaje de pacientes en activo en ambos grupos y no se dieron diferencias significativas entre ellos. El incremento significativo de pacientes laboralmente activos al finalizar el tratamiento es consistente con la mejoría clínica experimentada. No obstante, se observa que indistintamente del tratamiento administrado algunos pacientes incluso habiendo experimentado una notable mejoría de los síntomas son resistentes a incorporarse a su puesto de trabajo. Esta reacción puede ser debida a los sentimientos de inseguridad y temor que genera reincorporarse al trabajo

o iniciar un proceso de búsqueda de empleo, y que supone, en muchos casos, perder la pensión que reciben por baja laboral. Este factor, entre otros, estaría entre aquellos que se han considerado como beneficios secundarios del síntoma, especialmente arraigados en pacientes con trastornos crónicos.

8.2.3. Seguimiento

Con el objetivo de comprobar la estabilidad en el tiempo de los cambios producidos por la intervención terapéutica a medio plazo (Abbass et al., 2007) se estableció una evaluación de seguimiento. El seguimiento se realizó, a los 3 meses como en otros estudios (e.g., Klein et al 2006; Roemer y Orsillo, 2007) y las variables evaluadas fueron ansiedad estado y rasgo con el STAI como variables clínicas y la inteligencia emocional percibida con el TMMS-24. Se decidió no administrar más pruebas a fin de evitar sesgos de respuesta y el desgaste de la muestra ya que el tiempo transcurrido desde la evaluación post tratamiento era escaso.

En el seguimiento, el nivel de **ansiedad** rasgo del grupo TIE se mantiene, incluso sufre un ligero descenso, y en el grupo TCC por el contrario se incrementa ligeramente respecto al post tratamiento. En ansiedad estado las diferencias se acentúan porque en el grupo TIE disminuye el nivel de ansiedad y en el grupo TCC aumenta.

En el TIE la tasa de mejoría en ansiedad rasgo (92,3%) del post tratamiento se mantuvo en el periodo de seguimiento en cambio en el TCC experimentó un ligero descenso, indicando que el 8,1% de los pacientes recayeron durante los tres meses que duró el seguimiento. Este dato es congruente con la afirmación de que el porcentaje de recaídas en síntomas de ansiedad es mayor cuando la EV se incluye en el TCC (Bados, 2003).

Los factores de la **IEP** también sufrieron variaciones en el seguimiento. En atención, las diferencias existentes entre los grupos en el post tratamiento desaparecen en el seguimiento, en TIE disminuye y en cambio las del TCC aumentan. En claridad y reparación de emociones las diferencias entre grupos se acentúan en el seguimiento porque se da un aumento de las puntuaciones en el grupo TIE. Aunque parece que los cambios que puedan producirse en tres meses de seguimiento no sean significativos, en el TCC la mayor parte del cambio en atención y reparación se produce entre el post

tratamiento y el seguimiento. En cambio, en claridad parte del cambio producido con la intervención se pierde en el seguimiento.

¿Cuándo se producen los cambios?

El hecho de realizar diversas evaluaciones permite identificar los cambios que se producen y en qué momentos se dan. Lamentablemente, no se dispone de datos de todas las variables en estudio para todas las evaluaciones realizadas, que sin duda aportarían información importante. Sin embargo, se han evaluado los cambios producidos en la principal medida de resultado en cuatro momentos distintos. En esta investigación se observa que los cambios más significativos en ansiedad rasgo se dan en el TCC entre la sesión 1 y 12, por el contrario en el TIE se dan entre la sesión 12 y la 24. Coincidiendo este último con los escasos datos de los que se dispone sobre esta cuestión que proceden de las observaciones de Craske y colaboradores (2003) cuando comparando dos condiciones experimentales encontraron que en ambas la mejoría significativa de los pacientes se produjo entre la mitad del tratamiento y el final.

Estas diferencias indican que los cambios con el TCC son más rápidos aunque también menos significativos que con el TIE, lo que parece lógico puesto que el primero focaliza la intervención en los síntomas y el segundo los aborda indirectamente. Este aspecto podría considerarse como un factor que permite diferenciar entre ambos tratamientos y a la vez constituye un criterio para optar por uno u otro. En función de si la prioridad en la elección del clínico es la rapidez de los cambios o la magnitud de los mismos.

En todo caso, estos resultados sugieren, en línea con las investigaciones de proceso, que es importante realizar evaluaciones intermedias a fin de conocer en qué momento del tratamiento se producen los cambios y la dimensión de los mismos, a fin de poder optimizar no sólo la eficacia sino también la efectividad de los tratamientos.

8.3. Características basales de los grupos diagnósticos

Tras comprobar la eficacia del tratamiento experimental se quiso saber si era igualmente eficaz para el trastorno de agorafobia que para el TAG. La distribución de la muestra respecto al diagnóstico fue homogénea, aunque la prevalencia fue ligeramente mayor en el TAG (54,5%) que en la Agorafobia (45,5%).

Como en estudios previos los pacientes con agorafobia y TAG no presentaron importantes diferencias en sus características basales (Lizeretti, Farriols, Castell et al., 2008). En las variables sociodemográficas se diferenciaron respecto a la edad, el número de hijos y la situación laboral. La media de edad en el trastorno de ansiedad generalizada fue mayor, también fue mayor el porcentaje de pacientes con hijos y el de pacientes laboralmente en activo. Indicando, en cierto, modo un nivel de normalización mayor de los pacientes con este trastorno.

En las variables significativas en el proceso terapéutico los grupos diagnósticos mostraron diferencias en la presencia de crisis de pánico y el estilo de afrontamiento o dirección de intereses. Casi el 100% de los pacientes con agorafobia padecen crisis de pánico, sólo un paciente experimentaba crisis de síntomas limitados, y el estilo de afrontamiento externo en estos pacientes es más frecuente que en los pacientes con TAG.

La mayoría de pacientes con TAG manifestaron que mantenían una relación de pareja conflictiva. En esta línea, McLeod (1994) destacó que las mujeres con TAG presentan importantes niveles de distrés en la relación de pareja.

En cuanto a las variables clínicas, se observaron diferencias importantes en ansiedad fóbica, evidentemente los pacientes con agorafobia puntúan más en esta variable. Por otra parte, las puntuaciones para el grupo de agorafobia en las subescalas del SCL-90 (depresión, ansiedad, ansiedad fóbica y somatización) fueron superiores a las halladas en otros estudios dónde también se empleaba este instrumento (Rosenberg y Hougaard, 2005; Starcevic et al., 2004). Lo que sugiere que los pacientes agorafóbicos de nuestra muestra presentaban mayor gravedad en estos síntomas que en otros estudios homólogos.

En el Eje II las diferencias se evidenciaron en los trastornos de personalidad compulsivo y fóbico, en el TAG el compulsivo fue más prevalente y en la agorafobia el fóbico, confirmando los datos epidemiológicos de varios estudios (Öst et al., 2004; Ozkan y Altindag, 2005; Sierra et al., 2008; Skodol et al., 1995).

En la evaluación basal no se observaron diferencias en ninguna variable de Inteligencia Emocional, dónde curiosamente puntuaron exactamente igual en IE total, ni respecto al nivel de satisfacción con la vida.

8.4. Eficacia de TIE para los trastornos Agorafobia y TAG

En la **evaluación de proceso** se dieron diferencias en la dimensión del cambio experimentado por los pacientes con agorafobia y TAG en ansiedad estado. Esta diferencia puede ser debida a que los pacientes con agorafobia cuando empiezan a exponerse, por sí mismos y sin presión, a las situaciones fóbicas, tienen una gran percepción de mejoría y satisfacción, por lo que la ansiedad tiende a disminuir. Por el contrario, el nivel de ansiedad aumenta cuando se sienten presionados a exponerse a dichas situaciones, como sucede con el TCC. Esta hipótesis se ve reforzada si se atiende al porcentaje de pacientes que habían mejorado en este momento. Con el TIE la tasa de mejoría para la agorafobia en ansiedad estado fue mayor (55%) que para el TAG (27,6%). En cambio, con el TCC fue mayor para el TAG (43,5%) que para la agorafobia (29,4%).

En el **post tratamiento**, con el TIE no se observaron diferencias entre agorafobia y TAG en el número de pacientes que habían experimentado mejoría en ansiedad estado, ni en ansiedad rasgo, que la tasa de mejoría fue prácticamente idéntica para ambos grupos (92%). Con el TCC tampoco se observaron diferencias entre ambos trastornos al finalizar el tratamiento.

En el TCC se observa que el nivel de ansiedad de los pacientes con agorafobia aumenta en el **seguimiento** respecto al post tratamiento. Este dato coincidiría con la observación clínica de que los tratamientos muy estructurados y pautados, en los que el paciente atribuye el cambio a factores externos, crean dependencia en los pacientes con agorafobia, que se ven desamparados al finalizar el proceso terapéutico.

Por otra parte parece lógico pensar que en el trastorno de agorafobia, que presentan síntomas más concretos e incapacitantes, la intervención tenga mayor incidencia sobre la amplitud sintomática que en el TAG cuyos síntomas son más difusos. Del mismo modo, los sentimientos de rabia, impotencia y hostilidad se ven reducidos en mayor medida

cuando los síntomas agorafóbicos desaparecen. En cambio en el TAG, que los pacientes frecuentemente atribuyen su ansiedad a una forma de ser (Durham, 2007), la toma de conciencia de las propias dificultades y conflictos puede llevar a los pacientes a experimentar estos sentimientos.

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos principales del TIE es desarrollar las habilidades que permiten la expresión regulada de las diversas emociones y que los pacientes con trastorno de ansiedad tienen, con frecuencia, reprimida la rabia (Blair et al., 2008). Es posible, que este proceso se gestione de forma distinta por los pacientes con agorafobia y TAG, que recordemos representan según Engels et al. (2007) dos tipos distintos de ansiedad, y que esta diferencia se vea reflejada en las puntuaciones de variables como hostilidad o los rasgos pasivo agresivos de la personalidad. En este sentido, también se observa que los pacientes con agorafobia al ser tratados con TIE desarrollan en mayor medida sus habilidades de regulación emocional que los pacientes con TAG.

Con el tratamiento TIE el 50% de los pacientes con agorafobia experimentó una mejoría significativa en ansiedad rasgo entre el inicio del tratamiento y la sesión 12. En cambio, el 76% de los pacientes con TAG mejoró entre la sesión 12 y el post tratamiento. En la misma línea argumental que Durham (2007) se ha observado que los pacientes con TAG tienen menos conciencia de enfermedad que los pacientes con agorafobia. Por lo que en la primera parte del tratamiento el interés del paciente está más centrado en el descubrimiento e identificación de los aspectos conflictivos de su vida (de los que frecuentemente tampoco tiene conciencia) que en la activación de estrategias en vista a solucionar dichos conflictos.

Curiosamente con el TCC sucede justamente lo contrario, la mayoría de los pacientes con TAG mejoran en la primera parte del tratamiento y los pacientes con agorafobia en la segunda (entre la sesión 12 y la 24). Como se comentó anteriormente, es bastante probable que estos resultados estén relacionados con el empleo de las técnicas de exposición y el aumento de ansiedad que generan en los pacientes, sobretudo en las fases iniciales del tratamiento.

A pesar de que el tratamiento TIE se muestra altamente eficaz tanto para el trastorno de agorafobia como para el TAG, y más eficaz que el TCC para ambos trastornos, obtiene resultados ligeramente mejores respecto a algunas variables sobre la agorafobia. Este resultado no sorprende cuando varios investigadores señalan que el TAG, a diferencia de otros trastornos de ansiedad, responde sólo de forma modesta al tratamiento psicoterapéutico (e.g., Roemer y Orsillo, 2007; Durham, 2007; Wells y King, 2006). No obstante, los resultados en ansiedad rasgo obtenidos en esta investigación indican que con el TIE la tasa de mejoría en el TAG (92%) es significativamente mayor que la informada por la mayoría de los estudios incluidos en el metanálisis de Hunot y colaboradores (2008) que oscila entre el 35-50%. En cambio, la tasa de mejoría obtenida por el TCC (42,9%) es comparable con la hallada por estos estudios.

8.5. Cumplimiento del tratamiento y abandonos

Otras cuestiones analizadas en esta investigación han sido el cumplimiento del tratamiento, el grado de satisfacción y el grado de implicación por parte de los pacientes. Se empleó un criterio estricto para establecer el **cumplimiento** del tratamiento (80% de las sesiones) y no se dieron diferencias entre los grupos de tratamiento en esta variable, tampoco en el promedio de sesiones a las que asistieron los pacientes. En referencia a esta cuestión, una realidad con la que se encuentran habitualmente los centros públicos de salud mental es con un elevado índice de absentismo por parte de los pacientes.

Al analizar las características de los que cumplen respecto a los que no cumplen con el tratamiento, se vio que las únicas variables que tienen influencia significativa son la comorbilidad con otros trastornos psíquicos, concretamente el consumo de drogas, y el grado de satisfacción con la vida, los más insatisfechos cumplen más pero no cuando consideran que su vida es terrible. Aunque también parece que la edad, mantener una relación de pareja estable y experimentar elevados niveles de ansiedad durante el proceso terapéutico contribuyen de alguna forma al cumplimiento del tratamiento. Un nivel mayor de ansiedad durante el proceso terapéutico indicaría que estos pacientes se sienten más implicados en la terapia y que por tanto pueden estar experimentando un mayor nivel de ansiedad generada por el propio proceso terapéutico.

La asistencia a las sesiones y el cumplimiento de las tareas intra e inter-sesión se emplearon como indicadores del **grado de implicación** de los pacientes en el tratamiento. Los pacientes del grupo TIE se mostraron más implicados con el tratamiento que los asignados al TCC. En esta línea Sanderson y Bruce (2007) encontraron que la falta de implicación de los pacientes en los ensayos conductuales era la principal causa de resistencia por parte de los pacientes al tratamiento cognitivo-conductual.

