

Ensayo clínico aleatorizado en pacientes con depresión y trastornos de personalidad: eficacia de una terapia integradora humanista. Proyecto AFRONTA

Maria Alba Calzada Espanyol

<http://hdl.handle.net/10803/668738>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS DOCTORAL

| | |
|----------------------|---|
| Título | Ensayo clínico aleatorizado en pacientes con depresión y trastornos de personalidad: eficacia de una terapia integradora humanista. Proyecto AFRONTA |
| Realizada por | Maria Alba Calzada Espanyol |
| en el Centro | Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna |
| y en el Departamento | Psicología |
| Dirigida por | Dra. Núria Farriols Hernando y Dra. Olga Bruna Rabassa |

Al meu pare

AGRADECIMIENTOS

Quiero empezar agradeciendo a todas las personas que han hecho posible que hoy pueda presentar esta tesis, a todas las personas que han intervenido de una manera u otra.

Gracias a mis directoras de tesis, la Dra. Núria Farriols y la Dra. Olga Bruna. Olga, gracias por invitarme a participar en el mundo de la investigación y por acompañarme en los primeros pasos. Núria, tú me ayudaste a reenfocar mi camino dentro de la psicología y me abriste las puertas dentro de la psicología clínica y confiaste en mí desde el inicio, pero también te quiero que agradecer todo el apoyo que me has dado durante estos años, a nivel profesional pero también a nivel personal, *hem compartit moments molt alegres però també de molt durs*. Gracias a las dos por haberme acompañado en este proyecto tan importante y haber dedicado tanto esfuerzo. Quiero dar las gracias también a Carol Palma, por acompañarme en este proceso aportando tus conocimientos clínicos pero también en el análisis estadístico, te he sentido muy próxima a mi proyecto.

Quiero agradecer también a la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport, Blanquerna* ya son 10 años formándome en esta casa y siento muy cercano el lema de la facultad: “*ser i saber*”. Gracias a todos los profesores que me han ayudado a convertirme en psicóloga y gracias también por ofrecernos toda la pluralidad de orientaciones psicológicas y por esta formación tan integradora. Me gustaría también agradecer al Grupo de Investigación de Comunicación y Salud (COMSAL), especialmente al Dr. Jordi Segura, investigador principal, gracias por acogerme como miembro del grupo.

Gracias al Consorci Sanitari del Maresme, especialmente al Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA), antes que nada por darme la oportunidad de hacer las prácticas del máster y poder tener la primera experiencia como psicóloga clínica y posteriormente, para dejarme realizar el trabajo de campo del presente estudio. Gracias a todos los miembros del equipo, por interesarse por los grupos terapéuticos que realizaba, para darme consejos y colaborar en todo lo que ha estado necesario.

Quiero agradecer también a todos los coterapeutas que han participado en este estudio, ya sea porque eran trabajadores del centro o bien porque estaban realizando las prácticas. Gracias Núria Farriols, Ferran Aliaga, Ona Gomis, Victor Carretero, Anthony Francome, Marc Mas, Anna Ayza, Elisabeth Marín, Jan Bisbal, Laura González, Ana Salvador.... Todos vosotros habéis sido piezas clave para que esta investigación pudiera salir

adelante, gracias por vuestro compromiso y profesionalidad y por todos los buenos ratos compartidos, el crecimiento y el aprendizaje adquirido.

Gracias a todos los pacientes que han participado en este proyecto, he compartido con vosotros durante 10 meses encuentros semanales. Gracias por vuestra autenticidad, por la valentía que habéis mostrado a la hora de participar en todo lo que os proponíamos, por explicar vuestras vivencias y por compartir vuestras emociones. Gracias para dejarme formar parte de vuestra historia emocional, por hacerme crecer como terapeuta, pero sobretodo como persona.

Quiero agradecer también a mis compañeros de doctorado, a todos los que iniciamos este proceso junto. A Victor Carretero, por todos los trayectos en coche que hemos compartido y por todos los grupos hechos, así como los momentos de confidencias. Y especialmente a Núria Lisbona, por hacer esta aventura juntas, *“gràcies per ser-hi sempre”*.

Me gustaría dar gracias también a los directores del Instituto Erich Fromm y todo el profesorado, especialmente a Ana Gimeno-Bayón y a Ramon Rosal, por todas las aportaciones y contribuciones de la psicología humanista y por la formación que me habéis dado, gracias por vuestro modelo teórico. Un agradecimiento muy especial a María Beltran, por acompañarme en mi proceso de crecimiento personal y enseñarme a enraizarme en todos los momentos que han sido necesarios.

No puedo acabar estos agradecimientos sin mencionar a mi familia. A mi madre, mi hermana, a mis sobrinos y cuñado, gracias para confiar en mí y apoyarme siempre que lo he necesitado. Quiero dar gracias a mi padre, *“tu ets qui més em va animar a iniciar aquest projecte i estic segura que avui m'estàs acompanyat i celebrant, orgullós de mi. Et trobo a faltar”*. Gracias Pol, nos conocimos cuando yo justo empezaba este proyecto y a lo largo de este camino te has convertido en mi marido, gracias por estar siempre a mi lado, por animarme, *“una part d'aquesta tesis és gràcies a tu, fem un gran equip”*. Finalmente, agradecer a todas mis amigas, las de siempre y las que me dio la carrera de psicología, por vuestros ánimos y por confiar en mí.

MÉRITOS CIENTÍFICOS

Publicaciones

Calzada, A., Farriols, N., Bruna, O., Palma, C., Frías, A, & Aliaga, F. (2017). Perfil Psicopatológico de pacientes con Depresión en la Salud Mental Pública. *Revista De Psicoterapia*, 28(107), 1-12. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i107.165>

Frías, A; Palma, C; Calzada, A y Farriols, N (2018). Impulsividad Extrema. En Frías, A (Desclée De Brouwer). *Vivir con el trastorno límite de la personalidad. Una guía clínica para pacientes* (pp. 117-128). Bilbao

Contribuciones en congresos

Calzada, A. (Junio, 2017). *Intervención multidisciplinar humanista. La mirada clínica. Investigación y aplicaciones del modelo de PIH en el ámbito sanitario*. Mesa redonda realizada por la IV jornada de la asociación de psicoterapia integradora humanista. Barcelona, España.

Calzada, A & Farriols, N. (Noviembre, 2015). *Proyecto AFRONTA: Resultados del perfil de un grupo de pacientes con trastornos de personalidad y depresión*. Ponencia presentada en el I Congreso Internacional de Psicología y Psicoterapias Humanistas. Barcelona, España.

Farré, M; González, L; Frías, A; Palma, C; Navarro, S & Calzada, A. (Mayo, 2016). *Esquemas desadaptativos de Young y psicopatología en pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad*. XI Congreso Nacional de Trastornos de Personalidad. Toledo, España

ÍNDICE

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

| | |
|---------|---|
| Tablas | 7 |
| Figuras | 8 |

INTRODUCCIÓN 9

PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO 10

1. LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD 12

| | |
|--|----|
| 1.1. Terapias eficaces para el tratamiento de los trastornos de personalidad | 15 |
|--|----|

2. COMORBILIDAD ENTRE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y DEPRESIÓN 17

3. LA DEPRESIÓN 18

| | |
|--------------------------------|----|
| 3.1. La inteligencia emocional | 21 |
|--------------------------------|----|

| | |
|-------------------------------------|----|
| 3.2. Tratamientos para la depresión | 22 |
|-------------------------------------|----|

4. LA PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA 26

| | |
|-------------------|----|
| 4.1. Antecedentes | 26 |
|-------------------|----|

| | |
|---|----|
| 4.2. La personalidad en la psicología humanista | 28 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| 4.3. Investigación en terapia humanista | 29 |
|---|----|

SEGUNDA PARTE. APLICACIÓN EMPÍRICA 33

5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS 36

| | |
|----------------|----|
| 5.1. Objetivos | 36 |
|----------------|----|

| | |
|----------------|----|
| 5.2. Hipótesis | 36 |
|----------------|----|

6. MÉTODO 38

| | |
|---------------------|----|
| 6.1. Tipo de diseño | 38 |
|---------------------|----|

| | |
|--------------------|----|
| 6.2. Participantes | 38 |
|--------------------|----|

| | |
|-------------------|----|
| 6.3. Instrumentos | 39 |
|-------------------|----|

| | |
|--------------------|----|
| 6.4. Procedimiento | 43 |
|--------------------|----|

| | |
|----------------------------|----|
| 6.5. Variables del estudio | 44 |
|----------------------------|----|

| | |
|---------------------------|----|
| 6.6. Análisis estadístico | 73 |
|---------------------------|----|

| | |
|----------------------|----|
| 6.7. Aspectos éticos | 73 |
|----------------------|----|

| | |
|--|------------|
| 7. RESULTADOS | 76 |
| 7.1. Introducción | 76 |
| 7.2. Participantes | 76 |
| 7.3. Puntuaciones en la evaluación basal entre grupos | 77 |
| 7.4. Puntuaciones del total de la muestra | 90 |
| 7.5. Resultados intergrupo de la intervención psicoterapéutica | 98 |
| 7.6. Comparación de las puntuaciones dentro del grupo | 124 |
| 8. DISCUSIÓN | 138 |
| 8.1. Evaluación basal entre grupos | 138 |
| 8.2. Puntuaciones del total de la muestra | 143 |
| 8.3. Eficacia inter-grupo, intra-grupo y dentro del grupo | 145 |
| 8.4. Limitaciones del estudio | 154 |
| 8.5. Prospectiva de futuro: líneas de mejora | 155 |
| 9. CONCLUSIONES | 158 |
| 9.1. Evaluación de la efectividad de la TIH | 158 |
| 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 162 |
| 11. APÉNDICE | 173 |
| Apéndice A: Resúmenes | 174 |
| Apéndice B: Consentimiento informado y CRD | 180 |
| Apéndice C: Guiones de algunas dinámicas de la TIH | 186 |

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Tablas

| | |
|--|-----|
| Tabla 1. Características principales de los trastornos de personalidad. | 13 |
| Tabla 2. Relación de variables estudiadas y su forma de evaluación. | 43 |
| Tabla 3. Estructura de la Terapia Integradora Humanista | 46 |
| Tabla 4. Estructura de la Terapia Cognitivo Conductual | 70 |
| Tabla 5. Evaluación basal: características sociodemográficas de la muestra | 80 |
| Tabla 6. Evaluación basal de los grupos de tratamiento: variables clínicas | 84 |
| Tabla 7. Evaluación basal de los grupos de tratamiento: inteligencia emocional | 85 |
| Tabla 8. Evaluación basal de los grupos de tratamiento: resiliencia | 86 |
| Tabla 9. Evaluación basal de los grupos de tratamiento: <i>mindfulness</i> | 87 |
| Tabla 10. Evaluación basal de los grupos de tratamiento: personalidad | 88 |
| Tabla 11. Evaluación basal de los grupos de tratamiento: trastornos y rasgos | 90 |
| Tabla 12. Evaluación basal del conjunto de la muestra: variables clínicas | 90 |
| Tabla 13. Evaluación basal del conjunto de la muestra: inteligencia emocional | 91 |
| Tabla 14. Evaluación basal del conjunto de la muestra: resiliencia | 92 |
| Tabla 15. Evaluación basal del conjunto de la muestra: <i>mindfulness</i> | 93 |
| Tabla 16. Evaluación basal del conjunto de la muestra: personalidad | 93 |
| Tabla 17. Evaluación basal del conjunto de la muestra: trastornos y rasgos | 95 |
| Tabla 18. Comparación inter-grupo TIH y TCC: variables clínicas | 99 |
| Tabla 19. Comparación inter-grupo TIH y TCC: inteligencia emocional | 103 |
| Tabla 20. Comparación inter-grupo TIH y TCC: resiliencia | 106 |
| Tabla 21. Comparación inter-grupo TIH y TCC: <i>mindfulness</i> | 111 |
| Tabla 22. Comparación inter-grupo TIH y TCC: personalidad | 116 |
| Tabla 23. Comparación inter-grupo TIH y TCC: trastornos y rasgos | 122 |
| Tabla 24. Comparación dentro del grupo TIH y TCC: variables clínicas | 125 |
| Tabla 25. Comparación dentro del grupo TIH y TCC: inteligencia emocional | 126 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 26. Comparación dentro del grupo TIH y TCC: resiliencia | 127 |
| Tabla 27. Comparación dentro del grupo TIH y TCC: <i>mindfulness</i> | 129 |
| Tabla 28. Comparación dentro del grupo TIH y TCC: personalidad | 130 |
| Tabla 29. Comparación dentro del grupo TIH y TCC: trastornos y rasgos | 133 |

Figuras

| | |
|--|-----|
| Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de asignación de pacientes y las pérdidas muestrales durante el reclutamiento y estudio. | 77 |
| Figura 2. Comparación intra-grupo TIH y TCC para la variable desesperanza. | 101 |
| Figura 3. Comparación inter-grupo TIH y TCC para la variable calidad de vida subjetiva. | 102 |
| Figura 4. Comparación inter-grupo TIH y TCC para la variable claridad. | 104 |
| Figura 5. Comparación inter-grupo TIH y TCC para la variable reparación. | 105 |
| Figura 6. Comparación inter-grupo TIH y TCC para la variable satisfacción personal. | 108 |
| Figura 7. Comparación inter-grupo TIH y TCC para la variable sentirse bien solo. | 109 |
| Figura 8. Comparación inter-grupo TIH y TCC para la variable ecuanimidad. | 110 |
| Figura 9. Comparación inter-grupo TIH y TCC para la variable describir. | 113 |
| Figura 10. Comparación inter-grupo TIH y TCC para la variable no reactividad. | 114 |
| Figura 11. Comparación intra-grupo TIH y TCC para el rasgo narcisista. | 120 |
| Figura 12. Comparación inter-grupo TIH y TCC para los trastornos y rasgos. | 123 |
| Figura 13. Comparación intra-grupo TIH y TCC para la suma de cantidad de rasgos. | 124 |
| Figura 14. Comparación dentro del grupo TIH y TCC para los trastornos y rasgos. | 134 |

INTRODUCCIÓN

La finalidad de las siguientes líneas es explicar la estructura, contenido y secuencia de la tesis que se presenta a continuación.

La primera parte está configurada por el marco teórico en el que se desarrolla la presente investigación.

La segunda parte corresponde a la aplicación empírica del presente estudio. Las partes que configuran este apartado son los objetivos e hipótesis de la investigación; el método, donde se explica el tipo de diseño, la muestra y los instrumentos utilizados para la evaluación, así como el procedimiento, las variables estudiadas, el planteamiento estadístico y finalmente, los aspectos éticos tenidos en cuenta. A continuación se puede encontrar el apartado de resultados; primero de todo se encuentra la evaluación basal y a continuación la evaluación de los resultados inter-grupo y dentro del grupo, así como las correlaciones evaluadas. En el capítulo 8, se incluye la discusión, que tiene por objetivo discutir los resultados y vincularlos al marco teórico; y, por último, las conclusiones, vinculadas a la verificación de las hipótesis planteadas al inicio del estudio; también se tienen en cuenta en este apartado las limitaciones del estudio y las perspectivas del futuro. Finalmente, se adjuntan las referencias bibliográficas y el apéndice, con todos los resúmenes, los documentos utilizados para el cuaderno de recogida de datos (CRD), que incluye la recogida de datos sociodemográficos y el consentimiento informado, así como los guiones de algunos de los ejercicios utilizados durante la terapia integradora humanista.