Por otra parte, pocos estudios informan del **grado de satisfacción** de los pacientes con el tratamiento (e.g., Klein et al., 2006; Rosenberg y Hougaard, 2005). En nuestro estudio, los pacientes que completaron el tratamiento TIE se mostraron significativamente más satisfechos que los que completaron el TCC.

La tasa de **abandonos** (43,8%) ha sido elevada en ambos grupos de tratamiento TCC (40%) y TIE (46,5%), sin embargo, esta cifra es consistente con la de otros estudios que se han llevado a cabo con la modalidad grupal de tratamiento en centros públicos de salud mental (Eayrs et al., 1984; Merom et al., 2007; Sharp et al., 2004). Pero dado que la tasa de abandono fue tan elevada se analizó en que momentos se dieron, las causas y la influencia de las características demográficas y clínicas.

Durante la investigación se observó un patrón de los abandonos similar en ambos grupos. La mayoría de los pacientes que abandonan lo hacen antes de iniciar el tratamiento o en las primeras sesiones, lo que indicaría que una vez se han implicado en el tratamiento es más difícil que lo abandonen y seguramente está relacionado con el hecho de que empiezan a experimentar cambios significativos que les llevan a ver su utilidad. Por otra parte, el 44,8% abandonaron por motivos personales o laborales, el 3,4% por mejoría y el 32,7% no informaron de los motivos, pero ninguno de los pacientes de los que iniciaron el tratamiento declaró haberlo abandonado por efectos adversos al mismo.

De la revisión bibliográfica realizada, el único estudio que analizó las diferencias entre los que abandonaron y completaron el tratamiento no encontró diferencias significativas en variables sociodemográficas y clínicas (Merom et al., 2007). En cambio, en la presente investigación se han encontrado algunas diferencias como son el diagnóstico, la edad, la comorbilidad con otros trastornos psíquicos y el grado de satisfacción con la vida. Los pacientes con agorafobia abandonan más, el carácter incapacitante del trastorno y las

conductas de evitación explicarían en gran parte este dato. Por otra parte, parece coherente que si son los pacientes con mayor edad los que mejor cumplen con el tratamiento sean estos también los que menos lo abandonen. El consumo de drogas y el hecho de no presentar ningún trastorno Eje I comórbido, circunstancias que a su vez suelen darse en pacientes más jóvenes, son factores que influyen positivamente en el abandono. También se observa que los pacientes insatisfechos con su vida abandonan menos, pero a diferencia de otros estudios (Durham et al., 1997; Yoon y Zinbarg, 2007; Zinbarg et al., 2007) no se ha encontrado que los conflictos en la relación de pareja sea una variable que influya ni en la respuesta al tratamiento ni en el abandono.

Como Caine y Wijesinghe (1976) encontraron que las personas con una dirección de intereses interna responden mejor a la terapia de grupo y como el 63,2% de la muestra presentaba una dirección de intereses externa se pensó que podía ser una variable que influyera en la elevada tasa de abandonos. Pero tampoco se observaron diferencias en la dirección de intereses entre los que abandonaron el tratamiento y los que no lo hicieron en el presente estudio.

El uso naturalístico de **fármacos** concurrente durante el periodo de ensayo se ha controlado con la asignación aleatoria de los sujetos a las condiciones experimentales de esta forma se pretende hacer extensiva la validez externa de los resultados a la práctica clínica. En este sentido, haber llevado a cabo la investigación en un contexto público de salud mental, en horarios habituales y reclutando a todos los pacientes con agorafobia y TAG derivados al servicio, así como la interpretación de los datos en términos de significación clínica son factores que contribuyen a la validez ecológica de los resultados hallados en este estudio.

Para finalizar queremos dedicar unas líneas a comentar algunas observaciones realizadas sobre la modalidad grupal de tratamiento. Aunque es cierto que los pacientes al principio muestran cierta resistencia a la terapia de grupo (Sharp et al., 2004), una vez iniciada ésta, los pacientes en general se muestran gratamente sorprendidos y satisfechos con la dinámica que se establece. Y a pesar de la elevada tasa de abandonos sigue siendo más efectiva, en términos coste-beneficio, que la terapia individual. Se han calculado las horas de asistencia psicológica y se observa que para el tratamiento individual de los pacientes

incluidos en esta investigación hubiera sido necesaria una inversión económica aproximadamente 3 veces mayor.

En **resumen**, la investigación que se presenta en este documento constituye, desde nuestro conocimiento, el primer ensayo clínico aleatorizado que se ha llevado a cabo desde la Psicoterapia Integradora Humanista en el que se demuestra de manera consistente la eficacia de un tratamiento basado en el desarrollo de la inteligencia emocional para los trastornos de ansiedad (agorafobia y TAG).

Capítulo noveno: Conclusiones

9.1. Conclusiones

9.2. Limitaciones del estudio

9.3. Líneas de mejora y prospectiva

En el presente capítulo se presentan las principales conclusiones a las que se ha llegado con esta investigación, en referencia a las diferentes hipótesis planteadas. También se exponen las limitaciones del estudio y algunas propuestas para futuras investigaciones.

9.1. Conclusiones

El Tratamiento basado en Inteligencia Emocional TIE se ha mostrado como una intervención eficaz para el tratamiento de los trastornos de ansiedad agorafobia y TAG, mostrando un impacto significativo sobre todas las variables evaluadas.

Hipótesis 1:

El impacto de TIE podrá observarse al finalizar el tratamiento en la mejoría de los síntomas clínicos, trastornos de personalidad, inteligencia emocional, satisfacción con la vida, alianza terapéutica y funcionamiento social.

Se cumple que la eficacia del TIE para los trastornos de ansiedad se ha demostrado en la mejoría de los pacientes en:

- Todos los síntomas clínicos.
- Todos los trastornos de personalidad.
- Todas las variables de inteligencia emocional.
- El grado de satisfacción general con la vida.
- El establecimiento de la alianza y el vínculo terapéutico.
- El funcionamiento social.

Hipótesis 2:

La alianza terapéutica será más elevada y el nivel de ansiedad más bajo en el grupo TIE que en el grupo TCC en la evaluación de proceso (a los tres meses de iniciar el tratamiento) y al finalizar el tratamiento.

Se cumple parcialmente porque no se dan diferencias entre TIE y TCC ni en alianza terapéutica ni en ansiedad rasgo en el proceso terapéutico, pero la alianza terapéutica fue mayor y el rasgo de ansiedad menor en el grupo TIE al finalizar el tratamiento.

Hipótesis 3:

La eficacia del TIE al finalizar el tratamiento será superior a la del TCC respecto a la mejoría en síntomas clínicos, trastornos de personalidad, inteligencia emocional y satisfacción con la vida.

Se cumple que la eficacia del TIE al finalizar el tratamiento es superior al TCC respecto a la mejoría en:

- Ansiedad rasgo y síntomas de somatización.
- Los trastornos de personalidad dependiente, obsesivo y pasivo-agresivo.
- Inteligencia emocional e inteligencia emocional percibida.
- Satisfacción general con la vida.
- El establecimiento de la alianza y vínculo terapéutico.

En el resto de variables la eficacia de ambos tratamientos es similar.

La tasa de mejoría en las principales medidas de resultado, ansiedad rasgo y agorafobia, fue significativamente mayor para el tratamiento TIE.

Hipótesis 4:

Los cambios experimentados por los pacientes tratados con TIE serán mayores que los experimentados por los pacientes del grupo control de tratamiento (TCC) en síntomas clínicos, trastornos de personalidad, inteligencia emocional, satisfacción con la vida y alianza terapéutica.

Se cumple que la magnitud de los cambios experimentados por los pacientes tratados con TIE es mayor que los experimentados por los pacientes del grupo control de tratamiento (TCC) en las variables:

- Síntomas clínicos de ansiedad, agorafobia, somatización, depresión, hostilidad, hipomanía, ansiedad fóbica, síntomas psicóticos y en los índices GSI y PST.
- En todos los trastornos de personalidad excepto pasivo-agresivo y autodestructivo.
- Inteligencia emocional e inteligencia emocional percibida.
- Satisfacción general con la vida.
- Alianza terapéutica.

Hipótesis 5:

El impacto del tratamiento TIE en los síntomas de ansiedad y en la inteligencia emocional percibida se mostrará más estable que en el grupo TCC a los tres meses de seguimiento tras finalizar el tratamiento.

Se cumple que el impacto del tratamiento TIE en los síntomas de ansiedad y en la inteligencia emocional percibida se muestra más estable que en el grupo TCC a los tres meses de seguimiento.

Hipótesis 6:

La satisfacción de los pacientes con el TIE será mayor que con el TCC.

Se cumple que los pacientes tratados con TIE se sienten más satisfechos con el tratamiento que los tratados con TCC.

Hipótesis 7:

El TIE será igualmente eficaz para pacientes con agorafobia que para pacientes con TAG sobre los síntomas clínicos, trastornos de personalidad, inteligencia emocional, satisfacción con la vida y alianza terapéutica.

Se cumple que la eficacia del TIE es igualmente eficaz en pacientes con Agorafobia que en pacientes con TAG respecto a:

- Síntomas clínicos.
- Trastornos de personalidad.
- Inteligencia emocional.
- Satisfacción general con la vida.
- Alianza terapéutica.

Aunque se observa que la respuesta al tratamiento, en términos de mejoría, es más contundente en los pacientes con Agorafobia que en los paciente con trastorno de ansiedad generalizada.

Hipótesis general :

El Tratamiento grupal basado en Inteligencia Emocional (TIE) se mostrará eficaz y más eficaz que el TCC en relación a los síntomas clínicos, trastornos de personalidad, inteligencia emocional, satisfacción con la vida y alianza terapéutica.

Se cumple que el tratamiento grupal basado en Inteligencia Emocional (TIE) se muestra eficaz y más eficaz que el tratamiento cognitivo-conductual (TCC) para el tratamiento de los trastornos de ansiedad (agorafobia y TAG).

En resumen, el tratamiento psicoterapéutico basado en inteligencia emocional TIE es eficaz para el tratamiento de los trastornos de ansiedad agorafobia y TAG. Además ha demostrado ser más eficaz que el tratamiento habitual de elección, el TCC, en la mejoría de los síntomas clínicos y trastornos de personalidad, en el aumento de la inteligencia emocional y en el grado de satisfacción general con la vida de los pacientes.

10. Limitaciones del estudio

La principal limitación del estudio ha sido la elevada tasa de abandono del tratamiento. Sin embargo no se ha empleado la estrategia de análisis con intención de tratar porque se ha optado por mantener la pureza de los datos. La literatura científica y la experiencia clínica nos indican que la tasa de abandonos es mucho más elevada en los contextos de sanidad pública que en los privados.

El periodo de seguimiento que se presenta en el estudio ha sido de 3 meses lo que ha limitado el número de variables a evaluar en vistas a evitar el desgaste de la muestra y sesgos en las respuestas de los pacientes a los test. Sin embargo, se está llevando a cabo la evaluación a 12 meses en la que se están evaluando todas las variables en estudio.

Por otra parte, es posible que algunas variables que no se han controlado en el estudio hayan actuado a modo de variables extrañas e influido en algún sentido sobre los resultados:

No se ha evaluado el consumo de fármacos y ni de los recursos sanitarios como visitas a urgencias, visitas al médico de cabecera o especialistas durante el periodo de tratamiento y ni en el seguimiento.

Aunque se ha evaluado la relación terapéutica, no se ha analizado el perfil de los terapeutas que han llevado a cabo cada una de las intervenciones, lo que hubiera permitido descartar posibles variables extrañas a este nivel. Así como tampoco se ha analizado el efecto de las variables del terapeuta sobre los resultados del tratamiento.

Los pacientes llevaron registros sobre la frecuencia y características de las crisis de pánico pero, estas variables no se han incluido en el análisis de los datos ni se han tenido en cuenta en la evaluación de los resultados que se presentan en esta investigación.

Una de las cuestiones que nos hemos planteado a lo largo de la investigación es si los instrumentos empleados han sido capaces de captar de forma precisa y en su totalidad

los cambios experimentados por los pacientes tras el tratamiento. Desde una perspectiva clínica, pensamos que no ha sido así.

11. Prospectiva: líneas de mejora y propuestas

Como se indicaba en el capítulo de método está establecido hacer el seguimiento de los efectos del tratamiento a un año, momento en el que se llevará a cabo la evaluación de todas las variables que se han contemplado en el estudio. Se considera importante conocer la estabilidad de los cambios producidos por el tratamiento a más largo tiempo. Pero no se plantean seguimientos a más largo plazo, sin ningún tipo de intervención psicológica, porque entendemos que en la vida de los pacientes pueden producirse cambios significativos que contaminen los resultados de evaluaciones a largo plazo. Sin embargo sería posible hacer el seguimiento a más tiempo intercalando sesiones puntuales de intervención a fin de modular los efectos de dichas variables contaminantes.

De cualquier modo, los resultados obtenidos en este estudio nos animan a trabajar en esta línea. Un primer objetivo a corto plazo es el replicar el estudio en otro centro de salud mental y con otros terapeutas a fin de establecer bien la eficacia del tratamiento. Seleccionando en mayor medida las variables a evaluar a fin de reducir la cantidad de datos obtenidos e incorporando, si cabe, aquellas variables que se sospeche puedan aportar información relevante en vistas a la mejora del tratamiento.

Otro objetivo que nos planteamos es el de aplicar el tratamiento TIE a otras poblaciones clínicas. En este sentido y teniendo en cuenta que el tratamiento que se presenta se ha mostrado especialmente eficaz y más eficaz que el TCC en las variables relacionadas con la somatización, se ha planteado su utilidad en trastornos que conlleven un importante componente psicossomático. Actualmente se ha iniciado un estudio en el mismo Servicio de Psiquiatría del Hospital de Mataró (Consorti Sanitari del Maresme) en el que se aplicará en pacientes con fibromialgia y se comparará su eficacia con un grupo control de tratamiento TCC, porque existen datos en los que el TCC muestra ciertas evidencias de efectividad en el tratamiento de estos pacientes.

También está previsto a medio plazo aplicar el tratamiento a pacientes con trastornos del estado de ánimo.

Referencias bibliográficas

- Abbass, A., Hancock, J., Henderson, J. & Kisely, S. (2007). Psicoterapias psicodinámicas a corto plazo para trastornos mentales frecuentes (Revisión Cochrane traducida). En *The Cochrane Library*, 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Abe, J. & Izard, C. (1999). The developmental functions of emotions: An analysis in terms of Differential Emotions Theory. *Cognition and Emotion*, 13, 523-549.
- Abraham, R. (2000). The role of job control as a moderator of emotional dissonance and emotional intelligence-outcome relationships. *The Journal of Psychology*, 134 (2), 169-184.
- Adelman, P. & Zajonc, R. (1989). Facial differences and the experience of emotion. *Annual Review of Psychology*, 40, 249-280.
- Allport, G. W. (1975). *La personalidad. Su configuración y desarrollo* (5ª. ed.). Barcelona: Herder.
- Alstrom, J., Nordlund, G., Persson, G., Harding, M. & Lundquist, C. (1984). Effects of four treatment methods on agoraphobic women not suitable for insight-oriented psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 1-17.
- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- American Psychological Association Division 32, Humanistic Psychology. (2004). Principios y prácticas recomendadas para la prestación de servicios psicosociales humanistas: una alternativa a las directrices establecidas en la práctica y el tratamiento. *Revista de Psicoterapia*, 57, 51-102.
- American Psychiatric Association Practice Guidelines (1998). Practice Guideline for the treatment of patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155 (5), 1-34.
- Amitay, O. & Mongrain, M. (2007). From emotional intelligence to intelligent choice of partner. *Journal of Social Psychology*, 147(4), 325-343.
- Andersson, G., Lundström, P. & Ström, L. (2003). Internet-Based Treatment of Headache: Does Telephone Contact Add Anything? *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 43(4), 353-361.
- Anderson, E. & Lambert, M. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15(6), 503-514.

- Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41(6), 633-646.
- Arntz, A & van den Hout, M. A. (1996). Psychological treatment of panic disorder without agoraphobia: Cognitive therapy vs applied relaxation. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 113-121
- Ashihara, M., Tsutsumi, M., Osawa, A. & Sata, A. (2000). Efficacy of autogenic training as the group therapy in the patients with panic disorder. *Japanese Journal of Autogenic Therapy*, 19(1-2), 31-36.
- Averill, J. (1979). The functions of grief. En C. Izard (Ed.), *Emotions in Personality and Psychopathology* (pp. 75-93). New York: Springer.
- Averill, J. (1982). *Anger and Agression: An Essay on Emotion*. New York: Springer.
- Averill, J. (1994). Emotions unbecoming and becoming. En P. Ekman y R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion* (pp. 265-269). Oxford: Oxford University Press.
- Azorín, E. (2002). "No es mi casa que es la tuya": comprensión y tratamiento de un caso de agorafobia desde una perspectiva constructivista. *Revista de Psicoterapia*, 50-51,163-194.
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping Alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(4), 534-549.
- Bados, A. (1995a). *Agorafobia I: Naturaleza, etiología y evaluación*. Barcelona: Paidós.
- Bados, A. (1995b). *Agorafobia II: Tratamientos psicológicos y farmacológicos*. Barcelona: Paidós.
- Bados, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. *Psicothema*, 13 (3), 453-464.
- Bados, A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. En: M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández & I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 247-270). Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (2004). *Agorafobia y ataques de pánico*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (2006). *Tratando...pánico y agorafobia*. Madrid: Pirámide.
- Bakker, A., van Balkom, A., Spinhoven, P., Blaauw, B. & van Dyck, R. (1998). Follow-up on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A quantitative review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(7), 414-419.

- Ballenger, J. C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Baldwin, D. S., den Boer, J. A., et al. (1998). Consensus statement on panic disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*(8), 47-54.
- Ballenger, J., Davidson, J., Lecrubier, Y., Nutt, D., Borkovec, T., Rickels K, et al. (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 53-8.
- Barber, J., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M., Weiss, R., Onken, L., et al. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research, 9* (1), 54-73.
- Barlow, D. H. (1992). Cognitive-behavioral approaches to panic disorder and social phobia. *Bulletin of the Menninger Clinic, 56*(2,A), 14-28.
- Barlow, D. H. (2002). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2a. ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. & Cerny, J. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. & Craske, M. G. (1989). *Mastery of your anxiety and panic*. New York: Graywind.
- Barlow, D. H. & Craske, M. G. (1994). *Mastery of your anxiety and panic (MAP II)*. New York: Graywind. .
- Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A. & Klosko, J. S. (1989). Behavioural treatment of panic disorder. *Behavior Therapy, 20*(2), 261-282.
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 283*(19), 2529-2536.
- Barlow, D., Levitt, J. & Bufka, L. (1999). The dissemination of empirically supported treatments: A view to the future. *Behaviour Research and Therapy, 37*(1), 147-162.
- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto: Multi-Health Systems.

- Bastian, V., Burns, N. & Nettlebeck, T. (2005). Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. *Personality and Individual Differences, 39*, 1135-1145.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic books.
- Beck, A. T., Sokol, L., Clark, D. A., Berchick, R. & Wright (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 149(6)*, 778-783.
- Beck, G., Stanley, M., Baldwin, L., Deagle, E. & Averill, P. (1994). Comparison of cognitive therapy and relaxation training for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62(4)*, 818-826.
- Berne, E. (1995). *Juegos en los que participamos: psicología de las relaciones humanas*. México: Diana.
- Berger, P., Sachs, G., Amering, M., Holzinger, A., Bankier, B. & Katschnig, H. (2004). Personality disorder and social anxiety predict delayed response in drug and behavioral treatment of panic disorder. *Journal of Affective Disorders, 80(1)*, 75-78.
- Berkowitz, L. (1999). Anger. En T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion* (pp. 411-428). Chichester: Wiley.
- Bertalanffy, L. Von. (1968/1976). *General System Theory. Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller (Traducción castellana *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica, 1976).
- Bizquera, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa, 21(1)*, 7-43.
- Black, D., Wesner, R., Gabel, J., Bowers, W. & Monahan (1994). Predictors of short-term treatment response in 66 patients with panic disorder. *Journal of Affective Disorders, 30(4)*, 233-241.
- Blair, K., Shaywitz, J., Smith, B. W., Rhodes, R., Geraci, M., Jones, M., et al. (2008). Response to Emotional Expressions in Generalized Social Phobia and Generalized Anxiety Disorder: Evidence for Separate Disorders. *American Journal of Psychiatry, 165*, 1193-1202.
- Bohart, A., Elliot, R., Greenberg, L. & Watson, J. (2002). Empathy. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89-108). New York: Oxford University Press.

- Bording, E. S. (1976). The generalization of psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16* (3), 252-260.
- Borke, H. (1971). Interpersonal perception of young children: Egocentrism or empathy? *Developmental Psychology, 5*, 263-269.
- Borkovec, T. & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 611-619.
- Borkovec, T., Newman, M., Pincus, A. & Lytle, R. (1988). A component analysis of cognitive-behavioural therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 877-884.
- Borkovec, T. & Ruscio, A. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 37-45.
- Borkovec, T. & Whisman, M. (1996). Psychosocial treatments for generalized anxiety disorder. En M. Mavissakalian & R. Prien (Eds.), *Long-term treatment of anxiety disorders* (171-199). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema, 13*, 465-478.
- Botella, C. & Ballester, R. (1997). Trastorno de pánico: evaluación y tratamiento. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Botella, C., Baños, R., Villa, H., Perpiñá, C. & García-Palacios, A. (2000). Virtual reality in the treatment of claustrophobic fear: A controlled, multiple-baseline design. *Behavior Therapy, 31*, 583-595.
- Botella, L. & Corbella, S. (2004). Psychometric properties of the Spanish versión of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI), *Psicothema, 4* (16), 702-705.
- Botella, L. & Corbella, S. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva. Patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Revista de psicoterapia, 61*, 77-103.
- Botella, C. & García-Palacios, A. (1999). The possibility of reducing therapist contact and total length of therapy in the treatment of panic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 27*(3), 231-247.

- Botella, C., Villa, H., Baños, R., Perpiñá, C. & García-Palacios, A. (1999). The treatment of claustrophobia with virtual reality: Changes in other phobic behaviors not specifically treated. *CyberPsychology & Behavior*, 2, 143-148.
- Bouchard, S., Gauthier, J., Laberge, B., French, D., Pelletier, M. H. & Godbout, C. (1996). Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 213-224.
- Boyer, W. (1995). Serotonin uptake inhibitors are superior to imipramine and alprazolam in alleviating panic attacks: A meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, 10(1), 45-49.
- Brackett, M. & Mayer, J. (2003). Convergent, Discriminant and Incremental Validity of Competing Measures of Emotional Intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(9), 1147-1158.
- Brackett, M., Mayer, J. & Warner, R. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1387-1402.
- Breier, A., Charney, D. & Heninger, G. (1986). Agoraphobia with panic attacks: Development, diagnostic stability, and course of illness. *Archives of General Psychiatry*, 43(11), 1029-1036.
- Breitholtz, E., Johansson, B. & Öst, L. (1999). Cognitions in generalized anxiety disorder and panic disorder patients. A prospective approach. *Behaviour Research and Therapy*, 37(6), 533-544.
- Breva, A. (2000). *El papel de la emoción (complejo ira-hostilidad) y de la cognición (la percepción de control) en la activación, reactividad y recuperación psicofisiológicas cardíacas*. Tesis Doctoral. Castellón: Servicio de Publicaciones de la Universitat Jaume I.
- Brown, T., Antony, M. & Barlow, D. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 408-418.
- Brown, T. & Barlow, D. (1995). Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 754-765.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge: Harvard University Press.
- Burke, M., Drummond, L. & Johnston, D. (1997). Treatment choice for agoraphobic women: Exposure or cognitive-behaviour therapy? *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 409-420.

- Buss, A. & Plomin, R. (1975). *A temperament theory of personality development*. Nueva York: Wiley.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P. & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59(1)*, 167-175.
- Cabello, R., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D. & Extremera, N. (2006). Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional. *Ansiedad y Estrés, 12 (2-3)*, 317-327.
- Cacioppo, J., Klein, D., Berntson, G. & Hatfield, E. (1993). The psychophysiology of emotion. En M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 119-142). New York: Guilford Press.
- Caine, T. M. & Wijesinghe, B. (1976). Personality, Expectances and Group Psychotherapy. *British Journal of Psychiatry, 129*, 384-387.
- Cano Vindel, A. & Miguel Tobal, J. J. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés, 7(2-3)*, 111-121.
- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldø, V., et al. (2005). Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via the Internet. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1321-1333.
- Caruso, D., Mayer, J. & Salovey, P. (2002). Relation of an Ability Measure of Emotional Intelligence to Personality. *Journal of Personality Assessment, 79 (2)*, 306-320.
- Casacuberta, D. (2000). *Qué es una emoción*. Barcelona: Crítica.
- Castilla del Pino, C. (2000). *Teoría de los sentimientos*. Barcelona: Tusquets
- Castillo, J. A. & Poch, J. (1991). *La efectividad de la psicoterapia: método y resultados de la investigación*. Barcelona: Hogar del Libro.
- Chamarro, A. & Oberst, U. (2004). Modelos teóricos en Inteligencia Emocional. *Aloma, 14*, 209-217.
- Chambless, D. & Gillis, M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61(2)*, 248-260.
- Chambless, D. & Hollon, S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66(1)*, 7-18.
- Chambless, D., Renneberg, B., Goldstein, A. & Gracely, E. (1992). MCMI-diagnosed personality disorders among agoraphobic outpatients: Prevalence and relationship to severity and treatment outcome. *Journal of Anxiety Disorders, 6(3)*, 193-211.

- Chico, E. (1999). Evaluación psicométrica de una escala de inteligencia emocional. *Boletín de Psicología, 62*, 65-78.
- Churchill, R., Khaira, M., Gretton, V., Chilvers, C., Dewey, M., Duggan, C. et al., (2000). Treating depression in general practice: factors affecting patients' treatment preferences. *British Journal of General Practice, 50*, 905-910.
- Ciarrochi, J., Chan, A. & Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences, 31(7)*, 1105-1119.
- Ciarrochi, J.V., Chan, A., y Caputti, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences, 28 (3)*, 539-561.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 461-470.
- Clark, D. M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk & M. D. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). New York: Oxford University Press.
- Clark, D. M. (1999). Anxiety disorders: Why they persist and how to treat them. *Behaviour Research and Therapy, 37(1)*. 15-27.
- Clark, D. M, Salkovskis, P., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P. & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder, *British Journal of Psychiatry, 164*, 759-769.
- Clark, D., Salkovskis, P., Hackman, A., Wells, A., Ludgate, J. & Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67(4)*, 583-589.
- Clore, G. & Ortony, A. (2000). Cognition in emotion: Always, sometimes, or never? En R. Lane y L. Nadel (Eds.), *Cognitive neuroscience of emotion* (pp. 24-61). New York: Oxford University Press.
- Cole, P. (1986). Children's spontaneous control of facial expression. *Child Development, 57*, 1309- 1321.
- Cooper, R. & Sawaf, A. (1997). *Estrategia emocional para ejecutivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Corbella, S & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología, 19*, 205-221.
- Corbella, S. & Botella, L. (2004). *Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. Madrid: Visión Net.