Una vez descrito, en líneas generales, la estructura y contenido del presente trabajo de tesis, podemos pasar al desarrollo de la primera parte.

PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

1. LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

1.1. Terapias eficaces para el tratamiento de los trastornos de personalidad

2. COMORBILIDAD ENTRE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y DEPRESIÓN

3. LA DEPRESIÓN

3.1. La inteligencia emocional

3.2. Tratamientos para la depresión

4. LA PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA

4.1. Antecedentes

4.2. La personalidad en la psicología humanista

4.3. Investigación en terapia humanista

1. LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La personalidad constituye la identidad personal ante uno mismo y ante los demás y hace referencia a los comportamientos observables de una persona y a su experiencia subjetiva. Los rasgos de personalidad son los patrones que caracterizan a una persona a la hora de pensar, percibir, reaccionar y relacionarse con los demás en diferentes contextos (Gasull, 2009). Estos rasgos emergen de una matriz compleja entre factores biológicos predisposicionales y experiencias vividas y aprendidas que forman este patrón distintivo del individuo (Millon, 2016). Los rasgos de personalidad se transforman en trastornos de la personalidad (TP) cuando son inflexibles y desadaptativos creando círculos viciosos a la hora de interactuar con el entorno, de inicio precoz, resistentes al cambio y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo (Esbec & Echeburúa, 2011).

Los criterios diagnósticos para los TP según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM -5) (*American Psychiatric Association [APA], 2013*) exigen un patrón perdurable, inflexible y dominante en las diferentes áreas de la vida (personales, sociales, laborales, etc), causando malestar y afectación en las áreas importantes de funcionamiento de la persona. Se manifiesta en dos (o más) de los siguientes ámbitos: control de los impulsos, afectividad (intensidad, labilidad en la respuesta emocional) y en la cognición (formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a las circunstancias y personas).

Sin embargo, algunos TP no son tan inflexibles ni tienen tan mal pronóstico como se pensaba. En este sentido es interesante la diferenciación propuesta por Tyrer, Mitchard y Ranger (2003) entre pacientes de tipo R (sin conciencia de trastorno ni motivación para el cambio) y de tipo S (con conciencia de trastorno y motivación para la terapia) que puede ser de utilidad desde el punto de vista nosológico y que introduce una variable predictora de adherencia al tratamiento (Esbec & Echeburúa, 2011).

El DSM-5 divide en 3 grandes grupos los TP y tal y como se puede observar en la tabla 1, tomada de González Torres et al. (2007), se reúnen las principales características.

Tabla 1.

Características principales de los trastornos de personalidad (adaptado de González Torres et al., 2007).

| Grupo A | Patrón persistentes de cognición, expresión y relación con otros anómalos que generan impresión de rareza o excentricidad |
|--|--|
| Trastorno paranoide de la personalidad | Patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás |
| Trastorno esquizoide de la personalidad | Patrón de desconexión de las relaciones sociales y restricción de la expresión emocional |
| Trastorno esquizotípico de la personalidad | Patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento |
| Grupo B | Patrón persistente de emocionalidad intensa y cambiante, impulsividad y escasa empatía |
| Trastorno antisocial de la personalidad | Patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás |
| Trastorno límite de la personalidad | Patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad |
| Trastorno histriónico de la personalidad | Patrón de emotividad excesiva y demanda de atención |
| Trastorno narcisista de la personalidad | Patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía |
| Grupo C | Patrón persistente de ansiedad, temor y necesidad de control, en especial en las relaciones sociales |
| Trastorno de la personalidad por evitación | Patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa |
| Trastorno de la personalidad por dependencia | Patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado |
| Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad | Patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control |

La prevalencia de los trastornos de personalidad ha sido poco estudiada en comparación a otros trastornos mentales, esto es debido a la dificultad y diferencia de métodos de evaluación que se utilizan en los estudios de investigación. Las estadísticas que se han encontrado muestran porcentajes alrededor del 4 y 15% en una muestra que analiza conjuntamente Norte América y Europa. Otro estudio internacional, muestra una prevalencia del 6.1% (Tyrer, Reed & Crawford, 2015). Otros estudios epidemiológicos sugieren que entre el 5% y el 13% de la población fue diagnosticada de al menos un trastorno de personalidad (Tyrer et al., 2007).

La evaluación de los trastornos de personalidad es una tarea difícil en la práctica clínica. Varios son los motivos que dificultan esta evaluación y se explican a continuación.

Por un lado, los instrumentos utilizados principalmente para la evaluación de los trastornos de personalidad son los cuestionarios autoadministrados y las entrevistas clínicas, especialmente la entrevista clínica estructurada. Los cuestionarios de autoevaluación están desaconsejados para personas que padecen un trastorno de personalidad, pues este tipo de trastorno mental se caracteriza por una baja conciencia en el autofuncionamiento e incluso una baja conciencia en el comportamiento de otras personas y esto, evidentemente, dificulta una adecuada administración del test (Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2002; Van Velzen & Emmelkamp, 1996). Además, el trastorno de personalidad puede alterar la forma en la que perciben los síntomas, influenciando y sesgando las respuestas contestadas (Sandoval & Villamil, 1999). Son varios los estudios que han comparado las respuestas obtenidas a través de los cuestionarios autoadministrados de los sujetos con un TP y lo han comparado con la impresión clínica de los terapeutas o de un familiar, mostrando una baja concordancia entre los resultados obtenidos (Clifton, Turkheimer y Oltmanns, 2004; Modestin y Puhan, 2000; Dressen, Hildebrand & Arntz, 1998). Asimismo, el estudio de Klonsky, Oltmanns y Turkheimer (2002) aporta que la concordancia entre pacientes y terapeutas parece ser algo más elevada en aquellos diagnosticados dentro del clúster B, a excepción del rasgo narcisista y cuando son de edad avanzada.

Otra de las limitaciones en la evaluación es la diferencia de los test. En un estudio realizado por Nestadt et al., (2012) evaluaron el nivel de concordancia entre dos tipos de instrumentos de evaluación en una muestra de 713 individuos y encontraron niveles de concordancia muy pobres. El método de evaluación y la forma de entender el constructo de

trastorno de personalidad puede variar mucho, además la mayoría de estudios fragmentan por edades, tipos de población diferentes y esto dificulta una visión conjunta.

Además de los motivos expuestos, cuando se realiza un diagnóstico de un trastorno de personalidad se hace de forma evolutiva con los años de duración de la sintomatología, pero hasta el momento no existen marcadores biológicos o de otro tipo que puedan aportar más información (Tyrrer et al., 2010).

1.1. Terapias eficaces para el tratamiento de los trastornos de personalidad

Dentro de los trastornos de personalidad, hay pocos tratamientos empíricamente eficaces. El ejercicio científico se empeña en demostrar tratamientos eficaces para estos trastornos, no obstante, Quiroga y Errasti (2011) aseguran que es más eficaz la integración de diferentes terapias y técnicas en función de la personalidad del paciente y de la demanda que realiza, ya que parece ser que no existe un tratamiento psicológico eficaz para todos los TP. En la misma línea, la revisión sistemática realizada por Verheul y Herbrink (2007) sobre la eficacia de varios modelos psicoterapéuticos para el tratamiento de los trastornos de personalidad concluye que la orientación teórica no es tan importante a la hora de estimar la eficacia de un tratamiento, no obstante, sí que es más determinante el poder realizar un tratamiento coherente para que psicoterapeuta y paciente puedan vincularse y entenderse. Los autores concluyen que la psicoterapia humanista y vivencial podría aportar este marco relacional entre terapeuta y paciente.

En el estudio de Bateman y Fongay (2000), sobre la efectividad de la psicoterapia de los TP, afirman que los tratamientos efectivos tienen que ser de larga duración (aunque no especifica la duración idónea), integrados, teóricamente coherentes y centrados en la alianza terapéutica.

Según Ramos, Rodríguez, Sánchez y Mena (2018):

Se han encontrado una serie de mecanismos de cambio que son especialmente importantes a la hora de realizar un tratamiento eficaz para personas que padecen un trastorno de personalidad, tales como el sistema de apego (Fonagy y Bateman, 2006), la función reflexiva (Levy et al., 2006), la desregulación emocional (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo & Linehan, 2006), las creencias disfuncionales (Davidson et al. 2006), los esquemas tempranos (Kellogg y

Young, 2006), la cognición social (Jennings, Hulbert, Jackson y Chanen, 2012) o la evitación experiencial (Iverson, Follette, Pistorello y Fruzzetti, 2012). (p.50).

La revisión sistemática realizada por Matusiewicz, Hopwood, Banducci y Lejuez, (2010) entre los años 1980 y 2009 para la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en los TP, apoya que es un método eficaz para reducir la sintomatología y mejorar la funcionalidad de los sujetos. Verheul y Herbrink (2007) revisaron también estudios sobre la eficacia de la terapia grupal en los TP, concluyendo, en la misma dirección que en el estudio anterior, que la terapia cognitivo-conductual parece ser más eficaz, especialmente cuando el objetivo terapéutico es reducir la sintomatología de los TP. En esta línea la revisión literaria de Rafaeli (2009) de la terapia cognitiva de Beck, la terapia de esquemas de Young y la terapia dialéctica de Linehan en los TP concluye que son eficaces para la reducción de la sintomatología depresiva y ansiosa. No obstante, la terapia psicodinámica de larga duración es especialmente eficaz para los problemas interpersonales de las personas con un TP.

Bamelis, Evers, Spinhoven y Arntz (2014) compararon la efectividad de la terapia de esquemas de Young para personas con un diagnóstico de TP con el tratamiento habitual y un subtipo de psicoterapia interpersonal. La muestra total estuvo formada por 323 personas y se realizaron un total de 50 sesiones. La terapia de esquemas fue significativamente mejor que el tratamiento habitual y la psicoterapia interpersonal, sin encontrar diferencias estadísticas entre las dos últimas. Además, los pacientes que realizaron la terapia de esquemas mejoraron significativamente la sintomatología depresiva. En la misma línea se encuentra el estudio de Skewes, Samson, Simpson y Van Vreeswijk (2014) en el que se aplicó una terapia de esquemas para TP mixtos y se obtuvieron disminuciones significativas en la variable depresión y ansiedad, así como una disminución significativa del trastorno de personalidad evitativo. No obstante, este estudio estuvo formado únicamente por 8 sujetos. Otro estudio más reciente es el de Videler et al., (2018) que aplica un programa de terapia de esquemas para 8 sujetos adultos (media de edad de 69 años) con un diagnóstico de TP clúster C, en el que se encontraron mejoras significativas en los pensamientos disfuncionales, en la mejora de la sintomatología evaluada con el SCID y en la mejora de la calidad de vida, aunque se observó que los resultados no se mantenían a los 6 meses de seguimiento una vez finalizada la intervención.

2. COMORBILIDAD ENTRE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y DEPRESIÓN

Aunque los TP tienen comorbilidad con varias patologías mentales, como el uso de sustancias adictivas, trastornos de ansiedad, entre otros, una de las más importantes es con la depresión. Existen numerosos estudios que correlacionan los trastornos de personalidad con la depresión como el de Tyrer et al., (2010) en el que se analizó más de 60 estudios y observaron que las personas con un TP tienen dos veces más probabilidad de desarrollar una depresión. La comorbilidad entre estos dos trastornos tiene una prevalencia del 23 al 87% (Van Velzen & Emmelkamp, 1996; Corruble, Ginestet & Guelfi, 1996).

De acuerdo con Klein, Kotov y Bufferd (2011): existen tres tipos de modelos de relación entre personalidad y depresión. Un primer tipo de modelo sugiere que personalidad y depresión tienen influencias causales compartidas, pero no relación causal entre ellas. Un segundo tipo de modelo plantea que la personalidad tiene algún efecto causal en la aparición y mantenimiento de la depresión. Finalmente, el último tipo de modelo expone que la depresión tiene un efecto causal sobre la personalidad, la cual se vería distorsionada durante el episodio depresivo, llegando a afectar de forma permanente a los rasgos de personalidad, aunque el trastorno depresivo ya no esté presente.

Se ha observado que el MCMI, un test utilizado para el diagnóstico de trastornos de personalidad, puede estar influenciado por la mejoría de la sintomatología depresiva (Jensen, Mortensen & Lotz, 2008). Es decir, cuando la variable depresión mejoraba, se encontró que las puntuaciones de los trastornos esquizoide, evitativo y auto-destructivo disminuían significativamente. En cambio, las puntuaciones del trastorno histriónico y narcisista, aumentaron significativamente (Piersma & Boes, 1997). Además, en el estudio de Mulder, Joyce y Frampton (2010) encontraron que la sintomatología del trastorno de personalidad (evaluada con el SCID-II) mejora con el tratamiento farmacológico para la depresión mayor.

El estudio de Wongpakaran, Wongpakaran, Boonyanaruthee, Pinyopornpanish y Intaprasert (2015) investigó los efectos del trastorno de personalidad en pacientes en recuperación del trastorno depresivo y observaron que el TP tiene efectos negativos en el curso del tratamiento, en la misma línea a los resultados obtenidos por Thompson et al. (1988). En un metanálisis se encontró que la presencia de un trastorno de personalidad comporta un doble riesgo para la remisión de la depresión comparado con aquellos pacientes

que no padecen un trastorno de personalidad (Newton-Howes, Tyrer & Johnson, 2006). En el estudio de Craigie, Saulsman y Lampard (2007) se ha observado también que la complejidad de los TP en la evaluación basal influye de forma negativa en el resultado tras la intervención terapéutica (basada en una TCC), no obstante, esta asociación no se dio de forma clínicamente significativa en los resultados de la variable depresión. Los trastornos de personalidad más complejos tienen un/a mayor sintomatología depresiva y un peor funcionamiento cognitivo, así como una inferior calidad de vida pretratamiento (Craigie, Saulsman & Lampard, 2007).

En relación a la clasificación de los trastornos de personalidad, se ha encontrado una mayor correlación de la depresión en el trastorno límite de personalidad, el trastorno histriónico, obsesivo, evitativo y dependiente (Van Velzen & Emmelkamp, 1996; Corruble & Ginestet, 1995). Además de estos, Sandoval y Villamil (1999) también los correlacionan con narcicista y pasivo-agresivo. En el estudio de Vilaplana, McKenney, Riesco y Cervilla (2009) con una muestra española, analizaron un total de 1.657 sujetos, en los que observaron que el clúster C correlaciona con el trastorno depresivo mayor, dificultando la tasa de recuperación. En cambio, la distimia correlaciona más con el clúster B.

3. LA DEPRESIÓN

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Según el DSM-5 los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor se cumplen cuando cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes en las últimas dos semanas y muestran un cambio en el funcionamiento de la persona. Los síntomas son desde presentar un estado de ánimo deprimido, una pérdida de interés importante por casi todas las actividades la mayor parte del día, cambios en el patrón de sueño y alimentación y sentimientos de culpa, inutilidad, enlentecimiento de pensamiento, así como aparición de pensamientos de muerte, entre otros. Todos estos síntomas generan un malestar significativo que afecta al funcionamiento biopsicosocial. Para que se pueda cumplir el diagnóstico de

depresión la persona no tiene que estar en un proceso de duelo, ni se puede atribuir la sintomatología por el consumo de sustancias.