- Corbella, S., Botella, L., Maydeu, M & Feixas, G. (2000). DIQ-S. Cuestionario de Dirección de Intereses.
- Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Côte, G., Gauthier, J., Laberge, B., Cormier, H. & Plamondon, J. (1994). Reduced therapist contact in the cognitive behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy, 25(1)*, 123-145.
- Cox, B., Endler, N. & Swinson, R. (1995). Anxiety sensitivity and panic attack symptomatology. *Behaviour Research and Therapy, 33(7)*, 833-836.
- Cox, B., Endler, N., Lee, P. & Swinson, R. (1992). A meta-analysis of treatments for panic disorder with agoraphobia: Imipramine, alprazolam, and in vivo exposure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 23*, 175-182.
- Craig, P. E. (2004). Santuario y presencia: una visión existencial de la contribución del terapeuta. *Revista de Psicoterapia, 57*, 43-49.
- Craske, M. & Barlow, D. (1988). A review of the relationship between panic and avoidance. *Clinical Psychology Review, 8(6)*, 667-685.
- Craske, M., Brown, T. & Barlow, D. (1991). Behavioral treatment of panic disorder: A two-year follow-up. *Behavior Therapy, 22(3)*, 289-304.
- Craske, M., DeCola, J., Sachs, A. & Pontillo, D. (2003). Panic control treatment for agoraphobia. *Anxiety Disorders, 17*, 321-333.
- Craske, M., Rapee, R., Jackel, L. & Barlow, D. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III--R generalized anxiety disorder subjects and non-anxious controls. *Behaviour Research and Therapy, 27(4)*, 397-402.
- Craske, M., Rapee, R. & Barlow, D. (1988). The significance of panic-expectancy for individual patterns of avoidance. *Behavior Therapy, 19(4)*. 165-173
- Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 149(2)*, 151-158.
- Crits-Christoph, P., Connolly, M., Azarian, K., Crits-Christoph, K. & Shapell, S. (1996). An open trial of brief supportive-expressive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 33(3)*, 418-430.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J. y Arlene, F. (1997). The National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study: Rationale and methods. *Archives of General Psychiatry, 54(8)*, 721-726.

- Csikszentmihalyi, M. (2003). *Fuir (Flow). Una psicología de la felicidad* (9ª ed.)
Barcelona: Kairós
- Csikszentmihalyi, M. & Csikszentmihalyi, I. S. (Eds.). (1998). *Experiencia óptima: Estudios psicológicos del Flujo en la Conciencia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cunningham, M. (1988). What do you do when you're happy or blue? Mood, expectancies, and behavioural interest. *Motivation and Emotion*, *12*, 309-331.
- Cury, M. (2007). Tras el silencio. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, *2*, 71-86.
- Damasio, A. R. (2000). A second chance for emotion. En R.D. Lane & L. Nadel (Eds.), *Cognitive Neuroscience of Emotion* (pp. 12-23). Nueva York: Oxford University Press.
- Damasio, A. R. (2006). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica.
- Dannon, P., Gon-Usishkin, M., Gelbert, A., Lowengrub, K. & Grunhaus, L. (2004). Cognitive Behavioral Group Therapy in Panic Disorder Patients: The Efficacy of CBGT versus Drug Treatment. *Annals of Clinical Psychiatry*, *16*(1), 41-46.
- Davies, M., Stankov, L. & Roberts, R. (1998). Emotional intelligence: in search of an elusive construct. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*, 989-1015.
- Davidson, R., Lewis, D., Alloy, L., Amaral, D., Bush, G., Cohen, J., et al. (2002). Neural and behavioral substrates of mood and mood regulation. *Biological Psychiatry*, *52*(6), 478-502.
- Day, A., Therrien, D., & Carroll, S. (2005). Predicting psychological health: Assessing the incremental validity of emotional intelligence beyond personality, type a behaviour, and daily hassles. *European Journal of Personality*, *19*(6), 519-536.
- Day, A. & Carroll, S. (2008). Faking emotional intelligence (EI): Comparing response distortion on ability and trait-based EI measures. *Journal of Organizational Behavior*, *29*(6), 761-784.
- Deacon, B. & Abramowitz, J. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology*, *60*, 429-41.
- De Beurs, E., van Balkom, A., van Dyck, R. & Lange, A. (1999). Long-term outcome of pharmacological and psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: A 1-year naturalistic follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *99*(1), 59-67.
- DeCatanzaro, D. (2001). *Motivación y Emoción*. Méjico: Prentice Hall.

- DeLeonardo, R. (2005). De la intel·ligència a la intel·ligència emocional. *Aloma*, 16, 51-62.
- Derogatis, L. R. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA Ediciones.
- DeRubeis, R. & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 37-52.
- De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton (Traducción castellana *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa, 1992).
- Desoille, R. (1995). *Lecciones sobre ensueño dirigido en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorroutu.
- Dien, J. (1999). Differential lateralization of trait anxiety and trait fearfulness: Evoked potential correlates. *Personality and Individual Differences*, 26(2), 333-356.
- Diener, E. & Larsen, R. (1984). Temporal stability and cross-situational consistency of affective, behavioral and cognitive responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(4), 871-883.
- Diener, E., Larsen, R., Levine, S. & Emmons, R. (1985). Intensity and frequency: Dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1253-1265.
- Diez-Quebedo, C., Rangil, T. & Sanchez Planell, L. (2002). Agorafobia. *Medicina Clínica*, 119 (2), 60-65.
- Dugas, M., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M., Langolis, F., Provencher, M., et al. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 821-825.
- Duncan, B. & Miller, S. (1999). *Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI)*. En *The Institute for the Study of Therapeutic Change (ISTC) and Partners for Change* [En línea] <<http://www.talkingcure.com>>.
- Dupuy, J.B. & Ladouceur, R. (2008). Cognitive processes of generalized anxiety disorder in comorbid generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, Vol 22(3), 505-514.
- Durcan, N. (2007). Trabajar con las Emociones en Arteterapia. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 39-49.
- Durham, R. (2007). Treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 6(5), 183-187.

- Durham, R., Allan, T. & Hackett, C. (1997). On predicting improvement and relapse in generalized anxiety disorder following psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology, 36*, 101-19.
- Durham, R., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treliving, L. & Fenton, G. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalised anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry, 165*(3), 315-323.
- Eack, S., Hogarty, G., Greenwald, D., Hogarty, S. & Keshavan, M. (2007). Cognitive enhancement therapy improves emotional intelligence in early course schizophrenia: Preliminary effects. *Schizophrenia Research, 89*(1-3), 308-311.
- Eaton, W., Kessler, R., Wittchen, H. & Magee, W. (1994). Panic and panic disorder in the United States. *American Journal of Psychiatry, 151*(3), 413-420.
- Eayrs, C., Rowan, D. & Harvey, P. (1984). Behavioural group training for anxiety management. *Behavioural Psychotherapy, 12*(2), 117-129.
- Echeburúa, E., Corral, P., García, E. & Borda, M. (1993). Interactions between self-exposure and alprazolam in the treatment of agoraphobia without current panic: An exploratory study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 21*(3), 219-238.
- Echeburúa, E., de Corral, P., García-Bajos, E., Páez, D. & Borda, M. (1992). Un nuevo inventario de agorafobia (IA). *Análisis y modificación de la conducta, 18*, 101-123.
- Eifert, G. & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 34*(3-4), 293-312.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation and moral development. *Annual Review of Psychology, 51*, 665-697.
- Eisner, E.W. (1972). *Educating Artistic Vision*. London: McMillan.
- Ekman, P. (1980). *The Face of Man: Universal Expression in a New Guinea Village*. New York: Garland.
- Ekman, P. (1993). Facial expression of emotion. *American Psychologist, 48*, 384-392.
- Ekman, P. y Friesen, W. (1982). Felt, false, and miserable smiles. *Journal of Nonverbal Behavior, 6*, 238-252.
- Elliott, R. (2001). Contemporary brief experiential psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*(1), 38-50.

- Elsesser, K. & Mosch, A. (2002). Brief psychological treatment for the relief of panic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30*(4), 501-505.
- Emmelkamp, P. & Mersch, P. (1982). Cognition and exposure in vivo in the treatment of agoraphobia: Short-term and delayed effects. *Cognitive Therapy and Research, 6*(1), 77-90.
- Engels, A., Heller, W., Mohanty, A., Herrington, J., Banich, M., Webb, A., et al. (2007). Specificity of regional brain activity in anxiety types during emotional processing. *Psychophysiology, 44*, 352-363.
- Espada, J., Van der Hofstadt, C. & Galván, B. (2007). Exposición en vivo y técnicas cognitivo-comportamentales en un caso de ataques de pánico con agorafobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7* (1), 217-232.
- Extremera, N., Durán, A. & Rey, L. (2007). Perceived emotional intelligence and dispositional optimism-pessimism: Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personality and Individual Differences, 42*(6), 1069-1079.
- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychological Reports, 91*(1), 47-59.
- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2004). Inteligencia emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios. *Clínica y Salud, 15* (2), 117-137.
- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2005). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: Predictive and incremental validity using the Trait Meta-Mood Scale. *Personality and Individual Differences, 39*, 937-948
- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional Intelligence as Predictor of Mental, Social and Physical Health in University Students. *The Spanish Journal of Psychology, 9* (1), 45-51.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Mestre, J. & Guil, R. (2004). Medidas de evaluación de la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología, 36*(2), 209-228.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. & Ramos, N. (2003). Inteligencia emocional y menopausia. En A. Giménez (Ed.), *Procesos psicológicos e intervención: investigaciones en curso* (pp. 21-25). Facultad de Psicología: Málaga.

- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D. & Cabello, R. (2006). Inteligencia emocional, estilos de respuesta y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 191-205.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. & Salovey, P. (2006). Spanish version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Version 2.0: Reliabilities, age and gender differences. *Psicothema*, 18, 42-48.
- Eysenck, M. (1997). *Anxiety and cognition: A unified theory*. Hove, UK: Psychology Press.
- Eysenck, M. & Calvo, M. (1992). Anxiety and performance: The processing efficiency theory. *Cognition & Emotion*, 6(6), 409-434.
- Faber, B. A. & Lane, J. S. (2002). Positive regard. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 175-194). New York: Oxford University Press.
- Farrelly, D. & Austin, E. (2007). Ability EI as an intelligence? Associations of the *MSCEIT* with performance on emotion processing and social tasks and with cognitive ability. *Cognition & Emotion*, 21(5), 1043-1063.
- Fava, G., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., et al. (2005). Well-Being therapy of generalizad anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(1), 26-30.
- Fava, G., Zielezny, M., Savron, G. & Grandi, S. (1995). Long-term effects of behavioural treatment for panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 166, 87-92.
- Febbraro, G., Clum, G., Roodman, A. & Wrigth, J. (1999). The limits of bibliotherapy: A study of the differential effectiveness of self-administered interventions in individuals with panic attacks. *Behavior Therapy*, 30(2), 209-222.
- Ferguson, T., Stegge, H., Miller, E. & Olsen, M. (1999). Guilt, shame, and symptoms in children. *Developmental Psychology*, 35, 347-357.
- Fernández-Abascal, E. & Palmero, F. (1999). *Emociones y Salud*. Barcelona: Ariel.
- Fernández-Abascal, E., Palmero, F. & Martínez-Sánchez, F. (2002). Introducción a la Psicología de la motivación y la emoción. En F. Palmero, E. Fernández-Abascal, F. Martínez & M. Chóliz (Eds.), *Psicología de la Motivación y de la Emoción* (pp. 3-33). Madrid: McGraw Hill.
- Fernández-Abascal, E., Palmero, F. & Brea, A. (2002). Emociones básicas I (miedo, alegría y sorpresa). En F. Palmero, E. Fernández-Abascal, F. Martínez & M.

- Chóliz (Eds.), *Psicología de la Motivación y de la Emoción* (pp. 333-351). Madrid: McGraw Hill.
- Fernández-Abascal, E., Jiménez, M. & Martín, M. (2003). *Emoción y Motivación. La adaptación humana*. Madrid: Cera.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Domínguez, E., McNally, C., Ramos, N. & Ravira, M. (1998). Adaptación al castellano de la escala rasgo de metacognición sobre estados emocionales de Salovey et al.: datos preliminares. *Libro de actas del V Congreso de Evaluación Psicológica, 1*, 83-84.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N. & Pizarro, D. (2006). The role of Emotional Intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research, 4(1)*, 16-27.
- Fernández-Berrocal, P. & Extremera, N. (2006a). Special issue on emotional intelligence: An overview. *Psicothema, 18*, 1-6.
- Fernández-Berrocal, P. & Extremera, N. (2006b). Emotional intelligence and *emotional* reactivity and recovery in laboratory context. *Psicothema, 18(Suppl)*, 72-78.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. & Ramos, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en Psicología Social, 1*, 251-254.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Report, 94*, 751-755.
- Fernández-Berrocal, P. & Ramos, N. (1999). Investigaciones empíricas en el ámbito de la inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés, 5(2-3)*, 247-260.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N. & Extremera, N. (2001). Inteligencia emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de psicología, 70*, 79-95.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N. & Orozco, F. (2000). La influencia de la inteligencia emocional en la sintomatología depresiva durante el embarazo. *Toko-Ginecología Práctica, 59*, 1-5.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Ramos, N. & Extremera, N. (2001). Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción, 4*, 1-15.
- Ferrándiz, C., Marín, F., Gallud, L., Ferrando, M., López-Pina, J. A. & Prieto, M. D. (2006). Validez de la Escala de Inteligencia Emocional de Schutte en una muestra de estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés, 12(2-3)*, 167-179.

- Ferrero, A., Pierò, A., Fassina, S., Massola, T., Lanteri, A., Abbate Daga, G. et al. (2007). A 12-month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalised anxiety disorders in a community setting. *European Psychiatry*, 22, 530-539.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M. & Williams, J. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. Versión Clínica*. Barcelona: Masson.
- Fisher, P. & Durham, R. (1999). Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: an analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychological Medicine*, 29, 1425-34.
- Frankl, V. E. (1999). *El hombre en busca de sentido*. (20^a. ed.). Barcelona: Herder.
- Fredrickson, B. & Levenson, R. (1988). Positive emotions speed recovery from the cardio-vascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12, 191-220.
- Fridja, N. (1994). Varieties of affect: emotions and episodes, mood, and sentiments. En P. Ekman y R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion* (pp. 59-67). Oxford: University Press.
- Fridja, N., Kuipers, P. & ter Schure, E. (1989). Relations among emotion, appraisal, and emotional action readiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 212-228.
- Frijda, N., Ortony, A., Sonnemans, J. & Clore, G. (1992). The complexity of intensity: Issues concerning the structure of emotion intensity. En M. Clark, *Emotion* (pp. 60-89). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Furnham, A., Petrides, K., Sisterson, G., & Baluch, B. (2003). Repressive coping style and positive self-presentation. *British Journal of Health Psychology*, 8(2), 223-249.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Gardner, H. (1997). Fomentar la diversidad a través de la educación personalizada: implicaciones de un nuevo modo de entender la inteligencia humana. *Perspectivas*, vol. XXVII, (3), 371-389.
- Gaston, L., Marmar, C., Gallagher, D. & Thompson, L. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy processes. *Psychotherapy Research*, 1(2), 104-112.

- Geery, L. J. (1998). An exploratory study of the ways in which superintendents use their emotional intelligence to address conflict in their educational organizations. *Dissertation Abstracts International: Humanities and Social Sciences*, 58 (11-A), 4137.
- Gelder, M. & Marks, I. (1966). Severe agoraphobia: A controlled prospective trial of behaviour therapy. *British Journal of Psychiatry*, 112(484), 309-319.
- Gendlin, E. T. (1983). *Focusing*. Bilbao: Mensajero.
- Gil-Olarte, P. M., Palomera, R. M. & Brackett, M. A. (2006). Relating emotional intelligence to social competence and academic achievement in high school students. *Psicothema*, 18(Suppl), 118-123.
- Gimeno-Bayón (1994). La retroalimentación grupal: funciones y corrupciones. *Revista de Psicoterapia*, 18-19, 17-74.
- Gimeno-Bayón, A. (2002). *Comprendiendo como somos. Dimensiones de la personalidad* (5ª ed.). Bilbao: Desclée De Brouwer
- Gimeno-Bayón, A. (2003a). *Un modelo de integración de la dimensión corporal en psicoterapia. (Tomo I y II)*. Barcelona: Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.
- Gimeno-Bayón, A. (2003b). *El tratamiento de las emociones en psicoterapia*. Congreso Internacional Humanismo para el Siglo XXI. Universidad de Deusto 4-7 de marzo 2003
- Gimeno-Bayón, A. (2004). El trabajo con inteligencia emocional en psicoterapia integradora humanista. *Revista de psicoterapia*, 15 (60), 65-110.
- Gimeno-Bayón, A. & Rosal, R. (2001). *Psicoterapia Integradora Humanista (volumen I). Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensores, cognitivos y emocionales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gimeno-Bayón, A. & Rosal, R. (2003). *Psicoterapia Integradora Humanista (volumen II). Manual para le tratamiento de 69 problemas que aparecen en distintos trastornos de personalidad*. Barcelona: Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.
- Glouberman, D. (1989). *El poder de la imaginación*. Barcelona: Urano.
- Goisman, R., Warshaw, M., Peterson, L. & Rogers, M. (1994). Panic, agoraphobia, and panic disorder with agoraphobia: Data from a multicenter anxiety disorders study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(2), 72-79.

- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós. (Trabajo original publicado en 1995).
- Gondra, J. M. (2002). *Apuntes de la psicoterapia de G. Egan: Un modelo post-rogeriano*. Barcelona: Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.
- Gould, R. & Clum, G. (1995). Self-help plus minimal therapist contact in the treatment of panic disorder: A replication and extension. *Behavior Therapy, 26*, 533-546.
- Gould, R., Clum, G. & Shapiro, D. (1993). The use of bibliotherapy in the treatment of panic: a preliminary investigation. *Behavior Therapy, 24*, 241-252.
- Gould, R., Otto, M. & Pollack, M. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review, 15*, 819-844.
- Gould, R., Otto, M., Pollack, M. & Yap, L. (1997). Cognitive behavioural and pharmacological treatment of generalized anxiety disorders: a preliminary meta-analysis. *Behaviour Therapy, 28(2)*, 285-305.
- Grant, B., Hasin, D., Stinson, F., Dawson, D., Chou, P., Ruan, J. et al. (2005). Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Psychiatric Research, 39(1)*, 1-9.
- Graus, G., De Isabella, G., Curatolo, A., Barbieri, S., Calzeroni, A., Catania, G., et al. (2002). Terapia cognitivo-comportamentale di gruppo del disturbo di panico: Risultati di uno studio prospettico e naturalistico. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 8(2)*, 99-113.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 3-16
- Greenberg, L. S. & Korman, L. (1993). La integración de la emoción en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia, 16*, 5-19
- Greenberg, L. S. & Pavio, S. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliot, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional: el proceso terapéutico punto por punto*. Barcelona: Paidós.
- Greenberg, P., Sisitsky, T., Kessler, R., Finkelstein, S., Berndt, E., Davidson, J., et al. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry, 60(7)*, 427-35.

- Greenberg, L. & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research, 8*(2), 210-224.
- Gross, J. & Muñoz, R. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*(2), 151-164.
- Gutierrez-Calvo, M. & García, M. (2000). Ansiedad y cognición: un marco integrador. *Revista Española de Motivación y Emoción, 1*, 67-118.
- Hamm, A., Cuthbert, B., Globisch, J. & Vaitl, D. (1997). Fear and the startle reflex: blink modulation and autonomic response patterns in animal and mutilation fearful subjects. *Psychophysiology, 34*, 97-107.
- Hecker, J., Losee, M., Fritzler, B. & Fink, C. (1996). Self-directed versus therapist-directed cognitive behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 10*(4), 253-265.
- Hecker, J., Losee, M., Roberson-Nay, R. & Maki, K. (2004). Mastery of your anxiety and panic and brief therapist contact in the treatment of panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 18*(2), 111-126.
- Heider, K. (1991). *Landscapes of Emotion: Mapping three cultures of Emotion in Indonesia*. New York: Cambridge University press.
- Hobson, R. (1991). Against the theory of Theory of Mind. *British Journal of Developmental Psychology, 9*, 33-51.
- Holden, A. E., O'Brien, G. T., Barlow, D. H., Stetson, D. & Infantino, A. M. (1983). Self-help manual for agoraphobia: A preliminary report of effectiveness. *Behaviour Therapy, 24*, 545-556.
- Hoyt, M. & Goulding, R. (1989). Resolution of a transference-countertransference impasse: Using Gestalt techniques in supervision. *Transactional Analysis Journal, 19*(4), 201-211.
- Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M. & Teixeira, V. (2008). Terapias psicológicas para el trastorno de ansiedad generalizada (Revisión Cochrane traducida). En *The Cochrane Library, 1*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hoffart, A. (1995). A comparison of cognitive therapy and guided mastery therapy of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 423-434.
- Hofman, S. G., Shear, M. K., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Hershenberger, D., Patterson, M., et al. (1998). Effects of panic disorder treatments on personality disorder characteristics. *Depression and Anxiety, 8*, 14-20.

- Ibáñez, A. (2006). Pronóstico de los trastornos de ansiedad. *Psiquiatría y Atención Primaria*, 7(2), 16-20.
- Isen, A. (1984). Toward understanding the role of affect in cognition. En R.S. Wyer & T.K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (Vol. 3, pp. 179-236). Hillsdale: Erlbaum.
- Izard, C. (1991). *The Psychology of Emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. (1993). Four systems for emotion activation: cognitive and non-cognitive processes. *Psychological Review*, 99, 561-565.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Josephson, B., Singer, J. A. & Salovey, P. (1996). Mood regulation and memory: Repairing sad moods with happy memories. *Cognition and Emotion*, 10 (4), 437-444.
- Jung, C. G. (2002). *El hombre y sus símbolos*. (7ª ed.). Barcelona: Caralt.
- Kassel, J., Stroud, L. & Paronis, C. (2003). Smoking, stress, and negative affect: Correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychological Bulletin*, 129(2), 270-304.
- Katerndahl, D. (2000). Predictors of the development of phobic avoidance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(8), 618-623.
- Katon, W., von Korff, M., Lin, E., Lipscomb, P., Russo, J., Wagner, E., et al. (1990) . Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *General Hospital Psychiatry*, 12, 355-362.
- Keele, S. y Bell, R. (2008). The factorial validity of emotional intelligence: An unresolved issue. *Personality and Individual Differences*, 44(2), 487-500.
- Kelly, G. A. (1991). *The psychology of personal constructs*. (Vols 1-2). London: Routledge. (Trabajo original publicado en 1955)
- Keltner, D. & Gross, J. (1999). Functional accounts of emotions. *Cognition and Emotion*, 5, 467-480.
- Kessler, R. (2000). The epidemiology of pure and comorbid generalized anxiety disorder: a review and evaluation of recent research. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 406, 7-13.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R. y Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.

- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshelman, S., et al. (1994). Lifetime and 12- month prevalence of DSM-III-R psychiatry disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, *51(1)*, 8-19.
- Kessler, R., Stang, P., Wittchen, H., Ustun, T., Roy-Byrne, P. & Walters, E. (1998). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *55(9)*, 801-808.
- Kessler, R., Walters, E. & Forthofer, M. (1998). The social consequences of psychiatric disorders, III: Probability of marital stability. *American Journal of Psychiatry*, *155(8)*, 1092-1096.
- Klein, M., Kolden, G., Michels, J. & Chisholm-Stockkard, S. (2002). Congruence. Psychotherapy relationships that work. En J. C. Norcross (Ed.), *Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 195-215). New York: Oxford University Press.
- Klein, B. & Richards, J. (2001). A brief Internet-based treatment for panic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *29(1)*, 113-117.
- Klein, B., Richards, J. & Austin, D. (2006). Efficacy of internet therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *37(3)*, 213-238.
- Kleinginna, P. & Kleinginna, A. (1981). A categorized list of emotion definitions, with a suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion*, *5*, 345-379.
- Klontz, B., Wolf, E. & Bivens, A. (2000). The effectiveness of a multimodal brief group experiential psychotherapy approach. *International Journal of Action Methods: Psychodrama, Skill Training, and Role Playing*, *53(3-4)*, 119-135.
- Klosko, J., Barlow, D., Tassinari, R. & Cerny, J. (1990). A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58(1)*, 77-84.
- Krisanaprakornkit, T., Krisanaprakornkit, W., Piyavhatkul, N. & Laopaiboon, M. (2007). Terapia de meditación para los trastornos por ansiedad (Revisión Cochrane traducida). En *The Cochrane Library*, *4*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- LaBar, K. & LeDoux, J. (1996). Partial disruption of fear conditioning in rats with unilateral amygdala damage: Correspondence with unilateral temporal lobectomy in humans. *Behavioral Neuroscience*, *110*, 991-997.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. & Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.

- Ladouceur, R., Dugas, M., Freeston, M., Léger, E., Gagnon, F. & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(6), 957-964.
- Lambert, M. (1986). Some implications of *psychotherapy* outcome research for eclectic psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy, 5*(1), 16-45.
- Lambert, M. y Bergin, A. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A. E. Bergin & L. S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143-189). Oxford: John Wiley & Sons.
- Landa, J. M., López-Zafra, E., de Antoñana, R. & Pulido, M. (2006). Perceived *emotional intelligence* and life satisfaction among university teachers. *Psicothema, 18* (Suppl), 152-157.
- Landa, J. M., Berrios-Martos, P., López-Zafra, E. & Aguilar, M. C. (2006). Relación entre el burnout e inteligencia emocional y su impacto en la salud mental, bienestar y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés, 12*(2-3), 479-493.
- Lane, R. D. & Schwartz, G. E. (1993). Niveles de conciencia emocional: Implicaciones para la integración en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia, 16*, 21-37.
- Lang, P. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J.M. Shlein (Ed.), *Research in Psychotherapy, II*. Washington: American Psychological Association.
- Lang, P. (1995). The emotion probe. *Studies of Motivation and Attention. American Psychologist, 50*, 372-385.
- Lang, P., Greenwald, M., Bradley, M. & Hamm, A. (1993). Looking at pictures: Affective, facial, visceral and behavioural reactions. *Psychophysiology, 30*, 2261-2273.
- La Torre, J.M. & Montañés, J. (2004). Ansiedad, inteligencia emocional y salud en la adolescencia. *Ansiedad y estrés, 10* (1), 111-125.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Lazarus, R. S. & Lazarus, B. N. (2000). *Pasión y Razón. La comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós.

- Lecrubier, Y. (1998). The impact of comorbidity on the treatment of panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 59(8)*, 11-14.
- LeDoux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel-Planeta.
- Lehman, (1988). *Quality of Life Interview-Short Versión* (QOL). (Traducción española Bobes, González & Wallace, 1993).
- Leible, T. & Snell Jr, W. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and individual differences, 37*, 393-404.
- Leichsenring, F., Rabung, S. & Leibling, E. (2004). The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders: A Meta-analysis. *Archives of General Psychiatry, 61(12)*, 1208-1216.
- Lelliott, P. & Katerndahl, D. A. (2000). Predictors of development of phobic avoidance. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*, 618-623.
- Lelliott, P., Marks, I., McNamee, G. & Tobeña, A. (1989). Onset of panic disorder with agoraphobia: Toward an integrated model. *Archives of General Psychiatry, 46(11)*, 1000-1004.
- Levenson, R. (1999). The intrapersonal functions of emotion. *Cognition and Emotion, 13(5)*, 481-504.
- Lidren, D., Watkins, P., Gould, R., Clum, G., Asterino, M. & Tulloch, H. (1994). A comparison of bibliotherapy and group therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62(4)*, 865-869.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J. & Fernández-Castro, J. (2006). Perceived emotional intelligence and its relation to tobacco and cannabis use in university students. *Psicothema, 18 (Supl.)*, 95-100.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J. & Gómez-Benito, J. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y estrés, 10 (1)*, 29-41.
- Linden, M., Zubaegel, D., Baer, T., Franke, U. & Schlattmann, P. (2005). Efficacy of cognitive behaviour therapy in generalized anxiety disorders. Results of a controlled clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 74 (1)*, 36-42.
- Lizeretti, N. P., Castell, R., Farriols, N., Vázquez, M., Martorell, R. & Oberst, U. (2008, septiembre). Inteligencia Emocional Percibida y Trastornos psicopatológicos II. *Libro de Actas del VII Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*. Benidorm.