La depresión mayor es una enfermedad común que limita severamente el funcionamiento psicosocial y disminuye la calidad de vida. En 2008, la OMS clasificó la depresión mayor como la tercera causa de carga de enfermedad en todo el mundo y proyectó que la depresión ocupará el primer lugar en 2030 (Malhi & Mann, 2018).

De todas las personas que padecen un trastorno depresivo y deciden buscar ayuda, según Pérez et al., (2016) un 60% lo va a hacer acudiendo a un servicio de atención primaria (AP). En el meta-análisis de Mitchell, Vaze & Rao (2009), elaborado en diferentes países de la Unión Europea y con una muestra de 50.371 personas, muestra que la prevalencia general para la depresión es del 19.5% en los centros de AP.

En Cataluña, la prevalencia se sitúa alrededor del 9.6% en los centros de AP (Serrano-Blanco et al., 2010). La prevalencia de la depresión subclínica en España oscila entre el 2,3 y el 12,9%, con porcentajes más altos en AP (Rivas, Nuevo & Ayuso-Mateos, 2011). Por tanto, la probabilidad de que una persona sufra depresión a lo largo de su vida es superior a la de otros trastornos mentales como los de ansiedad o consumo de sustancias (Vindel, Salguero, Wood, Dongil & Latorre, 2012).

La depresión es intrínsecamente impredecible y, por lo tanto, la duración de los episodios, el número de episodios a lo largo de la vida y el patrón en el que ocurren son variables. Con el tratamiento, los episodios duran entre 3 y 6 meses y la mayoría de los pacientes se recuperan en 12 meses (Malhi & Mann, 2018). La probabilidad de recurrencia es alta, el riesgo aumenta con cada episodio y, en general, casi el 80% de los pacientes experimentan al menos un episodio más en su vida. Una considerable proporción (hasta el 27%) de pacientes no se recupera y desarrolla una enfermedad depresiva crónica, según las características iniciales del paciente y el entorno.

A pesar de estos datos, Fernández et al. (2015) realizaron una revisión sistemática de los estudios cuya temática se centrase en la prevalencia de la depresión en España, independientemente de cualquier otra variable. Observaron que no hay dos estudios en los que se mida la depresión con el mismo instrumento. De hecho, se han encontrado distintas formas de definir y tratar el constructo, ya sea como problema, trastorno, desorden o distintas entidades nosológicas del DSM o de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Por tanto, se demuestra que existe una dificultad para poder comparar los estudios clínicos y unificar criterios diagnósticos y las variables evaluadas.

Es un hecho bien establecido que la ideación suicida está estrechamente relacionada con la presencia de un diagnóstico de depresión (Bhar et al., 2008; Fong et al., 2012; Vandivort & Locke, 1979; Keilp et al., 2012). Bernal et al., (2007), señala que la depresión es el trastorno directamente más relacionado con la presencia de riesgo suicida, encontrando un porcentaje del 28%. A modo ilustrativo, Beck (1967) encontró que el deseo de muerte era mucho más frecuente en pacientes con depresión (74%) que los pacientes no diagnosticados con depresión (12%).

El suicidio se ha convertido en la segunda causa de muerte, según la Organización Mundial de la Salud (2013). Se estima que más de 800.000 personas mueren por suicidio cada año. El problema presente es de gran magnitud puesto que los datos indican que cada 40 segundos, una persona muere por suicidio. Además, se tiene que tener en cuenta que, por cada suicidio consumado, existen al menos entre 20 y 30 intentos (Tejedor, Faus, Díaz, Pérez & Sola, 2011).

Un gran número de estudios han identificado factores de riesgo que favorecen la aparición de la ideación suicida en pacientes diagnosticados con depresión, estos factores son los siguientes: la severidad de la depresión, la presencia de un trastorno de personalidad, un trastorno de ansiedad o bien el abuso de sustancias (Ando et al., 2013). Estudios epidemiológicos relacionan la alteración del estado de ánimo con la aparición de pensamientos suicidas, más que con los síntomas somáticos propios de la depresión, la falta de afecto positivo o bien la presencia de problemas interpersonales (Chabrol et al., 2007; Sugawara et al., 2012).

Beck observó en la práctica clínica que cuando los pacientes con depresión creen que no hay solución posible a los graves problemas que tienen en su vida, la única salida que ven es el suicidio. La investigación realizada por Beck, Steer, y McElroy (1985) propone que la desesperanza es un constructo psicológico muy importante para entender el suicidio, ya que según estos autores es un vínculo muy claro. La desesperanza se relaciona con la ideación suicida, el antecedente de intento suicida y el comportamiento suicida (Rueda, Castro, Rangel, Moreno, Martínez y Camacho, 2016). En un estudio realizado por Beck, Kovacs y Weissman (1975), 384 sujetos hospitalizados por un intento de suicidio obtuvieron una

asociación significativa del 76% entre la desesperanza y el intento de suicidio. Beck, Steer y McElroy (1985) encontraron en una muestra longitudinal de 406 sujetos, resultados similares a los mencionados anteriormente. Por lo tanto, la desesperanza puede ser un constructo fiable para la prevención de conductas suicidas.

3.1. La inteligencia emocional

La Inteligencia Emocional (IE) según Salovey y Mayer es “la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo el crecimiento emocional e intelectual” (Salovey y Mayer, 1997, p.10). Los sujetos con un trastorno depresivo presentan dificultades para poder identificar e interpretar las emociones (Kohler, Hoffman, Eastman, Healey & Moberg, 2011; Weightman, Aire & Baune, 2014).

La claridad y la reparación tienen una correlación negativa con la sintomatología depresiva, en cambio, la atención o correlaciona positivamente o no correlaciona, en función de los instrumentos que se han utilizado para evaluar (Fernández-Berrocal, Ramos & Orozco, 2000; Fernández-Berrocal, Extremera & Ramos-Díaz, 2003; Salovey, et al, 2002; Extremera & Fernández-Berrocal, 2005; Extremera & Fernández-Berrocal, 2006, Lizeretti et al., 2006). Otro aspecto a tener en cuenta, son los estilos de respuesta de los pacientes con un diagnóstico de depresión. El rasgo rumiativo se asocia positivamente con la dimensión atención y negativamente con las dimensiones claridad y reparación y el estilo de respuesta distractor, correlaciona positivamente con todas las dimensiones (Extremera, Ruiz, Fernández-Berrocal & Cabello, 2006).

Además, la inteligencia emocional correlaciona positivamente con la satisfacción de la vida y el bienestar subjetivo, ya que la capacidad de percibir, expresar, comprender y regular las emociones desempeñan un papel clave en la promoción del bienestar y las emociones positivas (Zeidner, Matthews & Roberts, 2005). En este sentido, Fernández y Extremera (2016) resaltan la importancia de la inteligencia emocional como factor protector para la depresión, tanto en muestra clínica como no clínica. El estudio clínico aleatorizado de Lizeretti (2017) en el que se comparó la terapia basada en la inteligencia emocional (TIE) con la TCC, aunque en pacientes con ansiedad, mostró ser significativamente más eficaz la

TIE que la TCC sobre la disminución de la sintomatología depresiva, en los rasgos de personalidad, en el vínculo terapéutico, en la satisfacción con la vida y con el tratamiento.

Ruiz, Salazar y Caballo (2012) evaluaron la relación existente entre la inteligencia emocional percibida, la regulación emocional y los rasgos/trastornos de personalidad. Encontraron que la mayoría de los rasgos tenían dificultades en distintas capacidades del proceso de regulación emocional, siendo mayores en los rasgos límite y depresivo. La subescala de Atención emocional se correlacionó positivamente con todos los rasgos de personalidad excepto con el esquizoide y el obsesivo compulsivo. Por otro lado, la subescala de Claridad emocional no mostró correlaciones con los rasgos obsesivo-compulsivo, antisocial y sádico de la personalidad, pero sí correlacionaron negativamente con los otros trastornos de personalidad. Finalmente, la subescala de Reparación emocional correlacionó de forma significativa y negativa con los rasgos de personalidad depresivo, evitativo, dependiente, límite, paranoide, pasivo-agresivo, esquizoide, autodestructivo y sádico, mientras que el único rasgo de personalidad con el que correlacionó de manera positiva fue el histriónico.

También se ha demostrado que las tendencias cognitivas, que forman parte de la sintomatología depresiva y predisponen a las recaídas (Nierenberg et al., 2010), como el perfeccionismo, el neuroticismo y la rumiación dificultan la respuesta al tratamiento y se asocian con un peor pronóstico tras la intervención terapéutica (Brown & Rosellini, 2011; Hawley, Ho, Zuroff & Blatt, 2006). En este sentido, se cree que las personas con depresión desarrollan un esquema mental que influencia en el contenido de las cogniciones, originando pensamientos automáticos negativos y actitudes disfuncionales. Este esquema estructural es estable pero no permanente (Dozois et al., 2009).

3.2. Tratamientos para la depresión

Con unas prevalencias muy elevadas en el diagnóstico del trastorno depresivo, el reto actual es el desarrollo de nuevas intervenciones y la divulgación de tratamientos psicológicos eficaces (Tortella-Feliu et al., 2016).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es uno de los tratamientos para la depresión más utilizados y probados empíricamente. No obstante, son varias las limitaciones de este tipo de terapia. Aunque la tasa de recuperación de los pacientes que completan un tratamiento

TCC se sitúa entre el 51% y el 65%, dependiendo de los criterios utilizados para evaluar la recuperación clínica (Castonguay et al., 2004), el índice de recaídas es elevado. Según Malhi y Mann (2018) casi el 80% de los pacientes experimentan al menos un episodio más en su vida, teniendo en cuenta que la probabilidad de recurrencia aumenta con cada episodio y el resultado es menos favorable con la edad.

Además, la TCC ha sido comparada en la mayoría de los estudios clínicos con el tratamiento habitual (TAU) o con la lista de espera, pero existen muy pocos estudios que lo comparen con otro tipo de terapias psicológicas. Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody y Dalgleish (2015) realizaron una revisión sistemática y demostraron que la TCC comparada con el TAU, muestra reducciones importantes en la depresión y la ansiedad así como una mejora moderada de la calidad de vida. No obstante, se observó mucha variabilidad en los resultados debido a la heterogeneidad de los estudios, en parte es debido a la diferencia de condiciones de control.

Algunos de los estudios que compararon la TCC con otro tipo de terapias psicológicas son los siguientes: el metaanálisis de Wampold et al. (2000), que comparó la TCC con otro tipo de terapias como la psicodinámica, terapia interpersonal, terapia breve relacional entre otras, encontrando que la TCC no es superior a las otras estudiadas. En la misma línea estaba la revisión sistemática realizada por Thoma et al., (2012) que comparaba la TCC con la terapia psicodinámica para el tratamiento de la depresión y demostraron que ambas terapias eran igual de eficaces. A estos datos, se le suma la revisión realizada por Leichsenring et al., (2018), en la que afirma que los mecanismos de cambio y los resultados de la terapia TCC no es tan eficaz como algunos estudios demuestran. En el estudio de Joyce et al., (2007) se compara la terapia cognitivo-conductual con la terapia interpersonal en un total de 16 sesiones y aunque ambas son efectivas, se demuestra que un TP tiene efectos adversos en el curso de la terapia interpersonal. Los resultados muestran que para el trastorno de personalidad evitativo, depresivo y esquizoide la terapia interpersonal no es tan efectiva. Del mismo modo el estudio Van Bronswijk et al., (2018), concluye que los sujetos con un TP de clúster A obtienen una mayor reducción de la depresión en la TCC que la terapia interpersonal. En esta línea, la revisión sistemática realizada por French et al., (2017), mostró que el tratamiento cognitivo-conductual es el tratamiento científico más empíricamente demostrado, 7 de los 15 estudios encontrados, lograron una disminución de la sintomatología depresiva ante la presencia de un trastorno de personalidad. De éstos 7 estudios, en 3 de ellos

resultó ser más eficaz en comparación a la otra terapia analizada, la cual era la terapia interpersonal mientras en los otros 4 no se obtenían diferencias significativamente estadísticas.

Según Castonguay et al., (2004) afirma que la alianza terapéutica está relacionada positivamente con el cambio del paciente. No obstante, cuando la terapia se focaliza en la relación entre conducta y pensamiento como en la TCC, correlaciona negativamente con los resultados de la terapia.

Por este motivo, es muy importante poder adoptar actitudes rogerianas (1985) para poder establecer una buena alianza terapéutica, pues hay evidencia científica que estas actitudes pueden mejorar el resultado del tratamiento en el trastorno depresivo, incluso controlando la variable de la sintomatología (Zuroff & Blatt, 2006). No obstante, Ellis y Grieger (1977) y Beck., Rush, Shaw y Emery (2012) también resaltaron la importancia de estas actitudes.

La TCC con *mindfulness* (Entrenamiento cognitivo basado en el *mindfulness*, MBCT) se creó con la finalidad de reducir las recaídas en la depresión. La MBCT actúa en este trastorno cambiando la relación que la persona tiene con sus pensamientos negativos, sensaciones y emociones (Metcalf & Dimidjian, 2014). Crane & Williams (2010) encontraron que los pacientes que presentan mayor dificultad para vincularse con el *mindfulness* son los que presentan altos niveles de reactividad cognitiva, rumiación depresiva y melancolía, no obstante, son los que se pueden beneficiar más de este tipo de terapia si logran aprender a meditar. El estudio de Keune, Bostanov, Hautzinger y Kotchoubey (2011) asocia la MBCT con una reducción de síntomas depresivos y pensamientos rumiativos. De forma coherente otro estudio afirma que la rumiación correlaciona negativamente con el *mindfulness* y positivamente con la sintomatología depresiva autoinformada (Mathew, Whitford, Kenny, & Denson, 2010). Graser, Höfling, Weblau, Mendes y Stangier (2016) realizaron un estudio incorporando a la MBCT meditaciones de compasión y amor bondadoso en el que los resultados fueron muy positivos. Se encontró una reducción media de la sintomatología depresiva e incrementándose dicho efecto a los 3 meses de seguimiento, consiguiendo un efecto mayor en el cambio. Además, también hubo cambios en la regulación emocional, ganando una mayor aceptación de las emociones y una menor evitación al contacto emocional. También se redujo la rumiación y se incrementó la capacidad de estar

presente. No obstante, no se encontraron mejoras significativas ni en la autoestima ni en la autocompasión.

También se ha encontrado que la MBCT proporciona mejoras en la reducción de la ideación suicida y su asociación con los síntomas depresivos (Eames et al., 2015; Forkmann et al., 2014) y también en el estudio de Williams et al. (2014), en el que observaron que la MBCT proporciona una protección positiva significativa especialmente en los participantes con una historia de trauma infantil.

Según la revisión sistemática realizada por Metcalf y Dimidjian (2014), encuentra que cuando la MBCT se compara con el TAU o grupos de psicoeducación, existe una reducción de la recaída de la depresión durante el primer año. El ensayo controlado aleatorizado de Eisendrath et al., (2016), en el que se compara la MBCT con el TAU, encontraron que el grupo experimental reducía significativamente la severidad de la depresión y mejoraba la respuesta al tratamiento justo a la finalización de la intervención. No obstante, el MBCT no incrementaba las tasas de remisión.