- Lizeretti, N. P., Farriols, N., Castell, R., Rodríguez, A., Palma, C., Oberst, U. & Bonet, C. (2008, septiembre). Inteligencia Emocional y variables de personalidad patológica en pacientes con trastorno de ansiedad. *Libro de Actas del VII Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*. Benidorm.
- Lizeretti, N. P., Farriols, N., Castell, R., Pascual, J. & Palma, C. (2007, septiembre). Inteligencia emocional y trastornos psicopatológicos. *Libro de Actas del I International Congress of Emotional Intelligence*. Málaga.
- Lizeretti, N. P., Oberst, U., Chamarro, A. & Farriols, N. (2006). Evaluación de la inteligencia emocional en pacientes con psicopatología: resultados preliminares usando el TMMS-24 y el MSCEIT. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2-3), 355-364
- Lizeretti, N. P., Oberst, U., Vidal, C., Chamarro, A. & Beranuy, M. (2007, septiembre). Inteligencia emocional, sintomatología clínica y uso de nuevas tecnologías en universitarios. *Libro de Actas del I International Congress of Emotional Intelligence*. Málaga.
- Lopes, P. N., Salovey, P. & Straus, R. (2003). Emotional intelligence, personality and the perceived quality of social relationships. *Personality and Individual Differences*, 35, 641-658.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L., Diguier, L., Cacciola, J., Barber, J., Moras, K., Schmidt, K., et al. (1996). Factors in outcomes of short-term dynamic psychotherapy for chronic vs. non-chronic major depression. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 5(2), 152-159.
- Luborsky, L., McClellan, A.T., Woody, G. E., O'Brien, C.P. & Auerbach, A. (1995). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611
- Malouff, J., Thorsteinsson, E. & Schutte, N. (2005). The relationship between the Five-Factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(2), 101-114.
- Malterer, M., Glass, S. & Newman, J. (2008). Psychopathy and trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 44(3), 735-745.

- Mancuso, D., Townsend, M. & Mercante, D. (1993). Long-term follow-up of generalized anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 34(6), 441-446.
- Marchand, A., Todorov, C., Borgeat, F. & Pelland, M. (2007). Effectiveness of a brief cognitive behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia and the impact of partner involvement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(5), 613-629.
- Marina, J. A. (1996). *El laberinto sentimental*. Barcelona: Anagrama.
- Markowitz, J., Weissman, M., Ouellette, R., Lish, J. & Klerman, G. (1989). Quality of life in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 46, 984-992.
- Marks, I., Swinson, R., Basoglu, M., Kuch, K., Noshirvani, H., O'Sullivan, G., et al. (1993). Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia: A controlled study in London and Toronto. *British Journal of Psychiatry*, 162, 776-787.
- Martines, D., Fernández-Berrocal, P. & Extremera, N. (2006). Diferencias étnicas en Inteligencia Emocional percibida en los Estados Unidos y México. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 317-327.
- Martinez-Pons, M. (1998). Parental inducement of emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 18 (1), 3-23.
- Martinez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality*, 17(1), 3-13.
- Martínez-Sánchez, F., Fernández-Abascal, E. & Palmero, F. (2002). El proceso emocional. En F. Palmero, E. Fernández-Abascal, F. Martínez & M. Chóliz (Eds.), *Psicología de la Motivación y de la Emoción* (pp. 57-87). Madrid: McGraw Hill.
- Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid: Díaz de Santos
- Maslow, A. (1994). *La personalidad creadora*. (4ª ed.). Barcelona: Kairos.
- Massey, H. E. (1999). The new leader's role: Engaging dialogue and emotional intelligence at entry for successful adaptive change. *Dissertation Abstract International: Humanities and Social Science*, 59 (7-A), 2607.
- Massion, A. O., Warshaw, M. G. & Keller M. B. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150(4), 600-7. Quito del texto
- Massion, A., Dyck, I., Shea, T., Phillips, K., Warshaw, M. & Keller, M. (2002). Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder,

- social phobia and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(5), 434-440.
- Matthews, G., Zeidner, M. & Roberts, R. (2002). Emotional intelligence: Science and myth. Cambridge, MA, US: MIT Press.
- Mattick, R., Andrews, G., Hadzi-Pavlovic, D. & Christensen, H. (1990). Treatment of panic and agoraphobia: An integrative review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(9), 567-576.
- Mayer, J. D. (2001). Emotion, intelligence, and emotional intelligence. En J. P. Forgas, *Handbook of affect and social cognition* (pp. 410-431). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Mayer, J. D., Caruso, D. & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298.
- Mayer, J. D., DiPaolo, M. T. & Salovey, P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*, 54, 772-781.
- Mayer, J. D. & Gaschke, Y. (1988). The experience and meta-experience of mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(1), 102-111.
- Mayer, J. D. & Geher, G. (1996). Emotional intelligence and the identification of emotion. *Intelligence*, 22, 89-113.
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1995) Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and Preventive Psychology*, 4(3), 197-208.
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). What is Emotional Intelligence? En P. Salovey y D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence educational implications* (pp.3-31). New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. (2000). Models of Emotional Intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of Intelligence*. Cambridge: Cambridge University.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. & Sitarenios, G. (2003). Measuring Emotional Intelligence with the MSCEIT v.2. 0. *Emotion*, 3 (1), 97-105.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. & Sitarenios, G. (2005). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) item booklet*. Toronto, Notario, Canada: MHS Publishers.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. & Sitarenios, G. (2005). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) user's manual*. Toronto, Notario, Canada: MHS Publishers.

- Mayr, E. (1974). Behavior programs and evolutionary strategies. *American Scientist*, 62, 650-659.
- McLeod, J. (1994). Anxiety disorders and marital quality. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 767-776.
- McNally, R. (1996). Desarrollos recientes en el tratamiento del trastorno de pánico, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, 91-103.
- Mead, G. (1910). Social consciousness and the consciousness of meaning. *Psychological Bulletin*, VII, 397-405.
- Mehrabian, A. (1970). When are feelings communicated inconsistently? *Journal of Experimental Research in Personality*, 4, 198-212
- Merom, D., Phongsavan, P., Wagner, R., Chey, T., Marnane, C., Steel, Z., et al. (2007). Promoting walking as an adjunct intervention to group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders- A pilot group randomized trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 22 (6), 959-968
- Mestre, J. M., Guil, R., Lopes, P. N., Salovey, P. & Gil-Olarte, P. (2006). Emotional intelligence and social and academic adaptation to school. *Psicothema*, 18, 112-117.
- Mestre, J. M. & Guil, R. (2006). Medidas de ejecución versus medidas de autoinformes de inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 413-225.
- Mestre, J. M., Palmero, F. & Guil, R. (2004). Inteligencia emocional: una explicación integradora desde los procesos básicos. En J. M. Mestre & F. Palmero (Eds.), *Procesos psicológicos básicos: una guía académica para los estudios en Psicopedagogía, Psicología y Pedagogía*. Madrid: McGraw-Hill.
- Mennin, D. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 17-29.
- Mennin, D. & Heimberg, R. (2000). The impact of comorbid mood and personality disorders in the cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 339-357.
- Mennin, D., Heimberg, R., Turk, C. & Fresco, D. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1281-1310.
- Mennin, D., Holaway, R., Fresco, D. & Heimberg, R. (2007). Delineating components of emotion and dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38, 284-302.

- Michelson, L., Marchione, K., Greenwald, M. Testa, S. & Marchione, N. (1996). A comparative outcome and follow-up investigation of panic disorder with agoraphobia: The relative and combined efficacy of cognitive therapy, relaxation training, and therapist-assisted exposure. *Journal of Anxiety Disorders, 10*, 297-330.
- Michelson, L., Mavissakalian, M. & Marchione, K. (1985) Cognitive and behavioral treatments of agoraphobia: Clinical, behavioral, and psychophysiological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 53(6)*, 913-925.
- Miguel-Tobal, J. & Cano-Vindel, A. (2002). Emoción y clínica: Psicopatología de las emociones. En F. Palmero, E. Fernández-Abascal, F. Martínez & M. Chóliz (Eds.), *Psicología de la Motivación y de la Emoción* (pp. 571-581). Madrid: McGraw Hill.
- Millon, T. (2004). Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (4ª ed. Revisada). Madrid: TEA.
- Millon, T. & Everly, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Milrod, B., Busch, F., Leon, A. C., Aronson, A., Roiphe, J., Rudden, M., et al. (2001). A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10*, 239-245
- Milrod, B., Busch, F., Cooper, A. & Shapiro, T. (1997). Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Milrod, B., Busch, F., Hollander, E. & Aronson, A. (1996). A 23-year-old woman with panic disorder treated with psychodynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 153(5)*, 698-703.
- Moisan, D. & Engels, M. (1995). Childhood trauma and personality disorder in 43 women with panic disorder. *Psychological Reports, 76(3:2)*, 1133-1134.
- Milrod, B. & Shear, M. K. (1991). Dynamic treatment of panic disorder: A review. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179(12)*, 741-743.
- Moreno, J. (1966). Psicoterapia de grupos y psicodrama: introducción a la teoría y la praxis. Méjico: FCE.
- Morgado, I. (2006). *Emocions i Intel·ligència Social. Una aliança entre els sentiments i la raó*. Barcelona: Mina.

- Moses, L., Baldwin, D., Rosicky, J. y Tidball, G. (2001). Evidence for referential understanding in the emotions domain at twelve and eighteen months. *Child Development, 72*(3), 718-735.
- Motos, T. (1996). Dramatización y técnicas dramáticas en la enseñanza y el aprendizaje. En V. García Hoz, *Enseñanzas artísticas y técnicas. Tratado de educación personalizada* (pp.113-164). Madrid: Rialp S.A.
- Muniz, M. & Primi, R. (2007). Emotional intelligence and job performance in policemen: Criterion validity for the MSCEIT. *Aletheia, 25*, 66-81.
- Najavits, L. & Strupp, H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 31*(1), 114-123.
- Navarrete, R. (1993). *El aprendizaje de la serenidad*. Madrid: San Pablo.
- Neri, C. (1995) Fantasías transgeneracionales y fusionales en el análisis de una paciente agorafóbica. *Clínica y Análisis Grupal, 71*, 23-46.
- Néron, S., Lacroix, D. & Chaput, Y. (1995). Group vs individual cognitive behaviour therapy in panic disorder: An open clinical trial with a six month follow-up. *Canadian Journal of Behavioural Science, 27*(4), 379-392.
- Newman, M., Castonguay, L., Borkovec, T. & Molnar, C. (2004). Integrative Psychotherapy. En R. G. Heimberg, C.L., Turk & D.S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 320-350) New York: Guilford Press.
- Newsome, S., Day, A. L & Cantano, V. M. (2000). Assessing the predictive validity of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences, 29*, 1005-1016.
- Nitschke, J., Heller, W. & Miller, G. (2000). Anxiety, stress, and cortical brain function. En J. C. Borod (Ed.), *The neuropsychology of emotion* (pp. 298-319). New York: Oxford University Press.
- Noyes, R., Clancy, J., Hoenk, P. & Slymen, D. (1980). The prognosis of anxiety neuroses. *Archives of General Psychiatry, 37*(2), 173-178.
- Noyes, R., Clancy, J., Garvey, M. & Anderson, D. (1987). Is agoraphobia a variant of panic disorder or a separate illness? *Journal of Anxiety Disorders, 1*(1), 3-13.
- Oberst, U. y Lizeretti, N. P. (2004). Inteligencia emocional en psicología clínica y psicoterapia. *Revista de psicoterapia, 15* (60), 5-22.

- Öhman, A. (1994). The psychophysiology of emotion: Evolutionary and nonconscious origins. En D. Edewalle, P. Bertelson & P. Eelen (Eds.), *Current advances in Psychological Science: An International Perspective* (pp. 197-227). Hove: LEA.
- Oiesvold, M. & Aaroe, R. (2003). Effectiveness of brief cognitive group therapy for persons with panic disorder with and without agoraphobia. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40(12), 1046-1050.
- Olfson, M., Fireman, B., Weissman, M., Leon, A.C., Sheehan, D.V., Kathol, R.G., et al. (1997). Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *American Journal of Psychiatry*, Vol 154(12), 1734-1740.
- Olthof, T., Schouten, A., Kuiper, H., Stegge, H. & Jennekens- Schinkel, A. (2000). Shame and guilt in children: Differential situational antecedents and experiential correlates. *British Journal of Developmental Psychology*, 18, 51-64.
- Omenat, M. (2006). Arteterapia. Una experiencia de grupos de apoyo a mujeres: intervención realizada en una Asociación de alcohólicos rehabilitados. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, 137-148.
- Onnis L. (1997). *La palabra del cuerpo. Psicósomática y perspectiva sistémica*. Barcelona: Herder.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K.T. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. En S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 283-330). New York: Wiley.
- O'Rourke, D., Fahy, T., Brophy, J. & Prescott, P. (1996). The Galway Study of Panic Disorder III: Outcome at 5 to 6 years. *British Journal of Psychiatry*, 168(4), 462-469.
- Ortony, A., Clore, G. & Collins, A. (1996). *La estructura cognitiva de las emociones*. Madrid: Siglo XXI.
- Öst, L-G. (1987). Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 397-409.
- Öst, L-G. (1988). Applied relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 13-22.

- Öst, L-G., Thulin, U. & Ramnerö, J. (2004). Cognitive behaviour therapy vs exposure in vivo in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1105-1127.
- Öst, L-G. & Westling, B. (1995). Applied relaxation vs cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33(2), 145-158.
- Otto, M., Pollack, M., Sachs, G., Reiter, S., Meltzer-Brody, S. & Rosenbaum, J. F. (1993). Discontinuation of benzodiazepine treatment: Efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150(10), 1485-1490.
- Otto, M., Pollack, M., Penava, S. & Zucker, B. (1999). Group cognitive-behavior therapy for patients failing to respond to pharmacology for panic disorder: A clinical case series. *Research and Therapy*, 37(8), 763-770.
- Ozkan, M. & Altindag, A. (2005). Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity? *Comprehensive Psychiatry*, 46, 20-26.
- Paez, D. & Casullo, M. (2000). *Cultura y Alexitimia: ¿cómo expresamos lo que sentimos?* Buenos Aires: Paidós.
- Paez, D., Velasco, C. & Gonzalez, J. (1999). Expressive writing and the role of alexythimia as a dispositional deficit in self-disclosure and psychological health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(3), 630-641.
- Paivio, S. & Bahr, L. (1998). Interpersonal problems, working alliance, and outcome in short-term experiential therapy. *Psychotherapy Research*, 8(4), 392-407.
- Paivio, S. & Greenberg, L.S. (1995). Resolving unfinished business: Experiential therapy using empty chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 419-425.
- Palfai, T. P. & Salovey, P. (1993). The influence of depressed and related mood on deductive and inductive reasoning. *Imagination, Cognition and Personality*, 13(1), 57-71.
- Palmero, F. & Fernández-Abascal, E. (2002). Emociones básicas II (ira, tristeza y asco). En F. Palmero, E. Fernández-Abascal, F. Martínez, F. & M. Chóliz (Eds.), *Psicología de la Motivación y de la Emoción* (pp. 353-372). Madrid: McGraw Hill.
- Palmero, F. , Fernández-Abascal, E. G., Martínez, F. & Chóliz, M. (Eds.). (2002). *Psicología de la Motivación y de la Emoción*. Madrid: McGraw Hill.

- Palomera, R. & Brackett, M. (2006). Frecuencia del afecto positivo como posible mediador entre la Inteligencia Emocional Percibida y la satisfacción vital. *Ansiedad y Estrés, 12* (2-3), 231-239.
- Panksepp, J. (1994). The clearest psychological distinctions between emotions will be found among the circuits of the brain. En P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion* (pp. 258-260). Oxford: Oxford University Press.
- Parker, J.D., Taylor, G.J. & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences, 30*, 107-115.
- Parkinson, B. (1995). *Ideas and realities of emotion*. London: Routledge.
- Pastor, C. & Sevilla, J. (2003). *Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia: un manual de autoayuda paso a paso*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Penava, S., Otto, M., Maki, K. & Pollack, M. (1988). Rate of improvement during cognitive-behavioral group treatment for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 36*(7-8), 665-673.
- Pennebaker, J. (1995). Emotion, disclosure, and health: An overview. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, & health* (pp. 3-10). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pennebaker, J. & Beall, S. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology, 95*(3), 274-281.
- Pennebaker, J., Hugues, C. & O'Heeron, R. (1987). The psychophysiology of confession: Linking inhibitory and psychosomatic processes. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(4), 781-793.
- Pennebaker, J., Kiecolt-Glaser, J. & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(2), 239-245.
- Perls, F. (1974). *Sueños y existencia: Terapia Gestáltica*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Perls, F. (1973). Cuatro conferencias. En J. Fagan & I. Shepherd (Eds.): *Teoría y técnicas de la psicoterapia gestáltica* (pp.22-44). Santiago de Chile: Amorrortu.
- Petrides, K. & Furnham, A. (2000). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences, 29*, 313-320.

- Plutchik, R. (1991). *The Emotions*. New York: University Press of America.
- Plutchik, R. (1994). *The psychology and biology of emotion*. New York: HarperCollins College Publishers.
- Pollack, M., Otto, M., Kaspi, S., Hammerness, P. & Rosenbaum, J. F. (1994). Cognitive behavior therapy for treatment-refractory panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 55(5)*, 200-205.
- Pollard, A., Bronson, S. & Kenney, M. (1989). Prevalence of agoraphobia without panic in clinical settings. *American Journal of Psychiatry, 146(4)*, 559-565.
- Polster, E. (1973). *Terapia Gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Power, M. (1999). Sadness and its disorders. En T. Dalgleish y M.J. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion* (pp. 497-519). Chichester: Wiley.
- Preciado, I. (2002). "La mujer de la muleta". La construcción y reconstrucción de una crisis agorafóbica. *Revista de psicoterapia, 17*, 113-122.
- Priest, R., Vize, C., Roberts, A., Roberts, M. & Tylee, A. (1996). Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *British Medical Journal, 9*, 313-858.
- Punset, E. (2008). *El viatge a la felicitat. Les noves claus científiques*. Barcelona: Columna.
- Quitmann, H. (1989). *Psicología Humanística. Conceptos fundamentales y trasfondo filosófico*. Barcelona: Herder.
- Ramos, N., Fernandez-Berrocal, P. y Extremera, N. (2007). Perceived emotional intelligence facilitates cognitive-emotional processes of adaptation to an acute stressor. *Cognition & Emotion, 21(4)*, 758-772.
- Raskin, M., Bali, L. y Peeke, H. (1980). Muscle biofeedback and transcendental meditation. *Archives of General Psychiatry, 37(1)*, 93-7.
- Reeve, J. (1996). *Understanding Motivation and Emotion*. Madrid: McGraw-Hill.
- Reich, J. H. (1988a). A Family history method for DSM-III anxiety and personality disorders. *Psychiatry Research, 26(2)*, 131-139.
- Reich, J. H. (1988b). DSM-III personality disorders and the outcome of treated panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 145(9)*, 1149-1152.
- Reyes, P. (2007). El potencial relacional del Arteterapia en la intervención psicoterapéutica temprana de la psicosis. *Arteterapia Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social, 2*, 109-118.

- Ridel-Heller, S., Matschinger, H. & Angermeyer, M. (2005). Mental disorders - who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 167-74.
- Richards, J. & Alvarenga, M. (2002). Extension and replication of an internet-based treatment program for panic disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31(1), 41-47.
- Rimé, B. (1999). Expressing emotion, physical health, and emotional relief: A cognitive-social perspective. *Advances in Mind-Body Medicine*, 15(3), 175-179.
- Roca, E & Roca, B. (1998). *Cómo Tratar con éxito el pánico (con o sin agorafobia)*. Valencia: ACDE, DL
- Rode, J. , Mooney, C. , Arthaud-Day, M., Near, J., Rubin, R. , Baldwin, T. et al. (2008). An examination of the structural, discriminant, nomological, and incremental predictive validity of the *MSCEIT©V2.0*. *Intelligence*, 36(4), 350-366.
- Roemer, L., Molina, S. & Borkovec, T. (1997). An investigation of worry content among generally anxious individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(5), 314-319.
- Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2007). *An open trial of an Acceptance-Based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder*. *Behaviour Therapy*, 38, 72-85.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. & Orsillo, S. (2005). Fear and Avoidance of Internal Experiences in GAD: Preliminary Tests of a Conceptual Model. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 71-88.
- Rogers, C. R. (2000). *El proceso de convertirse en persona*. (17a. ed.). Barcelona: Paidós.
- Rosal, R. (2002). *El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica*. Barcelona: Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.
- Rosal, R. (2003). *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza?* Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rosal, R. & Gimeno-Bayón, A. (2001). *Cuestiones de psicología y psicoterapias humanistas*. Barcelona: Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.
- Rosenbaum, J. (1997). Treatment-resistant panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(2), 61-65.
- Rosenberg, E. & Ekman, P. (1994). Coherence between expressive and experiential systems in emotion. *Cognition & Emotion*, 8(3), 201-229.

- Rosenberg, N. & Hougaard, E. (2005). Cognitive-behavioural group treatment of panic disorder and agoraphobia in a psychiatric setting: A naturalistic study of effectiveness. *Nordic Journal of Psychiatry*, *59*(3), 198-204.
- Rosenman, I. & Smith, C. (2001). Appraisal theory: Overview, Assumptions, Varieties, Controversies. En K.R. Scherer, A. Schorr & T. Johnstone (Eds.), *Appraisal Processes in Emotion. Theory, methods, research* (pp. 3-19). New York: Oxford University Press.
- Rossen, E., Kranzler, J. & Algina, J. (2008). Confirmatory factor analysis of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test V 2.0 (MSCEIT). *Personality and Individual Differences*, *44*(5), 1258-1269.
- Rowan, J. (1986). Holistic listening. *Journal of Humanistic Psychology*, *26*(1), 83-102.
- Roy-Byrne, P. & Katon, W. (1997). Generalized anxiety disorder in primary care: The precursor/modifier pathway to increased health care utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, *58*(3), 34-40.
- Rozín, P., Haidt, J. & McCauley, C. (1999). Disgust: The body and soul emotion. En T. Dalgleish y M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 429-445). New York: Wiley.
- Ruiz-Aranda, D., Fernández-Berrocal, P., Cabello, R. & Extremera, N. (2006). Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Ansiedad y Estrés*, *12*(2-3), 223-230.
- Ruiz de Velasco, A. (2000). La dramatización como forma de desarrollar la inteligencia emocional. *Boletín de Estudios e Investigación*, *1-2000*, 191-196
- Russell, J. & Fehr, B. (1994). Fuzzy concepts in a fuzzy hierarchy: varieties of anger. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*, 186-205.
- Saarni, C. (1984). Observing children's use of display rules: Age and sex differences. *Child Development*, *55*, 1504-1513.
- Sachs, G., Amering, M., Berger, P. & Katschnig, H. (2002). Gender related disabilities in panic disorder. *Archives of Women's Mental Health*, *4*(4), 121-127.
- Sadín, B., Rodero, B., Santed, M. & García-Campayo, J. (2006). Sucesos vitales estresantes y trastorno de pánico: Relación con el inicio del trastorno, la gravedad clínica y la agorafobia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *11* (3), 179-190.
- Saiz, J., Ibáñez, A. & Montes, J.M. (2001). *Trastorno de angustia. Crisis de pánico y agorafobia en Atención Primaria*. Barcelona: Masson.

- Saklofske, D., Austin, E., Galloway, J. & Davidson, K. (2007). Individual difference correlates of health-related behaviours: Preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and Individual Differences, 42*(3), 491-502.
- Salguero, J. & Iruarrizaga, I. (2006). Relaciones entre inteligencia emocional percibida y emocionalidad negativa: ansiedad, ira y tristeza/depresión. *Ansiedad y Estrés, 12*(2-3), 207-221.
- Salkovskis, P. & Clark, D. (1991) Cognitive therapy for panic disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 5*, 215-226.
- Salkovskis, P., Clark, D., Hackmann, A., Wells, A. & Gelder, M. (1999). An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 559-574.
- Salovey, P. (2001). Applied emotional intelligence: Regulating emotions to become healthy, wealthy, and wise. En J. Ciarrochi, J. Forgas y J. D. Mayer (Eds), *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry*. (pp. 168-184). New York: Psychology Press.
- Salovey, P. & Mayer, J. (1990). "Emotional Intelligence". *Imagination, Cognition and Personality, 9*, 185-211.
- Salovey, P. & Mayer, J. (1997). What is Emotional Intelligence? En P. Salovey y D.J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence. Educational implications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S., Turvey, C. & Palfai, T. (1995). Emotional attention, clarity and repair: Exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure and Health* (pp. 125-154). Washington, DC: American Psychological Association.
- Salovey, P., Stroud, L., Woolery, A. & Epel, E. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health, 17*, 611-627.
- Sánchez-Riesco, O. (2001). Implicaciones educativas de la inteligencia emocional. *Psicología Educativa, 7* (1), 5-27.
- Sanderson, W. C. & Bruce, T. (2007). Causes and Management of Treatment-Resistant panic disorder and agoraphobia: A survey of expert therapists. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*, 26 -35.

- Sassaroli, S. & Lorenzini, R. (2000). *Miedos y fobias*. Barcelona: Paidós
- Schmidt-Atzert, L. (1985). *Psicología de las emociones*. Barcelona: Herder.
- Shapiro, L. (1997). *La inteligencia emocional de los niños*. Buenos Aires: Javier Vergara.
- Sharp, D., Power, K. & Swanson, V. (2004). A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 73-82.
- Scherer, K. (1984). On the nature and function of emotion: A component process approach. En K. Scherer & P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion*, (pp. 293-317). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Scherer, K. (1994). Toward a concept of modal emotions. En P. Ekman & R.J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion* (pp. 25-31). Oxford: Oxford University Press.
- Schulte, M., Ree, M. & Carretta, T. (2004). Emotional intelligence: Not much more than g and personality. *Personality and Individual Differences*, 37(5), 1059-1068.
- Schutte, N. S., Malouff, J., Bobik, C., Coston, T., Greeson, C., Jedlicka, C., et al. (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *Journal of Social Psychology*, 141, 523-536.
- Schutte, N., Malouff, J., Hall, L., Haggerty, D., Cooper, J., Golden, C. et al. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, 167-177.
- Schutte, N., Malouff, J., Simunek, M., McKenley, J. & Hollander, S. (2002). Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition & Emotion*, 16(6), 769-785.
- Schutte, N., Malouff, J., Thorsteinsson, E., Bhullar, N. & Rooke, S. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42, 921-933.
- Schwarz, N. & Clore, G.L. (1988). How do I feel about it? The information function of affective states. En K. Fiedler & J. Forgas (Eds.), *Affect, Cognition, and Social Behaviour: New Evidence and Integrative Attempts* (pp. 44-62). Toronto: C.J. Hogrefe.
- Schweizer, E. & Rickels, K. (1997). Strategies for treatment of generalized anxiety in the primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (Suppl 3), 27-31.