Farb et al., (2018) realizaron un estudio donde se comparaba la eficacia de la TCC versus la MBCT, con la finalidad de observar cuál de las dos prevenía más recaídas; los resultados muestran que no hay diferencias significativas en ambos grupos. Los mismos resultados fueron encontrados en el estudio que se realizó en centros de atención primaria, dónde no se observaron diferencias significativas entre la TCC y el MBCT, aunque el grupo de *mindfulness* obtuvo mayores puntuaciones, a pesar de no ser significativas (Sundquist, Palmér, Johansson & Sundquist, 2017). Otro estudio que compara la MBCT con la TCC es el de Segal et al., (2018), con el objetivo de investigar si el uso de habilidades reguladoras adquiridas en el tratamiento está asociado con la prevención de la recaída/recidiva depresiva. Los resultados muestran la importancia de estas habilidades regulatorias como factores para mantener los aprendizajes adquiridos en la terapia y reducir las recaídas. Dentro del conjunto de habilidades regulatorias, destacan la resiliencia por su competencia específica reguladora en la remisión de la depresión. Según los resultados el estudio concluye que el MBCT y la TCC son equivalentes.

No obstante, la revisión sistemática realizada por Cuijpers (2016) de más de 100 estudios en el que comparan los resultados de distintas psicoterapias para adultos con un

diagnóstico de depresión, concluye que la potencia estadística encontrada no es suficientemente potente para poder detectar diferencias clínicamente relevantes.

4. LA PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA

4.1. Antecedentes

La *American Association of Humanistic Psychology* definió, en su fundación (1961), de la siguiente forma la psicología humanista: “la Psicología Humanista puede definirse como la tercera rama fundamental del campo general de la psicología (las dos ya existentes eran la psicoanalítica y la conductista) y como tal, trata en primer término las capacidades y potenciales humanos que no tiene lugar sistémico ni en la teoría positivista ni lo la entonces conductista, o en la teoría clásica del psicoanálisis; por ejemplo, la creatividad, amor a sí mismo, crecimiento, espontaneidad, entre otros” (Quitmann, 1989, p. 28).

Gimeno-Bayón y Rosal (2001) crearon la Psicoterapia Integradora Humanista (PIH) que constituye una nueva teoría de la personalidad y una particular concepción de la psicopatología a partir de la integración teórica de diferentes corrientes tales como: análisis transaccional, psicoterapia de la Gestalt, la bioenergética, la psicoterapia constructivista de Kelly, la Psicoterapia centrada en la persona de Rogers, etc.

Los principios metodológicos de la Psicoterapia Integradora Humanista, son los siguientes:

- Es un modelo integrador pues se considera que no existe un modelo de psicoterapia que sea válido para todas las personas, problemas y circunstancias, por esto, se busca la integración de otros modelos de forma coherente con la finalidad de realizar un tratamiento más eficaz.
- Es holista, esto significa que se ocupa de la globalidad de los subsistemas de la persona y considera que se tienen que trabajar de forma integrada.
- Enfatiza la importancia del vínculo terapéutico y propone adoptar las actitudes rogerianas de aceptación incondicional hacia el cliente, empatía y autenticidad (Rogers, 1957).
- Exige al terapeuta un papel activo, interaccionando con él y realizando propuestas de exploración concretas. Punto que difiere de la no-directividad del enfoque rogeriano.

- Es experiencial, proporciona vivencias dentro del proceso terapéutico basadas en el aquí y ahora, trabajando con el cuerpo y manteniendo un papel activo.
- Concede una importancia relevante al papel de las funciones dependientes del hemisferio derecho, es decir las emociones, el comportamiento no verbal, la intuición, la creatividad, etc.
- Interviene de forma idiosincrásica, es decir, el nivel de conciencia emocional de cada cliente en relación a su problema es diferente y la intervención se tiene que diseñar con la finalidad de que la persona lo pueda integrar a los tres niveles; pensamientos, emociones y comportamientos.

Los marcos de referencia metateóricos de la psicoterapia integradora humanista son los siguientes:

Por un lado, es epistemológicamente constructivista, por lo que se incorpora la creencia de que existe una realidad ajena a la propia conciencia (visión objetiva) y que el contacto con la realidad, las sensaciones son percibidas por una visión subjetivista, por ello, la realidad puede ser captada de diferentes interpretaciones. Por lo que el objetivo es que la persona logre un sistema interno coherente y significativo para él. Esta visión es compartida por la psicología de constructos personales de Kelly como el análisis transaccional y la psicoterapia de la Gestalt, entre otros.

También tiene un enfoque sistémico, ya que concibe la realidad de forma sistémica, es decir, entiende el ser humano como un conjunto de elementos conectados entre sí de tal forma que la variación de uno de ellos implica la variación del conjunto del sistema. Se entiende la persona como una integración de diferentes subsistemas (cognitivo, corporal, afectivo, práxico, etc) y que todos ellos forman la realidad de la persona.

Incorpora la filosofía existencial, que entiende al ser humano como parcialmente libre, esto significa que no es meramente reactivo a unos estímulos concretos, sino que tiene un margen de libertad de elección y se responsabiliza de ello. En base a ésto, se concede una gran importancia al proyecto vital de la persona y a la búsqueda de sentido.

4.2. La personalidad en la psicología humanista

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).

Gimeno-Bayón (2002) define la personalidad como: “la estructura dinámica y relativamente estable (específica de cada sujeto concreto) integradora de rasgos somáticos, emocionales, cognitivos, práxicos y existenciales, mediante la cual el individuo influye en su ambiente y se deja influir por él” (p.15). Esta visión holista sobre la personalidad es con la que coincidimos, pues integra los procesos cognitivos, emocionales y corporales. Si bien la base corporal condiciona el resto de los procesos, también es, a su vez, condicionada por los otros niveles de modo que hay una continua y compleja interrelación biología-emoción-cognición-acción-interacción-ambiente (p. 74).

A menudo la dimensión corporal no se ha tenido en cuenta en el trabajo psicoterapéutico y a nuestro mirar, es un elemento muy importante. Gimeno-Bayón & Rosal, (2013) recogen las 6 miradas hacia la dimensión corporal, algunas de éstas son las siguientes:

- El cuerpo es lenguaje: es un lenguaje más profundo y verdadero que el que se expresa con palabras (Carballo, 1972).
- El cuerpo es memoria: nuestra historia emocional va quedando escrita en nuestro cuerpo ya que memoriza estas experiencias vividas y va reaccionando frente a ellas con una determinada respuesta biológica (Lowen, 1958 y Reich, 1927).
- El cuerpo es un encuentro: una mirada vincular y del modo en cómo el cuerpo nos sirve para relacionarlos y encontrarnos con nosotros mismos y los demás (Gimeno-Bayón & Rosal, 2013).

La Psicoterapia Integradora Humanista, coge la teoría de personalidad que Eric Berne realizó en 1954 con el análisis transaccional, concibiendo como una estructura organizada en tres tipos de patrones, nombrados Estados del Yo y los define como: “un patrón consistente de sentimientos y experiencia relacionado directamente con un patrón consistente de conducta correspondiente”. (p.54)

- Estado del Yo Padre: contiene todos los aprendizajes que hemos grabado de nuestras figuras parentales. Por este motivo, manifestamos conductas y formas de pensar

similares a la de estas figuras. El origen de esta faceta de la personalidad es externo. De este estado forman parte las conductas aprendidas, los ideales, información sin análisis, prejuicios, opiniones, costumbres, etc.

- Estado del Yo Adulto: es el estado que nos hace comprender las conductas a partir del análisis de la información, incluye la reflexión sobre la experiencia de la vida. Funciona pues, mediante la reflexión y el pensamiento de tipo lógico para la solución de problemas. El tipo de conductas realizadas en el estado adulto son los juicios, información analizada, reflexiones, realismo, cálculo de posibilidades, etc.
- Estado del Yo Niño: Comprende lo que sentíamos e interpretábamos cuando éramos pequeños. Es de origen espontáneo y desde dentro. Las conductas del niño son las emociones, intuiciones, creatividad, impulsividad, egocentrismo, sentimientos de indefensión, entre otros.

Cada uno de estos estados genera un tipo de pensamientos y conductas concretas. Por ejemplo, el estado padre lleva a realizar tareas de cuidado y control. El estado niño ayuda a conectar con las emociones, la curiosidad, la parte más auténtica de la persona. En cambio, el estado adulto, es el encargado de planificar, poder anticipar y adaptarnos a nuestra vida. Además, el estado adulto es el encargado de integrar los otros dos estados y proporcionar un equilibrio.

4.3. Investigación en terapia humanista

Se ha realizado una revisión de la literatura a partir de la base de datos PsychInfo desde que existe registro, todos los años hasta el mes de marzo de 2019. Los descriptores utilizados para la búsqueda incluyeron: *“humanistic psychotherapy” AND “depression”, “humanistic therapy” AND “depression”, “humanistic” AND “depression AND “clinical trial”*. Los resultados de la revisión realizada, se muestran en los siguientes párrafos.

Existen pocos estudios de investigación en el marco de la terapia humanista; a pesar de esta circunstancia, varios autores han realizado revisiones sistemáticas para organizar los resultados de dichas investigaciones y la eficacia de esta orientación teórica.

Elliott (2004) realizó un meta-análisis y estudió los cambios encontrados a lo largo de los tratamientos con base humanista. Una vez analizados los cambios producidos sobre los pacientes en todos los tratamientos estudiados, lo que se demostró fue que los tratamientos

humanistas eran igual de eficaces que otros tratamientos más extendidos y estandarizados, como la terapia cognitivo-conductual. Algunas de las variables estudiadas que experimentaron mejoras significativas fueron la sintomatología, la autoestima, el funcionamiento social y la percepción de la calidad de las relaciones. Otras variables, no obstante, no experimentaron tanta mejoría, como pueden ser la personalidad y el funcionamiento interno (0.59 y 0.64 respectivamente) cuando se estudia el tamaño del efecto del cambio para las medidas pre post.

En un metanálisis posterior de Elliott, Greenberg & Lietaer (2004) comparan las psicoterapias vivenciales con aquellas que no lo son, y encontraron que ambos grupos son igual de eficaces, esta vez incluyendo 74 estudios a analizar. Además, también han realizado una revisión de estudios donde comparan la terapia humanista con la terapia cognitivo-conductual, encontrando cambios estadísticamente significativos en ambos grupos. Por este motivo, se puede decir que la terapia humanista es igual de eficaz que otras terapias.

De los 74 estudios incluidos en la última revisión sistemática citada que se ha publicado acerca de la efectividad de la terapia humanista, únicamente encontramos uno que estudie la variable depresión, ya que los demás se centran en temas de estudio como trauma y abuso, agresión y violencia, esquizofrenia, cáncer, etc. El estudio de Watson et al. (2003) comparó la efectividad de un tratamiento humanista con el tratamiento cognitivo-conductual en pacientes diagnosticados de depresión, aunque el tratamiento recibido fue de carácter individual y constó de 16 sesiones. Los resultados obtenidos mostraron que no había diferencias significativas entre ambos tratamientos y que ambos son igual de eficaces para la mejoría de la sintomatología depresiva, la autoestima, el malestar general de la sintomatología y las actitudes disfuncionales. No obstante, el grupo que recibió el tratamiento humanista experimentó una mejoría significativa en la reducción subjetiva de problemas interpersonales, mientras que el grupo TCC no resultó ser significativo para esta variable.

Estos resultados son parecidos al estudio Sheffield de Shapiro et al., (1990), en el que también encontraron una mejora superior de los problemas interpersonales en el grupo experimental que en la TCC. En el estudio de Watson et al. (2003) también observan que el grupo TCC no mostró cambios en los niveles de asertividad, hecho que puede influenciar negativamente en la mejoría de los problemas interpersonales, pues las personas tienen menos herramientas para poder resolver este tipo de conflictos.

Otro estudio relevante dentro de las terapias humanistas es también el de Greenberg & Watson (1998), en el que se comparó la terapia centrada en el cliente y la terapia procedimiento-experimental, para el tratamiento de la depresión mayor. Los resultados mostraron diferencias significativas para las variables depresión y autoestima en ambos grupos. No obstante, en la evaluación inter-grupo solo se observa diferencias significativas en la variable autoestima para el grupo que recibe la terapia procedimiento-experimental.

Nos parece interesante también destacar el estudio prospectivo de Gyllensten, Ekdahl y Hansson (2009), en el que realizan un seguimiento a 5 años que se realizó en 1989 para el tratamiento de los trastornos de personalidad a través de un grupo terapéutico donde se trabajaba la consciencia corporal. Según los autores, las personas con un trastorno de personalidad tienen poca consciencia corporal y esto les dificulta el poder sentir o percibir de forma adecuada las emociones y los sentimientos, así como una rigidez corporal. El seguimiento a los 3 años mostró que los trastornos de personalidad de clúster C mostraron un muy buen resultado en su funcionamiento global y una disminución de la sintomatología muy evidente. Los pacientes con trastorno de personalidad límite mostraron una reducción moderada de la sintomatología y poca mejoría en el funcionamiento global. Finalmente, los pacientes con un diagnóstico de trastorno de personalidad esquizotípico, no mostraron grandes mejoras ni en la sintomatología ni en el funcionamiento global. Cabe destacar también que la tasa de suicidio fue mucho menor que en otros estudios.

Tal y como se ha podido comprobar en la revisión bibliográfica realizada, existen pocos estudios recientes que avalan la eficacia de la psicoterapia humanista. Aún menor es el número de investigaciones en el formato grupal, en períodos de tratamiento de 10 meses y los ensayos clínicos son escasos. No hemos encontrado ningún estudio, dentro del formato de la psicoterapia integradora humanista que integre además el *mindfulness* y las actitudes asociadas. En la presente investigación se han cumplido todos los requisitos anteriormente mencionados.

El proyecto AFRONTA nace de la voluntad de investigar dentro del marco de la psicoterapia humanista en un centro de salud mental de carácter público.

Se denomina AFRONTA por la creencia de que las personas afectadas por un diagnóstico de trastorno mental, en concreto depresión y trastorno de personalidad, deben adquirir un papel activo en el transcurso de su proceso terapéutico. Es decir, implicándose en la búsqueda de estrategias, definiendo sus propios objetivos terapéuticos y trabajando de

forma holística, con la finalidad de incrementar su conciencia sobre su cuerpo, emociones y creencias.

SEGUNDA PARTE. APLICACIÓN EMPÍRICA

5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

5.1. Objetivos

5.1.1. Objetivo principal

5.1.2. Objetivos específicos.

5.2. Hipótesis

5.2.1. Hipótesis generales

5.2.2. Hipótesis específicas

5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

5.1. Objetivos

Aplicar un tratamiento psicológico grupal basado en la terapia integradora humanista (TIH) para pacientes con depresión y trastornos de personalidad y compararlo con un grupo control de tratamiento cognitivo-conductual (TCC). Se esperan conseguir los siguientes objetivos:

5.1.1. Objetivo principal

- Evaluar la efectividad de la TIH respecto al grupo control (TCC) en pacientes con trastornos de personalidad y depresión, repercutiendo de forma positiva en la disminución de la sintomatología psicopatológica y en la mejora de las capacidades adaptativas.
- Comparar la evolución de los pacientes que reciben la TIH respecto a los pacientes que reciben la TCC en los resultados basales y después de la intervención (resultados inter-grupo y intra-grupo).

5.1.5. Objetivos específicos

- Disminuir la intensidad de los rasgos de personalidad de los sujetos participantes.
- Disminuir las variables clínicas: depresión, desesperanza y ansiedad.
- Aumentar las capacidades adaptativas: inteligencia emocional, *mindfulness*, autoestima, calidad de vida subjetiva y resiliencia.

5.2. Hipótesis

Respecto el grupo participante al programa TIH, en comparación a los sujetos del grupo control, se espera que:

5.2.1. Hipótesis generales

- Presenten una mayor disminución de los rasgos de personalidad.

- Presenten una mejoría superior en las variables evaluadas: sintomatología psicopatológica y variables adaptativas.

5.2.2. Hipótesis específicas

- La intensidad de los rasgos de personalidad disminuirá de forma significativa en el grupo experimental TIH respecto el grupo control TCC, especialmente en los rasgos dependientes y compulsivos.
- Las puntuaciones en las variables depresión, desesperanza y ansiedad disminuirán significativamente en los sujetos del grupo experimental respecto el grupo control.
- Los sujetos participantes del grupo experimental aumentarán de forma significativa sus capacidades adaptativas: inteligencia emocional (especialmente la escala de reparación), autoestima, *mindfulness*, calidad de vida subjetiva y resiliencia.

6. MÉTODO

6.1. Objetivos

6.2. Hipótesis

6.3. Instrumentos

6.4. Procedimiento

6.5. Variables del estudio

6.6. Análisis estadístico

6.7. Aspectos éticos

6. MÉTODO

6.1. Tipo de diseño

El diseño que se llevó a cabo en la presente investigación consistió en un ensayo clínico aleatorizado, para poder determinar la eficacia del grupo que recibe la terapia integradora humanista (TIH, grupo experimental) en comparación al grupo que recibe la terapia cognitivo-conductual (TCC, grupo control).

La asignación a ambos grupos se realizó de manera aleatorizada, distribuyendo a los pacientes en el grupo de intervención TIH y en el grupo control (TCC) mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics (v.25).

El método de aleatorización consistió en la asignación de un código a cada uno de los sujetos que cumplían los criterios de inclusión y que pudieran incorporarse en uno de los dos grupos tratamiento, TIH o TCC. Estos códigos fueron introducidos en la base de datos SPSS y mediante la opción asignación aleatoria que ofrece el programa, se realizó la asignación de los pacientes.

6.2. Participantes

La muestra del presente estudio estuvo compuesta por pacientes diagnosticados de depresión y con un trastorno de personalidad. La muestra fue reclutada por pacientes derivados por alguno de los profesionales del Servicio de Psiquiatría o Psicología del Consorci Sanitari del Maresme; así mismo, también se aceptaron pacientes derivados por el Servicio de Urgencias de Psiquiatría.

6.2.1. Criterios de selección

1. Criterios de inclusión

- Pacientes con un diagnóstico de trastorno depresivo o distímico según el DSM.
- Pacientes con un diagnóstico de trastorno de personalidad (clúster B o C), según el DSM.
- Han de haber firmado el documento del consentimiento informado donde conste su aceptación a la participación en el estudio de forma voluntaria.

- Edad mínima de 18 años.

2. Criterios de exclusión

- Pacientes con retraso mental (que implique dificultades para realizar las evaluaciones y/o de las sesiones terapéuticas).
- Pacientes con un diagnóstico de trastorno de personalidad clúster A.
- Pacientes con un diagnóstico de trastorno psicótico.
- Dificultades de comprensión del idioma o en la capacidad de lecto-escritura relevantes.
- La no aceptación del consentimiento informado.

Por último, quedarán excluidos aquellos sujetos que, por empeoramiento de la sintomatología requieran un ingreso hospitalario.

6.2.2. Tamaño de la muestra

Se calculó el tamaño de la muestra mínima considerando la escala de Desesperanza (BHS) como medida principal de resultado, aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta inferior al 0.2 (potencia estadística del 80%) en un contraste bilateral. Fueron necesarios un mínimo de 38 sujetos (a pesar de que se redondeará a 40) en cada grupo para detectar una diferencia mínima de 2 puntos entre los dos grupos (grupo tratamiento respecto a grupo control), asumiendo que existe una desviación estándar común de 2.37. Se estimó una tasa de pérdidas de seguimiento del 40% teniendo presente la pérdida de la muestra previsible en la literatura consultada (Sharp, Power & Swanson, 2004; Lizeretti, 2009).

6.3. Instrumentos

Para la evaluación de los participantes, tanto de los que forman parte del grupo experimental TIH como del grupo control TCC, se ha utilizado, por una parte, un cuaderno de registro de datos, y por otro lado, instrumentos sistematizados.

Se ha elaborado un Cuaderno de Registro de Datos (CRD, ver apéndice B), con el objetivo de, por un lado, realizar un análisis descriptivo de las principales características de los participantes de la muestra y, por otro lado, realizar un análisis de homogeneidad de los grupos de intervención. En el CRD constan:

- Datos personales.
- Datos sociodemográficos.
- Información del estudio y el consentimiento informado.

Durante el transcurso del tratamiento se recogió la asistencia a las sesiones, el cumplimiento de tareas y las tasas de abandono, así como sus motivos. Los participantes asistieron a más del 70% y mayoritariamente realizaron todas las tareas propuestas. También se realizó un registro de conductas suicidas, como intentos de suicidio e ingresos hospitalarios, etc.

Evaluación de las variables clínicas

Además, los participantes respondieron a un conjunto de escalas de autoadministración para recoger información complementaria. Las escalas fueron las siguientes:

- **BDI-II, Beck Depression Inventory** (Beck Depression Inventory; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Es un autoinforme compuesto por 21 ítems tipo likert. Es uno de los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Las puntuaciones muestran una alta discriminación entre personas con un trastorno depresivo mayor y sin depresión. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos. Las puntuaciones mínimas y máxima en el test son de 0 a 63. Los datos sobre la fiabilidad de las puntuaciones se basan exclusivamente en la consistencia interna. Los coeficientes son elevados (superiores a 0.85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del BDI-II.
- **BHS: Escala de Desesperanza, Beck Hopelessness Scale, BHS.** Adaptación Española Aguilar et al., 1995. La escala de desesperanza es un cuestionario autoadministrado que valora la actitud de la persona ante su bienestar y sus expectativas futuras. Evalúa el factor afectivo (sentimientos de futuro), el motivacional (pérdida o no de motivación) y el cognitivo (expectativas de futuro). Está formado por 20 preguntas con respuestas dicotómicas de verdadero o falso. La consistencia interna de la Escala de Desesperanza de Beck es de 0,9 (fórmula 20 de Kuder-Richardson).
- **STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo.** C.D. Spielberg; 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 que miden conceptos independientes de la ansiedad: la escala estado (E) y la escala rasgo (R). En el presente estudio únicamente se ha utilizado la escala Rasgo ya que se consideró que había una cantidad importante de test a responder y se optó por intentar reducir la cantidad, además, ésta es una variable secundaria en el presente estudio. Está formada por 20 ítems de respuesta múltiple tipo likert. 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.

- **Escala de Autoestima de Rosenberg** (1965; versión traducida por Echeburúa, 1995). Cuestionario utilizado para explorar la autoestima personal. La escala consta de 10 ítems, 5 frases están enunciadas en forma positiva y las 5 restantes de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia autoadministrada. La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80.
- **QOL: Escala de Calidad de vida Subjetiva: *Quality of Life Short Version Scale, QOL***. (QOL; Lehman, 1988; traducción española Bobes, González y Wallace, 1993). Es una entrevista estructurada que mide la calidad de vida subjetiva en enfermos mentales crónicos. En la presente investigación se ha utilizado únicamente la primera parte, en la 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.
- **TMMS-24 (Trait Meta-Mood Scale; Salovey et al., 1995)**; adaptación española de Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004). Escala de autorregistro que evalúa la inteligencia emocional percibida (IEP), es decir, la percepción que tiene el sujeto de sus propios estados emocionales. Consta de 24 ítems y tiene cinco opciones de respuesta que 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).

- **Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild&Young (1993).** La escala está compuesta de 25 ítems que puntúan tipo likert de 7 puntos, donde 1 es en desacuerdo y, un máximo de acuerdo correspondiente al 7. Todos los ítems son calificados positivamente, las puntuaciones más elevadas son indicadores de mayor resiliencia, el rango varía entre 25 y 175 puntos. Se entiende en este test la resiliencia como una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. La escala tiene 5 componentes: confianza en sí mismo, ecuanimidad (perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias y moderar las actitudes ante la adversidad), perseverancia (persistencia ante la adversidad, así como tener un fuerte deseo de logro y autodisciplina), satisfacción personal (comprender el significado de la vida) y sentirse bien solo (otorga sentido a la libertad y sentir que somos únicos y muy importantes).
- **FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire; Baer, 2008).** Este cuestionario está formado por 39 ítems que miden 5 factores. El primero de todo es observar (atender a las experiencias internas y externas tales como pensamientos, sensaciones, emociones, etc), el segundo es describir (la capacidad para poder explicar las experiencias internas con palabras), el tercero es actuar (mide la capacidad el sujeto de darse cuenta de las cosas que realiza), el cuarto es no juzgar la experiencia interna (entendida como la capacidad de no juzgar la propia experiencia interna) y el quinto es la no reactividad (mide la tendencia a permitir que los pensamientos y sentimientos desaparezcan y desaparezcan sin dejarse llevar por ellos).
- **Inventario Multiaxial Clínico de Millon II (MCMII-II; Millon, 1987; adaptación española de Ávila-Espada, 1997).** Instrumento diagnóstico para el Eje II del DSM que estudia aspectos de personalidad patológica a partir de 26 escalas y que consta de 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso). De los baremos que dispone la prueba, 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.

A continuación, se presenta una tabla con la relación de las variables que se estudiarán y la forma de evaluarlas (ver tabla 2).

Tabla 2.

Relación de variables estudiadas y su forma de evaluación.

| Variables | BASAL | 10 meses |
|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| Datos sociodemográficos | Cuaderno de Registro de Datos (CRD) | |
| Depresión | BDI-II | BDI-II |
| Ansiedad | STAI-R | STAI-R |
| Desesperanza | BHS | BHS |
| Autoestima | ROSENBERG | ROSENBERG |
| Calidad de vida subjetiva | QOL | QOL |
| Inteligencia Emocional | TMMS-24 | TMMS-24 |
| Resiliencia | ER | ER |
| Mindfulness | FFMQ | FFMQ |
| Personalidad | MCMI-II | MCMI-II |

6.4. Procedimiento

El presente estudio contó con un equipo investigador adjunto proveniente del propio servicio de Salud Mental y Adicciones del Hospital de Mataró que colaboró a lo largo del estudio junto con el grupo de investigación de la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport, Blanquerna (URL)*, conocido bajo el nombre de “Comunicación y Salud”.

Los primeros procedimientos se refieren a las gestiones institucionales, así como las reuniones pertinentes con los psiquiatras de referencia y psicólogos del Consorcio Sanitario del Maresme para que derivaran los pacientes. Se realizó una reunión informativa a los profesionales del CSMA para informarles de la investigación y del reclutamiento de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión.

Para el reclutamiento de los participantes se contó con los pacientes derivados por el equipo de psiquiatras y psicólogos del Servicio de Salud Mental y Adicciones (CSMA) del Consorcio Sanitario del Maresme y desde el Servicio de Urgencias de Psiquiatría, cuando los profesionales detectaban la presencia de un sujeto que cumplía los criterios de inclusión.

Posteriormente, se evaluaron los resultados post-tratamiento y se procedió al análisis estadístico de los datos recopilados con el análisis estadístico comentado previamente.

6.5. Variables del estudio

La variable independiente en esta investigación es el tipo de tratamiento psicoterapéutico TIH o TCC. Las variables dependientes son la disminución de la sintomatología depresiva y una reducción de los rasgos de personalidad. Como variables de la eficacia del tratamiento se toman la disminución de los síntomas de desesperanza y ansiedad; y también el aumento de las capacidades positivas como la calidad de vida subjetiva, la inteligencia emocional percibida, un aumento de la capacidad de resiliencia así como de las actitudes derivadas de la práctica del *mindfulness*.

6.5.1. Intervención de estudio

La intervención psicológica de ambos grupos tuvo una duración de 10 meses y se llevó a cabo con una frecuencia de una sesión semanal de una hora y media de duración en formato grupal. Se realizaron un total de 40 sesiones dirigidas por un terapeuta y coterapeuta del equipo del Servicio de Salud Mental y Adicciones (CMSA) del Consorci Sanitari del Maresme.

El equipo estuvo formado por un total de 12 terapeutas, trabajadores del CSMA, estudiantes PIR y estudiantes del máster general sanitario (por tanto, todos ellos graduados en psicología). Es importante resaltar que el equipo de terapeutas tanto realizaba grupos de

TIH como TCC, por tanto, los mismos terapeutas realizaron los dos tipos de intervenciones. La fidelidad de los terapeutas al protocolo se ha controlado con la manualización de los tratamientos y con supervisión mensual, de esta forma se ha pretendido reducir los posibles sesgos por parte de los investigadores.

El inicio de la intervención tuvo lugar en septiembre de 2015 y finalizó el junio de 2017. Los grupos terapéuticos se iniciaban en septiembre y finalizaron en junio, con un total de 40 sesiones. Al inicio de la intervención los grupos estaban formados por un número semejante de pacientes (entre 9 y 12).

Intervención del grupo experimental (TIH)

El tratamiento diseñado está caracterizado por ser integrador, puesto que está formado por técnicas cognitivas, emocionales y corporales. Toma gran relevancia en el marco teórico las aportaciones del modelo creado por Rosal y Gimeno-Bayón “Psicoterapia Integradora Humanista” (Gimeno-Bayón & Rosal, 2001) los cuales apuestan por un enfoque constructivista y con una visión sistémica de la realidad, el cual da gran importancia al proyecto vital de la persona y la investigación de su sentido.

En la tabla 3 se puede observar la estructura de las sesiones de la TIH. Se realizaron un total de 40 sesiones y el tiempo de dichas sesiones se dividió en tres apartados, vinculados de forma coherente:

- Práctica de *mindfulness*: asociada a diferentes valores y actitudes, con la finalidad de adquirir los beneficios de éste tipo de práctica ya mencionados en el marco teórico. Además se vinculan valores a la práctica de la meditación, con el objetivo de promocionar e integrar actitudes humanizadoras en el ser humano ya que son un elemento esencial para el crecimiento personal, y especialmente, en las personas con un trastorno de personalidad. Según Rosal (2012), dichas personas tienden a tener más dificultades para vivir las actitudes humanizadoras, a causa de las posibles distorsiones asociadas.
- Práctica corporal: el cuerpo es la base del propio conocimiento y consideramos muy importante incluir dinámicas y ejercicios corporales en el proceso terapéutico, tal y como se ha recogido en el marco teórico. Según Lowen (1958): *Si los determinantes de la personalidad y el carácter están estructurados físicamente, ¿no se tiene que dirigir el esfuerzo terapéutico también al físico? (p .12).*

- Técnicas humanistas integradoras: se incluyen dinámicas vivenciales que tengan como objetivo proporcionar a la persona experiencias que se basen en “el aquí y el ahora” para conseguir el cambio terapéutico.

Algunas consideraciones importantes a la hora de realizar la intervención terapéutica:

- Los terapeutas se quitaban la bata blanca para la realización de la intervención y además participaban en las dinámicas vivenciales planteadas.
- Los ejercicios son siempre voluntarios, especialmente los corporales. En cualquier momento se daba la opción de no realizar el ejercicio o la posibilidad de dejar de hacerlo.

Tabla 3.