- Shannahoff-Khalsa, D., Ray, L., Levine, S., Gallen, C., Schwartz, B. & Sidorowich, J. (1999). Randomized controlled trial of yogic meditation techniques for patients with obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*, 4(12), 34-47.
- Shear K., Pilkonis, P., Cloutre, M. & Leon, A. (1994). Cognitive behavioral treatment compared with non-prescriptive treatment of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 51(5), 395-401.
- Sierra, D., Carrera, M., Herrán, A., Ayestará, A., Ramirez, M., Rodríguez, B., et al. (2008). Estudio de fases tempranas del trastorno de angustia. *Norte de Salud Mental*, 30, 32-38.
- Silva, C. J. & Gemp, F. R. (2004). Diferenciación emocional y psicopatología: La hipótesis de la acentuación somática. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 7 (16). <http://reme.uji.es>
- Simon, G. & Von Korff, M. (1991). Somatization and psychiatric disorder in the NIMH epidemiologic catchment area study. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1494-1500
- Skodol, A., Oldham, J., Hyler, S., Stein, D., Hollander, E. & Gallaher, P. (1995). Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *Journal of Psychiatric Research*, 29(5), 361-374.
- Slaski, M. & Cartwright, S. (2003). Emotional intelligence training and its implications for stress health and performance. *Stress and health*, 19, 233-239.
- Smith, R. (1983). Alexithymia in medical patients referred to a consultation/liason service. *American Journal of Psychiatry*, 140(1), 99-101.
- Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980). *The benefits of Psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins.
- Smith, C. & Lazarus, R. (1993). Appraisal components, core relational themes, and the emotions. *Cognition and Emotion*, 7, 233-269.
- Solomon, R. (1993). The philosophy of emotions. En M. Lewis y J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 3-15). Nueva York: Guilford.
- Solomon, R. & Corbit, J. (1974). An opponent-process theory of motivation: Temporal dynamics of affect. *Psychological Review*, 81, 119-145.
- Spiegel, D., Bruce, T., Gregg, S. & Nuzzarello, A. (1994). Does cognitive behavior therapy assist slow-taper alprazolam discontinuation in panic disorder? *American Journal of Psychiatry*, 151(6), 876-881.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). *Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. Madrid: TEA.
- Stanley, M. A., Beck, J. G., Novy, D. M., Averill, P. M., Swann, A. C., Diefenbach, G. J. et al. (2001). Cognitive-behavioral treatment of late-life generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71* (2), 309-12
- Stein, D., Kasper, S., Andersen, E., Nil, R. & Lader, M. (2004). Escitalopram in the Treatment of Social Anxiety Disorder: Analysis of Efficacy for Different Clinical Subgroups and Symptom Dimensions. *Depression and Anxiety, 20*(4), 175-181.
- Stein, M. & Heimberg, R. (2004). Well-being and life satisfaction in generalized anxiety disorder: Comparison to major depressive disorder in a community sample. *Journal of Affective Disorders, 79*(1-3), 161-166.
- Stein, M., Walker, J., Anderson, G., Hazen, A., Ross, C., Eldridge, G., et al. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders in a community sample. *American Journal of Psychiatry, 153*(2), 275-277.
- Starcevic, V., Linden, M., Uhlenhuth, E. H., Kolar, D. & Latas, M. (2004). Treatment of panic disorder with agoraphobia in an anxiety disorders clinic: factors influencing psychiatrists' treatment choices. *Psychiatry Research, 125*, 41-52.
- Sternberg, R. (1997). The concept of intelligence and its role in lifelong learning and success. *American Psychologist, 52*, 1030-1037.
- Stevens, J. O. (1976). *El darse cuenta: sentir, imaginar, vivenciar*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Suinn, R. & Richardson, F. (1971). Anxiety Management Training: a nonspecific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy, 2*, 498-510.
- Swinson, R. P., Fergus, K. D., Cox, B. J. & Wickwirew, K. (1995). Efficacy of telephone-administered behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, Vol 33*(4), 465-469.
- Tangney, J. (1998). How guilt differs from shame? En J. Bybee (Ed.), *Guilt and Children* (pp.1-17). San Diego: Academic.
- Taylor, J. (2001). Mattering and psychological well-being. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 61*(10-A), 4183.
- Telch, M. J., Agras, W. S., Taylor, C. B., Roth, W. T. & Gallen, C. C. (1995). Combined pharmacological and behavioural treatment for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 325-335.

- Telch, M., Brouillard, M., Telch, C. & Agras, S. (1989). Role of cognitive appraisal in panic-related avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 27(4), 373-383.
- Telch, M., Lucas, J., Schmidt, N., Hanna, H., Jaimez, T. & Lucas, R. A. (1993). Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 31(3), 279-287.
- Telch, M., Schmidt, N., Jaimez, T., Jacquin, K. & Harrington, P. (1995). Impact of cognitive-behavioural treatment on quality of life on panic disorder patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 823-830.
- Thompson, B., Waltz, J., Croyle, K. & Pepper, A.C. (2007). Trait meta-mood and affect as predictors of somatic symptoms and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 43, 1786-1795.
- Tonks, A. (2003). Extracts from "Best Treatments": treating generalized anxiety disorder. *British Medical Journal*, 326, 700-2.
- Traube, P. (1990). Le groupe supra-thérapeute. *Actualités en Analyse Transactionnelle*, 54, 88-96.
- Trinidad, D. & Johnson, A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32(1), 95-105.
- van Balkom, A., Bakker, A., Spinhoven, P., Blaauw, B., Smeenk, S. & Ruesink, B. (1997). A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(8), 510-516.
- van den Hout, M., Arntz, A. & Hoekstra, R. (1994). Exposure reduced agoraphobia but no panic, and cognitive therapy reduced panic but no agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 447-451.
- Vázquez, C. & Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9 (2-3), 231-254.
- Velasco, C., Fernández, I., Páez, D. & Campos, M. (2006). Perceived emotional intelligence, alexithymia, coping and emotional regulation. *Psicothema*, 18 (Suppl), 89-94.
- Villa, H., Botella, C., García-Palacios, A. & Osmá, J. (2007). Virtual reality exposure in the treatment of panic disorder with agoraphobia: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 58-69.

- Villagarán, J. M. (1996). *La depresión*. Madrid: Aguilar.
- Villanueva, L., Clemente, R. A. & Adrián, J. E. (2000). La comprensión infantil de emociones secundarias y su relación con otros desarrollos socio-cognitivos. *Revista Electrónica de Emoción y Motivación*, 3, (4). <http://reme.uji.es>
- Villegas, M. (1990). Sincretismo, eclecticismo e integración en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 1, 5-25.
- Villegas, M. (1993). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14-15, 38-87.
- Villegas, M. (1995). Psicopatologías de la libertad (I). La agorafobia o la constricción del espacio. *Revista de Psicoterapia*, 21, 17-40.
- Villegas, M. (2000). Psicopatologías de la libertad (II). La obsesión o la constricción de la espontaneidad. *Revista de Psicoterapia*, 42-43, 49-134.
- Vinogradov, S. & Yalom, I. D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Von Bertalanffy, L. (1993). *Teoría General de los Sistemas* (2ª ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Warwick, J. & Nettelbeck, T. (2004). Emotional Intelligence is...? *Personality and Individual Differences*, 37 (5), 1091-1100.
- Watson, D. & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- Weinberger, D., Schwartz, G. & Davidson, R. (1979). Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: Psychometric patterns and behavioral and physiological responses to stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(4), 369-380.
- Weissman, M. M., Klerman, G. L., Urankowitz, J. & Oullette, R. (1989). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *New England Journal of Medicine*, 321, 1209-1216.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 301-320.
- Wells, A. & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 206-212.
- Wetherell, J. L., Gatz, M. & Craske, M.G. (2003). Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 71, 31-40.

- Wetzler, S., Kahn, R., Cahn, W., Van Praag, H. & Asnis, G. (1990). Psychological test characteristics of depressed and panic patients. *Psychiatry Research*, 31(2), 179-192.
- Wiborg, I. & Dahl, A. (1996). Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Archives of General Psychiatry*, 53(8), 689-694.
- Williams, S. & Falbo, J. (1996). Cognitive and performance-based treatments for panic attacks in people with varying degrees of agoraphobic disability. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 253-264.
- Wing, J., Schutte, N. & Byrne, B. (2006). The Effect of Positive Writing on Emotional Intelligence and Life Satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*, 62(10), 1291-1302.
- Whisman, M., Sheldon, T. & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 803-808.
- White, J. (1998). 'Stress control' large group therapy for generalized anxiety disorder: Two year follow-up. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26(3), 237-245.
- Wittchen, H., Reed, V. & Kessler, R. (1998). The relationship of agoraphobia and panic in a community sample of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 55(11), 1017-1024.
- Wittchen, H., Zhao, S., Kessler, R.C & Eaton, W. (1994). DSM-III--R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(5), 355-364.
- Woodward, R. & Jones, R. (1980). Cognitive restructuring treatment: A controlled trial with anxious patients. *Behaviour Research and Therapy*, 18(5), 401-407.
- Yalom, I. (1986). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Yalom, I. D. (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.
- Yonkers, K., Dyck, I., Warshaw, M. & Keller, M. (2000). Factors predicting the clinical course of generalised anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 176, 544-549.
- Yonkers, K., Warshaw, M., Massion, A. & Keller, M. (1996). Phenomenology and course of generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 168, 308-313.
- Yoon, K. & Zinbarg, R. (2007). Generalized anxiety disorder and entry into marriage or a marriage-like relationship. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 955-965.

- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: preferences need no inferences. *American Psychologist, 35*(2), 151-175.
- Zajonc, R. B. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist, 39*(2), 117-123.
- Zeidner, M., Shani-Zinovich, I., Matthews, G. & Roberts, R. (2005). Assessing emotional intelligence in gifted and non-gifted high school students: Outcomes depend on the measure. *Intelligence, 33* (4), 369-391.
- Zeidner, M. & Kaluda, I. (2008). Romantic love: What's emotional intelligence (EI) got to do with it? *Personality and Individual Differences, 44*(8), 1684-1695.
- Zinbarg, R., Lee, J. & Yoon, L. (2007). Dyadic predictors of outcome in a cognitive-behavioral program for patients with generalized anxiety disorder in committed relationships: A 'spoonful of sugar' and a dose of non-hostile criticism may help. *Behaviour Research and Therapy, 45*(4), 699-713.
- Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P. & Saldivias, S. (2007). Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnosis: results from a community sample. *Comprehensive Psychiatry, (en prensa)*.

Anexos

- 1. Consentimiento informado**
- 2. Documento de aprobación de la investigación por parte de la comisión ética del Consorci Sanitari del Maresme.**

INFORMACIÓN PARA EL ENTREVISTADO

La presente investigación es fruto de la colaboración entre la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universitat Ramon Llull y el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) de Mataró (ConSORCI Sanitari del Maresme). El objetivo es evaluar la efectividad, es decir, la mejoría que experimentan las personas que participan en los tratamientos grupales para la **agorafobia** que se ofrecen en el Servicio de Psiquiatría de este centro. Para ello es necesario que los participantes cumplimenten cuestionarios y registros a lo largo del proceso terapéutico y posteriormente cuando éste haya finalizado.

Los investigadores de este estudio se comprometen a:

- Mantener la **confidencialidad** de todos los datos que se obtengan en el estudio a fin de preservar la intimidad de las personas que participen.
- Que la participación en el estudio es **voluntaria** por lo que existe la posibilidad de abandonarlo en cualquier momento si se estima pertinente.
- El **beneficio** que usted obtiene con su participación es la de recibir un tratamiento psicológico grupal para la agorafobia que le ayudará a reducir los síntomas que presenta y le proporcionará estrategias para controlar su agorafobia lo que favorecerá su calidad de vida. Además, su participación será de gran utilidad para el conocimiento de los factores implicados en el malestar psicológico que usted padece, así como para identificar elementos que nos permitan diseñar tratamientos más efectivos para su problema.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(por favor indique a continuación su nombre, apellidos y DNI)

Yo,....., participo libremente en el presente estudio y aseguro que:

- He leído y entendido la información anterior
- He recibido suficiente información sobre este estudio
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- Comprendo que mi participación es voluntaria
- Se que puedo abandonar en cualquier momento la investigación
- No he recibido ningún tipo de presión para colaborar en el estudio.

Firma del entrevistado/a

Firma del investigador/a

Mataró,.....de 200.....

INFORMACIÓN PARA EL ENTREVISTADO

La presente investigación es fruto de la colaboración entre la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universitat Ramon Llull y el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) de Mataró (ConSORCI Sanitari del Maresme). El objetivo es evaluar la efectividad, es decir, la mejoría que experimentan las personas que participan en los tratamientos grupales para la **ansiedad** que se ofrecen en el Servicio de Psiquiatría de este centro. Para ello es necesario que los participantes cumplimenten cuestionarios y registros a lo largo de proceso terapéutico y posteriormente, cuando éste haya finalizado.

Los investigadores de este estudio se comprometen a:

- Mantener la **confidencialidad** de todos los datos que se obtengan en el estudio a fin de preservar la intimidad de las personas que participen.
- Que la participación en el estudio es **voluntaria** por lo que existe la posibilidad de abandonarlo en cualquier momento si se estima pertinente.
- El **beneficio** que usted obtiene con su participación es la de recibir un tratamiento psicológico grupal para la ansiedad que le ayudará a reducir los síntomas que presenta y le proporcionará estrategias para controlar su ansiedad lo que favorecerá su calidad de vida. Además, su participación será de gran utilidad para el conocimiento de los factores implicados en el malestar psicológico que usted padece, así como para identificar elementos que nos permitan diseñar tratamientos más efectivos para la ansiedad.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(por favor indique a continuación su nombre, apellidos y DNI)

Yo....., participo libremente en el presente estudio y aseguro que:

- He leído y entendido la información anterior
- He recibido suficiente información sobre este estudio
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- Comprendo que mi participación es voluntaria
- Sé que puedo abandonar en cualquier momento la investigación
- No he recibido ningún tipo de presión para colaborar en el estudio.

Firma del entrevistado

Firma del investigador/a

Mataró,.....de 200.....