Estructura de la Terapia Integradora Humanista

| SESIONES | CONTENIDO |
|-----------------|---|
| Sesión 1 | OBJETIVO: BIENVENIDA Y PRESENTACIÓN PRÁCTICA DE MINDFULNESS No se realiza el primer día. PRÁCTICA CORPORAL No se realiza el primer día. TÉCNICAS HUMANISTAS INTEGRADORAS Bienvenida y presentación del proyecto: presentación del estudio, explicación de la metodología así como de las normas básicas del grupo: compromiso con las actividades y con la asistencia, se remarca la importancia de la confidencialidad. También se pone mucho énfasis en que los participantes adquieran la actitud de querer beneficiar a todo el grupo y a ellos mismos. Identificación con el rosal (Stevens, 1971): Es una fantasía guiada utilizada para identificar aspectos importantes del participante así como de su sistema de personalidad y que, según Rosal (2002), puede |

utilizarse como diagnóstico fenomenológico. La utilización de esta fantasía nos parece indicada para conectar con el autodescubrimiento propio y para que los terapeutas puedan empezar a conocer aspectos conscientes e inconscientes del participante. Además, el dibujo se va a utilizar para que cada participante se presente ante el grupo. Véase apéndice C1.

Entrega de las baterías de pruebas: entrega del CRD y los tests.

Sesión 2

OBJETIVO: TRABAJAR LA RECEPTIVIDAD SENSORIAL

PRÁCTICA DE *MINDFULNESS*

Explicación de la práctica de la meditación (objetivos y motivación para la práctica):

Los beneficios que puede obtener cualquier persona, con la práctica adaptada a las características y necesidades de cada uno, son los siguientes:

- Aumentar la concentración y reducir distracciones.
- Reducir automatismos.
- Evitar o reducir la impulsividad.
- Minimizar los efectos negativos de la ansiedad.
- Aceptar la realidad tal como es.
- Disfrutar del momento presente.
- Potenciar la autoconciencia.
- Reducir el sufrimiento.

También se explica la importancia de estar centrado en el presente en la práctica de la conciencia plena, pues el pensamiento y recuerdo anclado en el pasado conecta con la tristeza, mientras que el pensamiento proyectado en el futuro conecta con el miedo. De este modo, el pensamiento y el cuerpo ubicado en el presente es la opción más sana.

Además, también se van a enseñar las actitudes asociadas a la práctica: la importancia de la aceptación de la experiencia, no juzgar las emociones, abrirse a nuevas experiencias, etc.

PRÁCTICA CORPORAL

Ejercicios de escucha corporal y cohesión grupal, de participación voluntaria y con la utilización de música. El objetivo es trabajar e incrementar la receptividad sensorial.

1. Trabajo individual: La primera parte se centra en un trabajo individual de toma de conciencia del propio cuerpo:
 - Andar, escuchando el cuerpo y la música. Observar el propio cuerpo.
 - Descubrir el entorno: observar los colores de la sala, tocar las diferentes texturas, notar la temperatura, etc.
 2. Trabajo grupal. Mientras el grupo continúa moviéndose de forma libre por la sala, se dan diferentes indicaciones:
 - Primera indicación: Descubrir de forma progresiva el cuerpo de los demás: primero observar los pies, después las rodillas e ir pasando por diferentes partes del cuerpo hasta encontrarse con la mirada de la otra persona.
 - Segunda indicación: Mientras siguen en movimiento, se van a nombrar diferentes partes del cuerpo. Tendrán que buscar a la primera persona que encuentren y juntar esas dos partes (codo con codo, rodilla con rodilla, cadera con cadera, etc.). La acción se repite con varias personas, hasta que el terapeuta indica el nombre de otra zona del cuerpo.
 3. Cierre del trabajo corporal: La dinámica corporal se finaliza volviendo a conectar con la propia respiración y observar cómo está la persona y qué le ha generado la actividad. Para finalizar, se ponen en común las experiencias con el resto del grupo.
-

TÉCNICAS HUMANISTAS INTEGRADORAS

Pregunta del milagro y diseño de los objetivos personales:

mediante la utilización de la pregunta del milagro, de la terapia breve estratégica (Shazer, 1985), se concretan los objetivos personales de cada participante. Véase apéndice C2.

Sesión 3

OBJETIVO: CONFIANZA Y ESTABLECER OBJETIVOS

PRÁCTICA DE *MINDFULNESS*

Práctica de meditación a través del barrido corporal. El objetivo es empezar a entrenar en la conciencia plena y en anclarse al presente. Primero de todo, los participantes van a buscar una postura cómoda para meditar y van a cerrar los ojos. Se les pide que se centren en su respiración y que noten las diferentes partes del cuerpo, haciendo un recorrido ascendente desde los pies hasta la cabeza.

Se les anima a que lo practiquen cada día en casa.

PRÁCTICA CORPORAL

1. Caldeamiento: La primera parte se centra en un trabajo individual de toma de conciencia del propio cuerpo: andar con conciencia, observar qué necesita el cuerpo (estar parado, andar, bailar, estirarse, etc.). Y gradualmente, cuando el terapeuta lo indica empezar a conectar con la mirada de los demás participantes mientras se mueven de forma libre por la sala.
 2. El paseo a ciegas (Stevens, 1971): El objetivo del ejercicio es trabajar, por un lado la filtración de sensaciones, es decir, notar diferentes estímulos, poner atención en las sensaciones y no en el pensamiento, etc. Para ello, los terapeutas van a traer diferentes elementos (olfativos, táctiles, auditivos, etc.) que los participantes van a poder utilizar a parte de los propios en la sala dónde se trabaja. Por otro lado, también se pretende
-

desarrollar la confianza en el grupo ya que por parejas, se irán guiando con los ojos cerrados. Véase apéndice C3.

3. Cierre del trabajo corporal: La dinámica corporal se finaliza volviendo a conectar con la propia respiración y observar cómo está la persona y que le ha generado la actividad. Para finalizar, primero se ponen en común las experiencias con la pareja con la que se ha trabajado y finalmente, con el resto del grupo.

TÉCNICAS HUMANISTAS INTEGRADORAS

Construcción de una red mediante un ovillo de lana dónde cada participante expone qué es lo que espera del grupo y qué cree que puede aportar. Metáfora de la importancia de la cohesión grupal a la hora de deshacer la red creada.

Sesiones 4-6 OBJETIVO: POTENCIAR EL BIENESTAR

PRÁCTICA DE *MINDFULNESS*

Meditación en relación a los valores confianza y refugio. Se entiende por refugio la manera que tiene cada sujeto de fomentar y conseguir su bienestar y disminuir su sufrimiento, es decir, la manera en que uno encuentra su seguridad, sea de forma adecuada o inadecuada, fuera o dentro de sí mismo.

Después del barrido corporal finalizamos la meditación con la siguiente práctica:

“Observa que todos somos básicamente iguales (queremos felicidad, queremos liberarnos del sufrimiento...). También que hay muchos caminos para intentarlo, pero tienen que pasar por el autoconocimiento verdadero para conseguirlo...

Y con esta intención... Que la práctica de las capacidades humanas (generosidad, ética, paciencia, entusiasmo, satisfacción, calma mental y sabiduría) nos lleven a la auténtica felicidad para el beneficio de todos.” Farriols, 2014.

PRÁCTICA CORPORAL

1. Caldeamiento: La primera parte se centra en un trabajo individual de toma de conciencia del propio cuerpo: andar con conciencia, observar qué necesita el cuerpo (estar parado, andar, bailar, estirarse, etc.). Y gradualmente, cuando el terapeuta lo indica empezar a conectar con la mirada de los demás participantes mientras se mueven de forma libre por la sala.
2. Visualización de los refugios: cada participante busca un sitio en la sala y cierra los ojos. Con una visualización guiada, el participante conecta con su respiración y visualiza dónde busca el bienestar en su día.
3. Representación corporal: imaginar que corporalmente se ubican en su refugio y observar qué les pasa a su cuerpo. El objetivo, junto con el paso 2, es tomar conciencia sobre su refugio y las limitaciones que tiene éste.
4. Cierre del trabajo corporal: La dinámica corporal se finaliza volviendo a conectar con la propia respiración y observar cómo está la persona y que le ha generado la actividad. Para finalizar, se ponen en común las experiencias con el resto del grupo.

TÉCNICAS HUMANISTAS INTEGRADORAS

Externalización del refugio mediante el uso del dibujo y utilización de la silla vacía (Pearls, 1964) con la finalidad de aumentar la conciencia y limitación de sus refugios. El objetivo es incrementar las formas que tienen de conseguir su mejoría emocional y que los refugios no solo dependan de otras personas de su entorno.

Sesiones 7-9 **OBJETIVO: GESTIONAR EL MIEDO**

PRÁCTICA DE *MINDFULNESS*

Meditación basada en la aceptación de la experiencia: aceptar las emociones y sucesos sin juicio. Después de la exploración corporal y la respiración se comenta:

“El miedo es una emoción humana y normal. Tu propia respiración, que siempre te acompaña y siempre está disponible, te ayuda a “ventilar” el miedo, como cuando se ventila una habitación, que entra aire fresco, nuevo y sale lo que ya ha pasado, de forma espontánea. Al inspirar date cuenta de tu miedo. Al expirar acéptalo, abrázalo emocionalmente, como harías con un niño/a pequeño, ya que aceptas su emoción con paciencia y comprensión, sin juzgar su miedo. Haz lo mismo contigo, simplemente acepta como te sientes, lo acoges y lo acompañas hasta que el miedo se transforme y se calme. Farriols, 2014.

PRÁCTICA CORPORAL

1. Caldeamiento: La primera parte se centra en un trabajo individual de toma de conciencia del propio cuerpo: andar con conciencia, observar qué necesita el cuerpo (estar parado, andar, bailar, estirarse, etc.). Y gradualmente, cuando el terapeuta lo indica empezar a conectar con la mirada de los demás participantes mientras se mueven de forma libre por la sala.
 2. Trabajo con esculturas: Cada participante convierte su cuerpo un una escultura que represente su miedo. Se pedirá que la persona cierre los ojos y note cómo es físicamente estar en esta escultura. A continuación, con la ayuda de música, los participantes se tendrán que mover e interactuar (en silencio) con los demás, sin intentar modificar su escultura. Se les pedirá que pongan consciencia en observar las limitaciones que les genera su postura corporal a la hora de relacionarse con los
-

demás, siendo éste la finalidad del objetivo (Adaptación del ejercicio “Esculpiendo mis emociones” de Gimeno-Bayón & Rosal, 2001).

3. Cierre del trabajo corporal: La dinámica corporal se finaliza volviendo a conectar con la propia respiración y observar cómo está la persona y que le ha generado la actividad. Para finalizar, se ponen en común las experiencias con el resto del grupo.

TÉCNICAS HUMANISTAS INTEGRADORAS

Los rincones emocionales (Lizeretti, 2012): dinámica realizada con el objetivo de trabajar habilidades de inteligencia emocional: identificación, expresión, comprensión y regulación. Se va a trabajar únicamente con la emoción del miedo en esta ocasión, para poder llegar a un mayor nivel de profundidad. Véase apéndice C4.

Sesiones 10- OBJETIVO: POTENCIAR LA AUTOESTIMA

12

PRÁCTICA DE *MINDFULNESS*

Meditación basada en el valor de la igualdad, entendida como todas las personas somos iguales y que el objetivo principal del ser humano es reducir el sufrimiento y buscar el bienestar.

Se realiza una meditación en círculo, donde los participantes se dan las manos. Una mano se coloca abajo y la otra arriba, para enfatizar la idea de que todos podemos dar y recibir.

PRÁCTICA CORPORAL

1. Caldeamiento (de la 10 a la 12): La primera parte se centra en un trabajo individual de toma de conciencia del propio cuerpo: andar con conciencia, observar qué necesita el cuerpo (estar parado, andar, bailar, estirarse, etc.). Y gradualmente, cuando el terapeuta lo indica empezar a conectar con la mirada de los demás participantes mientras se mueven de forma libre por la
-

sala.

2. Ejercicios de encuentro espontáneo con el otro (Sesión 10): los participantes se mueven de forma libre por la sala y se van a dar indicaciones que desarrollar con la primera persona que encuentren hasta que se diga “cambio”. Por ejemplo: celebrar que han ganado la lotería, despedirse ya que no se van a ver durante mucho tiempo, explicar un problema, felicitar el cumpleaños, etc.
 3. El barrendero y el alcalde (Sesión 11): *“los participantes se colocan por parejas, uno de los miembros será el barrendero y el otro el alcalde de un supuesto pueblo. Sin más indicaciones, se pide al barrendero que empiece a barrer y que el alcalde aparezca en escena e interactúe con él. Se da unos 5 minutos y se cambian los roles. Finalmente, se analiza lo sucedido: ¿cómo se han sentido de barrendero y de alcalde?, ¿en qué posición estaba más cómodo?”* (Dorrego, Andrés & Humbrías, 2013). El objetivo es conectar con la igualdad de los derechos, ponerse en el lugar del otro y mejorar la comunicación.
 4. Técnica del doble espejo (Sesión 12): Se forman parejas y se establece quién es A y quién es B. Las dos personas se ponen enfrente y con la ayuda de música, A va a empezar a proponer un movimiento (puede ser un movimiento repetitivo, un baile, etc.) y B lo va a seguir. La persona A tiene que estar muy pendiente de proponer movimientos que B realmente pueda repetir e imitar, así como escuchar el ritmo en que su compañero va procesando todas sus indicaciones. Los terapeutas van a indicar cuando se hace el cambio de roles. El objetivo es trabajar el autoconocimiento, que cada participante identifique en qué posición se siente más cómodo: en el dar o el recibir.
 5. Cierre del trabajo corporal (de la 10 a la 12): La dinámica
-

corporal se finaliza volviendo a conectar con la propia respiración y observar cómo está la persona y que le ha generado la actividad. Para finalizar, primero se ponen en común las experiencias con la pareja con la que se ha trabajado, compartiendo dónde se han sentido mejor, y finalmente, con el resto del grupo.

TÉCNICAS HUMANISTAS INTEGRADORAS

Transmisión de fortalezas: en modo pecera, se van proponiendo parejas. Un miembro identifica en el compañero una cualidad que posee, y le pide que pueda compartirla, dándole orientaciones de cómo incluirla en su vida cotidiana. Posteriormente, se invierten los roles. Finalmente, el grupo también da *feedback* sobre su impresión, aportando y valorando las cualidades observadas. El objetivo es la identificación de las fortalezas del otro y ayudar al compañero a identificar sus propias cualidades.

Sesiones 13- OBJETIVO: GESTIONAR LA TRISTEZA

15

PRÁCTICA DE *MINDFULNESS*

Meditación basada en la aceptación de la experiencia: aceptar las emociones y sucesos sin juicios. En este caso, conexión y aceptación de la emoción de la tristeza, evocando una comprensión, con la actitud de acogerla, simbolizándola con un “abrazo” a uno mismo, con un trato amable y autocompasivo (entendido como la motivación para disminuir el propio sufrimiento).

Después de la exploración corporal, se lee la siguiente práctica:

“Busca si notas alguna sensación de tristeza en tu cuerpo, acéptala y abrázala, sin querer escapar de ella. Así vas a poder digerir la emoción y transformarla. Solamente si contactas con la emoción vas a poder drenarla. Sin querer cambiar nada, solo busca el dar espacio a esa emoción, para ello, céntrate ahora solo en tu respiración, date

cuenta cómo el aire entra y sale. No fuerces ningún tipo de cambio en tu respiración, simplemente adopta la actitud de soltar. Al inspirar date cuenta de tu tristeza, al expirar acéptala y abrázala emocionalmente, como harías con un niño/a pequeño, ya que aceptas su emoción con paciencia y comprensión, sin juzgar su tristeza. Haz lo mismo contigo, simplemente acepta cómo te sientes, lo acoges. Con esta actitud la tristeza puede reducirse, pero no desaparecer ya que ése no es el objetivo". Farriols, 2014.

PRÁCTICA CORPORAL

1. Caldeamiento: La primera parte se centra en un trabajo individual de toma de conciencia del propio cuerpo: andar con conciencia, observar qué necesita el cuerpo (estar parado, andar, bailar, estirarse, etc.). Y gradualmente, cuando el terapeuta lo indica empezar a conectar con la mirada de los demás participantes mientras se mueven de forma libre por la sala.
 2. Trabajo con esculturas: Cada participante convierte su cuerpo un una escultura que represente su tristeza. Se pedirá que la persona cierre los ojos y note cómo es físicamente estar en esta escultura. A continuación, con la ayuda de música, los participantes se tendrán que mover e interactuar (en silencio) con los demás, sin intentar modificar su escultura. Se les pedirá que pongan consciencia en observar las limitaciones que les genera su postura corporal a la hora de relacionarse con los demás, siendo éste la finalidad del objetivo (Adaptación del ejercicio "Esculpiendo mis emociones" de Gimeno-Bayón & Rosal, 2001).
 3. Cierre del trabajo corporal: La dinámica corporal se finaliza volviendo a conectar con la propia respiración y observar cómo está la persona y que le ha generado la actividad. Para finalizar, se ponen en común las experiencias con el resto del grupo.
-

TÉCNICAS HUMANISTAS INTEGRADORAS

Los rincones emocionales (Lizeretti, 2012): dinámica realizada con el objetivo de trabajar habilidades de inteligencia emocional: identificación, expresión, comprensión y regulación. Se va a trabajar únicamente con la emoción de la tristeza en esta ocasión, para poder llegar a un mayor nivel de profundidad. Véase apéndice C4.

Sesiones 16- OBJETIVO: TRABAJAR LAS RELACIONES

21

PRÁCTICA DE *MINDFULNESS*

Meditación basada en la interconexión, entendida como la visión de que todas las personas y todos los seres estamos conectados e interrelacionados. Práctica con un alimento, con una pieza de ropa, etc. dándose cuenta de todo lo necesario para que ese objeto esté aquí en este momento, fruto de la influencia de multitud de seres vivos e inertes. Una vez los participantes hayan puesto conciencia en todo lo que ha tenido que pasar, se les invita a que conecten con el agradecimiento que conlleva la consciencia de recibir ...

PRÁCTICA CORPORAL

1. Caldeamiento (de la 16 a la 21): La primera parte se centra en un trabajo individual de toma de conciencia del propio cuerpo: andar con conciencia, observar qué necesita el cuerpo (estar parado, andar, bailar, estirarse, etc.). Y gradualmente, cuando el terapeuta lo indica empezar a conectar con la mirada de los demás participantes mientras se mueven de forma libre por la sala.
 2. Expandir la tensión (Sesión 16): Notar una tensión corporal y con la ayuda de la música se inicia un movimiento pequeño desde esa zona. A medida que la música va avanzando, ir expandiendo más el movimiento por las zonas consecutivas a
-

la tensionada. Al final, todo el cuerpo se mueve en un baile libre. La finalidad es trabajar la interconexión en el cuerpo.

3. El baile de los pájaros (Sesión 17, 19 y 21): El grupo se va a distribuir en forma de “punta de flecha” (una fila horizontal con el participante del medio más adelantado y los demás posicionándose cada vez más atrás hasta los participantes de los extremos). Al principio, todo en estricto silencio, el participante más adelantado inicia un movimiento sencillo, y los demás le imitan. Se pretende que los movimientos vayan siendo más sofisticados durante el transcurso del ejercicio. Sin embargo y sin previo aviso, cuando un participante quiera “liderar” el movimiento puede desmarcarse del movimiento de los demás. El grupo se dará cuenta y se posicionará en su dirección para imitar ahora los movimientos del nuevo “líder”. Se puede cambiar muchas veces de “líder”, pues se pretende trabajar la interconexión y la escucha activa del movimiento del grupo (adaptación de Jacques Lecoq, 2003).

4. La alfombra voladora (Sesión 18): *“Se coloca sobre el suelo una manta y antes de pedir a los participantes que se suban a ella, se les explica que es voladora y que van a viajar con ella. Y desde el mismo momento que se suban estarán volando. Las condiciones del viaje son las siguientes: tienen que llegar al otro extremo de la sala todos juntos y en el menor tiempo posible, además no pueden hablar fuera de la alfombra, únicamente cuando estén sobre ella. Y una última advertencia: el que ponga ambos pies en el suelo, se cae de la alfombra al vacío”* (Dorrego, Andrés & Humbrías, 2013).

El objetivo del ejercicio es trabajar en un objetivo en común, fomentar la escucha activa y la coordinación, así como la importancia de todos los miembros del equipo para desarrollar la actividad.

5. Los pintores (sesión 20): Se forman parejas y se establece

quién es A y quién es B. Las dos personas se ponen enfrente y con la ayuda de música, B va a empezar a pintar simbólicamente con sus manos (y con mucho respeto) diferentes partes del cuerpo de A, intentando transmitir energía y bienestar. Los terapeutas van a indicar cuando se hace el cambio de roles. El objetivo es trabajar la conexión con la pareja, enfatizar la idea de que con la ayuda del otro podemos beneficiarnos.

6. Cierre del trabajo corporal: La dinámica corporal se finaliza volviendo a conectar con la propia respiración y observar cómo está la persona y que le ha generado la actividad. Para finalizar, primero se ponen las experiencias en común con la pareja con la que se ha trabajado (si es el caso) y finalmente, con el resto del grupo.

TÉCNICAS HUMANISTAS INTEGRADORAS

Esculturas familiares: Dentro del valor de la interconexión se decide trabajar con la familia, ya que cada uno de nosotros está conectado con su familia y con los roles que ejerce dentro del sistema familiar. Se escoge la dinámica de las esculturas familiares impulsadas por Virginia Satir (1972). El objetivo principal es poder identificar y tomar consciencia sobre el tipo de dinámica familiar, el rol que ejerce cada participante en su familia así como los diferentes aspectos emocionales asociados. Véase apéndice C5.

Sesiones 22- OBJETIVO: GESTIONAR LA RABIA

23

PRÁCTICA DE *MINDFULNESS*

Meditación basada en la aceptación de la experiencia: aceptar las emociones y sucesos sin juicio. Después del barrido corporal, se realiza una meditación guiada: la intervención adecuada para intervenir en la rabia es observar qué identificas como el causante de

la misma y por tanto de lo que crees que te tienes que “defender” (como una muestra de amor propio). Utilización del valor de la paciencia para contemplar la rabia e irla calmando, utilizando la mejor forma para protegerse realmente a uno mismo.

Después de la exploración corporal, se realiza esta práctica:

“Tú ya lo sabes... estás en medio de la tormenta cuando sientes rabia. Empieza por centrarte en tu respiración y haz como si ventilaras tu emoción, inténtalo, aunque estés muy activada/o. Tu emoción de rabia solo te permite centrarte en ti mismo y en tu sufrimiento... Tu rabia te recuerda que ahora mismo tú eres el más importante... Deja que esa rabia se vaya diluyendo con tu respiración... de la misma forma como el viento puede hacer pasar las nubes más grises. De la misma manera, el aire que entra te ayuda a diluir, poco a poco, tu rabia... Haremos una exploración del cuerpo para estar en contacto con él, y notaremos donde se ha centrado esa rabia (puede ser la zona del estómago, el pecho...). Ahora dirigiremos la inspiración como si fuera a esa zona... al expirar liberaremos la energía de esa parte del cuerpo... No fuerces ningún tipo de respiración, no interfieras, deja simplemente que el aire entre y salga, con la actitud de soltar. Nos damos cuenta de cómo el aire entra y sale, y como poco a poco esa zona se va apaciguando, y que en la medida de lo posible se va activando la paciencia en ese proceso...

Observa profundamente qué se encuentra debajo de tu rabia, descífrala... Si te has sentido atacado/a o dolido/a observa qué ha pasado, habrá circunstancias externas que te han podido afectar, pero ahora date cuenta de cómo te puedes cuidar, realmente, porque ése es el significado profundo de la rabia, la defensa y el cuidado de uno mismo. Piensa ¿Qué objetivo tengo? ¿Esta situación se merece esta rabia? Por tanto, recuerda: cuando sientas rabia, cuídate de verdad”.

Farriols, 2014.

PRÁCTICA CORPORAL

1. Caldeamiento: La primera parte se centra en un trabajo individual de toma de conciencia del propio cuerpo: andar con conciencia, observar qué necesita el cuerpo (estar parado, andar, bailar, estirarse, etc.). Y gradualmente, cuando el terapeuta lo indica empezar a conectar con la mirada de los demás participantes mientras se mueven de forma libre por la sala.
2. Trabajo con esculturas: Cada participante convierte su cuerpo un una escultura que represente su rabia. Se pedirá que la persona cierre los ojos y note cómo es físicamente estar en esta escultura. A continuación, con la ayuda de música, los participantes se tendrán que mover e interactuar (en silencio) con los demás, sin intentar modificar su escultura. Se les pedirá que pongan consciencia en observar las limitaciones que les genera su postura corporal a la hora de relacionarse con los demás, siendo éste la finalidad del objetivo (Adaptación del ejercicio “Esculpiendo mis emociones” de Gimeno-Bayón & Rosal, 2001).
3. Cierre del trabajo corporal: La dinámica corporal se finaliza volviendo a conectar con la propia respiración y observar cómo está la persona y que le ha generado la actividad. Para finalizar, se ponen en común las experiencias con el resto del grupo.

TÉCNICAS HUMANISTAS INTEGRADORAS

Los rincones emocionales (Lizeretti, 2012): dinámica realizada con el objetivo de trabajar habilidades de inteligencia emocional: identificación, expresión, comprensión y regulación. Se va a trabajar únicamente con la emoción de la rabia en esta ocasión, para poder llegar a un mayor nivel de profundidad. Véase apéndice C4.

Sesiones 24- OBJETIVO: TRABAJAR LA ASERTIVIDAD

29

PRÁCTICA DE *MINDFULNESS*

Meditación basada en la humildad y en la aceptación de los propios errores, así como los de los demás. Esta práctica se basa en la igualdad de todas las personas y en la sabiduría de discernir cuándo es adecuado ayudar y dejarse ayudar.

PRÁCTICA CORPORAL

1. Caldeamiento (de la 24 a la 29): La primera parte se centra en un trabajo individual de toma de conciencia del propio cuerpo: andar con conciencia, observar qué necesita el cuerpo (estar parado, andar, bailar, estirarse, etc.). Y gradualmente, cuando el terapeuta lo indica empezar a conectar con la mirada de los demás participantes mientras se mueven de forma libre por la sala.
 2. Comunicar con las espaldas (sesión 24): Los participantes se colocan por parejas, con las espaldas juntas. Con la ayuda de recursos musicales, van a empezar a surgir movimientos espontáneos en silencio y sin que los terapeutas den ninguna indicación verbal (por ejemplo: bajar, empezar a andar, mover la espalda de forma flexible, dejarse caer encima de la espalda del otro y aguantar todo el peso, etc.). El trabajo lo van a hacer todas las parejas a la vez, no obstante, a modo de ejemplo, los terapeutas lo van a ilustrar primero mientras explican el ejercicio. El objetivo es que cada participante pueda observar y tomar conciencia de si tiene un papel activo o pasivo a la hora de “comunicarse” mediante el baile.
 3. Improshow de situaciones (de la 25 a la 29): Los participantes van a escribir palabras o frases cortas y las van a poner en una bolsa. Por parejas y en modo pecera, van a salir a escena y empezarán una improvisación a partir de uno de los papeles
-

que cojan de la bolsa. Cada vez que el terapeuta lo indique, van a coger un nuevo papel y van a tener que seguir la escena, adaptándose a los cambios hasta su fin. Al finalizar, los participantes que han observado van a dar *feedback*. La finalidad es trabajar con la dramatización de escenas para mejorar en la aceptación y adaptación de los cambios.

4. Cierre del trabajo corporal: La dinámica corporal se finaliza volviendo a conectar con la propia respiración y observar cómo está la persona y que le ha generado la actividad. Para finalizar, se ponen en común las experiencias con el resto del grupo.

TÉCNICAS HUMANISTAS INTEGRADORAS

- Sesiones 24 y 25: Trabajo teórico con el uso de fichas para explicar el concepto de la asertividad. El objetivo es que los participantes aumenten sus recursos a la hora de comunicar y expresar sus necesidades. Véase apéndice C6.
- Sesiones 26 a 29: Trabajo con *role-playing* a partir de vivencias de los participantes, integrando los nuevos conceptos teóricos.

Sesiones 30- OBJETIVO: GESTIONAR LA ALEGRÍA

31

PRÁCTICA DE *MINDFULNESS*

Meditación basada en el valor de la alegría y la satisfacción. Después del barrido corporal, se realiza la siguiente práctica:

“Observa tu corazón, tus sentimientos y emociones, no juzgues nada... Ayúdate de tu respiración para darles espacio. Deja que surja en tu corazón afecto y amistad hacia ti mismo. Date cuenta de cómo es ser tu mejor amigo. Evoca pensamientos afectuosos hacía ti y permite que la alegría invada en tu interior... Ahora piensa en personas cercanas a ti, imagina que los abrazas con amor, los llenas de felicidad y alegría... Ahora vuelve a centrarte en ti mismo. Siente la alegría,

permite que fluya la felicidad que viene del amor... toma conciencia de estos sentimientos y percibe la calidez que crean en ti” Farriols, 2014.

PRÁCTICA CORPORAL

1. Caldeamiento: La primera parte se centra en un trabajo individual de toma de conciencia del propio cuerpo: andar con conciencia, observar qué necesita el cuerpo (estar parado, andar, bailar, estirarse, etc.). Y gradualmente, cuando el terapeuta lo indica empezar a conectar con la mirada de los demás participantes mientras se mueven de forma libre por la sala.
2. Trabajo con esculturas: Cada participante convierte su cuerpo un una escultura que represente su alegría. Se pedirá que la persona cierre los ojos y note cómo es físicamente estar en esta escultura. A continuación, con la ayuda de música, los participantes se tendrán que mover e interactuar (en silencio) con los demás, sin intentar modificar su escultura. Se les pedirá que pongan consciencia en observar las limitaciones que les genera su postura corporal a la hora de relacionarse con los demás, siendo éste la finalidad del objetivo (Adaptación del ejercicio “Esculpiendo mis emociones” de Gimeno-Bayón & Rosal, 2001).
3. Cierre del trabajo corporal: La dinámica corporal se finaliza volviendo a conectar con la propia respiración y observar cómo está la persona y que le ha generado la actividad. Para finalizar, se ponen en común las experiencias con el resto del grupo.

TÉCNICAS HUMANISTAS INTEGRADORAS

Los rincones emocionales (Lizeretti, 2012): dinámica realizada con el objetivo de trabajar habilidades de inteligencia emocional: identificación, expresión, comprensión y regulación. Se va a trabajar

únicamente con la emoción de la alegría en esta ocasión, para poder llegar a un mayor nivel de profundidad. Véase apéndice C4.

Sesiones 32- 35 OBJETIVO: EL CAMBIO Y LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

PRÁCTICA DE *MINDFULNESS*

Meditación basada en el valor de la transitoriedad. Se entiende que nada es permanente y todo cambia. Para ello, se incorpora a la meditación sonidos y ruidos, con el objetivo de que los sujetos observen el inicio y fin de estos, sin reaccionar ni juzgar a dichos cambios. Después de la exploración corporal se integra dicha práctica: *“Ahora céntrate en los sonidos que llegan hasta ti. Nada más. Solamente observa como empiezan, como terminan. Cuando aparezcan pensamientos, como es habitual, céntrate de nuevo en los sonidos. Ahora mismo no hay nada más que hacer ni que deshacer, nada falta.”* Farriols, 2014.

Se sugiere la lectura diaria del siguiente poema del Dalai Lama (adaptación):

Una valiosa vida humana
*“Hoy soy afortunado por haberme levantado.
Estoy vivo, tengo una valiosa vida humana.
No la desaprovecharé,
sino que emplearé
mi energía
para mi propio desarrollo,
y para abrir el corazón a los demás,
para lograr más claridad
en beneficio de todos los seres.
Beneficiaré a los demás y a mí mismo
tanto como pueda”.*

PRÁCTICA CORPORAL

1. Caldeamiento (de la 33 a la 35): La primera parte se centra en un trabajo individual de toma de conciencia del propio cuerpo: andar con conciencia, observar qué necesita el cuerpo (estar parado, andar, bailar, estirarse, etc.). Y gradualmente, cuando el terapeuta lo indica empezar a conectar con la mirada de los demás participantes mientras se mueven de forma libre por la sala.
2. Sesión 33 y 35: Para este ejercicio se utilizan diferentes estilos de música (alegres, movidas, tristes, románticas, etc.) y se pide a los participantes que se expresen corporalmente (bailando) lo que cada canción les evoque. El objetivo es que tomen conciencia de los cambios y que ningún estado es permanente.
3. Sesión 34: El paseo a ciegas (Stevens, 1971). Se vuelve a utilizar un de las primeras dinámicas para que los participantes tomen conciencia del paso de las sesiones y que el grupo terapéutico empieza a llegar a su fin. También para que observen los cambios entre la primera vez y la segunda al realizar la actividad. Véase apéndice C2.
4. Cierre del trabajo corporal: La dinámica corporal se finaliza volviendo a conectar con la propia respiración y observar cómo está la persona y que le ha generado la actividad. Para finalizar, se ponen en común las experiencias con el resto del grupo.

TÉCNICAS HUMANISTAS INTEGRADORAS

- Sesión 32: Trabajo con fantasía guiada: Fantasía de la obra de teatro (Berne, 1973). Se escoge esta dinámica con la finalidad de conectar con la transitoriedad, es decir, el paso del tiempo. Se pretende generar un impacto en los participantes para desarrollar el próximo ejercicio. Véase apéndice C7.
 - Sesiones 33 a 35: Técnica línea de la vida: el objetivo es
-

identificar el conflicto actual de la persona y conectar con su yo sabio del futuro para que le pueda generar recursos y estrategias para hacer frente a la situación actual (James, T., & Woodsmall, W, 1988).

Sesiones 36- 38 OBJETIVO: TRABAJAR LAS DISTORSIONES COGNITIVAS

PRÁCTICA DE *MINDFULNESS*

Meditación basada en el trabajo con el pensamiento, entendido como una percepción subjetiva de la realidad. El objetivo es disminuir la reactividad ante el pensamiento y la no identificación con él, observando cómo aparece, como desaparece y cambia por otro, sin darle un valor de realidad absoluta. La consigna de la práctica “es solo un pensamiento”, es decir, darse cuenta de cómo llegan los pensamientos y dejarlos pasar, sin juzgar nada.

PRÁCTICA CORPORAL

1. Caldeamiento (de la 36 a la 38): La primera parte se centra en un trabajo individual de toma de conciencia del propio cuerpo: andar con conciencia, observar qué necesita el cuerpo (estar parado, andar, bailar, estirarse, etc.). Y gradualmente, cuando el terapeuta lo indica empezar a conectar con la mirada de los demás participantes mientras se mueven de forma libre por la sala.
 2. Sesión 36: visualizar el pensamiento como un objeto y jugar con él con la ayuda de recursos musicales. Imaginar que lo hacen grande, pequeño, que es una pelota y juegan con ella, etc. El objetivo es poder darse cuenta cómo pueden sostener sus pensamientos, sin quedarse enganchados ni reaccionar ante ellos.
 3. Sesión 37 y 38: se divide el conjunto de los participantes en 2 grupos: grupo A y grupo B. A continuación se le va a pedir a
-

ambos grupos que empiecen a moverse alrededor de la sala y se les invita a que bailen de forma individual, con la ayuda de recursos musicales. En algún momento, el terapeuta va a indicar que los componentes del grupo A se queden quietos y observen a sus compañeros del grupo B, mientras éste continúa moviéndose. Los integrantes del grupo B tienen que darse cuenta de qué tipo de pensamientos tienen y que los dejen pasar sin centrarse en ellos (por ejemplo: “¿lo estaré haciendo bien?, ¿le va a gustar mi movimiento?, “¿estoy siendo muy ridículo?, etc.). Al cabo de un rato, se intercambian los papeles de los grupos A y B. El objetivo del ejercicio es practicar el dejar fluir los pensamientos negativos sin reaccionar.

4. Cierre del trabajo corporal: La dinámica corporal se finaliza volviendo a conectar con la propia respiración y observar cómo está la persona y que le ha generado la actividad. Para finalizar, se ponen en común las experiencias con el resto del grupo.

TÉCNICAS HUMANISTAS INTEGRADORAS

1. Primera fase (Sesión 36): se trabaja con una lista de creencias y distorsiones de Beck y Ellis, para que los participantes puedan entender qué son estos conceptos y las principales distorsiones. El objetivo es que puedan identificar sus principales distorsiones, observar cómo les influye en su vida y que aprendan a cuestionarlas. Véase apéndice C8.
 2. Segunda fase (Sesión 37 y 38): Trabajo con las distorsiones cognitivas de Beck y Ellis mediante sillas vacías. Se integra el trabajo con las dos sillas ya que es una forma de integrar los dos polos en conflicto de la propia persona (Greenberg et al., 1996; Rosal, 2002). Se trabaja con la distorsión cognitiva y en la otra silla, la creencia adaptativa. Primero lo realiza la propia persona, y después el resto de los miembros del grupo se ponen en la silla vacía para dar visiones alternativas al pensamiento
-

inicial.

(Sesión 37: entrega del conjunto de test para evaluar el post-tratamiento).

Sesión 39 OBJETIVO: RECOGER LOS APRENDIZAJES

PRÁCTICA DE *MINDFULNESS*

Meditación final que incluye los aspectos anteriormente trabajados: aceptación, presencia, interconexión, cambio, motivación para aumentar la armonía propia y de los demás...

Conclusiones y aprendizajes: Sesión dedicada a reflexionar sobre los aprendizajes realizados a largo de la intervención.

Sesión 40 OBJETIVO: CIERRE DE LA EXPERIENCIA

Celebración final y despedida: Última sesión en la que se celebra la finalización de la intervención y despedida.

Los participantes y terapeutas realizan una carta de despedida para cada uno de los miembros del grupo.

Intervención del Grupo Control (TCC)

En la tabla 4 se puede observar la estructura de la TCC que recibió el grupo control. Inspirado en un programa estándar del tratamiento cognitivo-conductual de Ellis y Beck.

Para la realización de la TCC los terapeutas se dejaron la bata blanca como es de costumbre en el CSMA y tuvieron un papel más directivo.

Tabla 4.
Estructura de la Terapia Cognitivo-Conductual

| SESIONES | CONTENIDO |
|----------------------|---|
| Sesión 1 | Bienvenida y presentación del proyecto Presentación del estudio, explicación de la metodología así como de las normas del grupo (compromiso y confidencialidad). Presentación por parejas Ejercicio de presentación del grupo. Entrega de las baterías de pruebas Entrega del CRD y de los test. |
| Sesiones 2-5 | Psicoeducación Sesiones teóricas de psicoeducación. Ejercicios de respiración diafragmática Práctica de distintos tipos de respiración para regular el malestar. Relajación progresiva de Jacobson Práctica de la relajación progresiva de Jacobson (versión larga, media y corta, la última sin tensión muscular). |
| Sesiones 6-10 | Práctica de relajación Al inicio de cada sesión, se dedicó 10 minutos a la práctica de la relajación de Jacobson. |

Distorsiones cognitivas de Beck

Trabajo con las distorsiones cognitivas de Beck y parar el pensamiento.

Sesiones 11-17 Práctica de relajación

Al inicio de cada sesión, se dedicó 10 minutos a la práctica de la relajación de Jacobson.

Reestructuración cognitiva

Ejercicios de reestructuración cognitiva una vez aprendidas las distorsiones cognitivas de Beck.

Creencias irracionales de Ellis

Trabajo con las creencias irracionales de Ellis.

Sesiones 18-20 Práctica de relajación

Al inicio de cada sesión, se dedicó 10 minutos a la práctica de la relajación de Jacobson.

Asertividad

Explicación teórica de la asertividad.

Sesiones 21-26 Práctica de relajación

Al inicio de cada sesión, se dedicó 10 minutos a la práctica de la relajación de Jacobson.

***Role-Playing* asertividad**

Ejercicios de *role-playing* en situaciones de falta de asertividad propuestas por los participantes del grupo.

Sesiones 27-30 Práctica de relajación

Al inicio de cada sesión, se dedicó 10 minutos a la práctica de la relajación de Jacobson.

Autoestima

Trabajo con la autoestima.

Sesiones 31-37 Práctica de relajación

Al inicio de cada sesión, se dedicó 10 minutos a la práctica de la relajación de Jacobson.

Resolución de problemas y prevención de recaídas

Ejercicios dedicados a la resolución de problemas y la prevención de recaídas, empezando a concienciar que el tratamiento terapéutico está llegando a su fin.

*Sesión 37: entrega del conjunto de test para evaluar el post-tratamiento.

Sesiones 38-39 Práctica de relajación

Al inicio de cada sesión, se dedicó 10 minutos a la práctica de la relajación de Jacobson.

Conclusiones y aprendizajes

Sesión dedicada a reflexionar sobre los aprendizajes realizados a largo de la intervención.

Sesión 40 Celebración final y despedida

Última sesión en la que se celebra la finalización de la intervención y despedida.

6.6. Análisis estadístico

Se realizó un análisis de la varianza mediante el modelo lineal general de medidas repetidas para observar el efecto intra-sujeto y entre los grupos en el posttratamiento utilizando el paquete estadístico IBM SPSS Statistics (v.25). Los datos se introdujeron en la base de datos codificados y disociados de cualquier variable que pueda identificar a la persona que participa en el estudio.

Para evaluar la evolución de los grupos por separado se realizaron T de Student para comparar los resultados de la evaluación basal y los post-tratamiento.

6.7. Aspectos éticos

El estudio sigue los principios éticos de un proyecto de investigación. Siguiendo el principio ético de Justicia, principio de carácter público y legislado que supone la equidad en la distribución de cargas y beneficios, este proyecto ofreció igualdad entre todos los participantes ya que todos recibieron un tratamiento psicológico. Se rechaza la desigualdad entre individuos y a su vez procura una distribución arbitraria entre la muestra.

Los asistentes a los grupos fueron invitados a participar en el estudio de forma libre, voluntaria, informada y anónima. En sintonía con el principio ético de autonomía se preservó la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de sus propias decisiones en ausencia de influencias externas.

Siguiendo a Beauchamp y Childress (1999) en esta investigación se diseñó un consentimiento informado que cumplió con la competencia de entender y decidir, así como la voluntariedad a decidir. Motivo por el cual las personas participantes fueron informadas por un miembro del equipo de investigación, de los objetivos del estudio y que las pruebas de evaluación que se administraron en ningún caso alteraron el curso del tratamiento. A su vez el profesional se aseguró que la competencia de comprensión por parte de los mismos estaba preservada así como la voluntariedad de participar en este y se ofreció la posibilidad de hacer preguntas si los participantes lo deseaban.

Los participantes tuvieron la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento si así lo deseaban. Se trató de un estudio de participación libre, voluntaria, informada y anónima, en consonancia con el principio ético de Beneficencia: "Hacer el bien"

y el de No-maleficencia, “el primum non nocere”, principio de ámbito público, el incumplimiento del cual está penado por ley.

Para salvaguardar la confidencialidad los datos referentes a cada participante y su historia clínica fueron confidenciales y solo utilizadas a efectos de esta investigación. Los informes de resultados hicieron referencia a los datos estadísticos de los grupos, nunca a la identidad de los participantes.

Los datos fueron tratados en conformidad con el que establece el Real Decreto 1720/2007, por el cual se aprueba el Reglamento del desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, así como la Ley básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica 41/2002.

Además, la presente investigación obtuvo la autorización y el informe positivo de la Comisión de Ética e Investigación de la *FPCEE Blanquerna* y del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme (código CEIC 30/15).

7. RESULTADOS

7.1. Introducción

7.2. Participantes

7.3. Puntuaciones en la evaluación basal entre grupos

7.4. Puntuaciones del total de la muestra

7.5. Resultados inter-grupo de la intervención psicoterapéutica

7.6. Comparación de las puntuaciones dentro del grupo

7. RESULTADOS

7.1. Introducción

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en el trabajo de campo. En la primera parte, se presentan las características sociodemográficas de la muestra y los resultados generales obtenidos a partir de la evaluación basal en todas las variables clínicas.

A continuación, se muestran los resultados dentro de los grupos con el objetivo de comparar los resultados de los grupos TIH y TCC de forma independiente y posteriormente, los resultados entre-grupos con la finalidad de comparar la evolución de las variables evaluadas entre ambos grupos.

7.2. Participantes

Entre septiembre de 2015 y septiembre de 2017 se reclutaron y evaluaron un total de 150 casos que cumplieron los criterios de inclusión del presente estudio. Del total de 150 personas, 29 se excluyeron o bien por qué nunca acudieron al grupo o por incompatibilidad horaria. Los participantes fueron derivados por algún miembro del equipo del Centro de Salud Mental (psiquiatra de referencia o psicólogo/a). La muestra final del estudio incluye 121 pacientes asignados a las dos condiciones experimentales: grupo TIH (n=71) y grupo de control, TCC (n=50) (ver la figura 1).

El total de pacientes que abandonaron el estudio fue de un 21,33%. 20 del grupo TIH (21,17%) y 12 del grupo TCC (24%), siendo por tanto mayor proporcionalmente, respecto a los participantes adscritos en este último grupo pero no de forma significativa ($t=0,262$, $gl=1$, $p= 0,609$). Los motivos por los que se abandonó el tratamiento fueron: 7 personas abandonaron el grupo por cambios en su horario laboral, 5 personas refirieron empeoramiento de su estado emocional al estar dentro de un grupo terapéutico y escuchar las vivencias de los demás participantes, 1 persona refirió abandono por mejoría de la sintomatología, 4 personas abandonaron el grupo ya que no se sentían cómodas con los ejercicios planteados en la TIH, 6 personas tuvieron que abandonar por causas familiares y finalmente, 9 personas abandonaron el grupo sin poder recoger los motivos, aunque 4 de ellos fueron entre la primera y la segunda sesión.

Cabe destacar que 89 personas terminaron los grupos terapéuticos, pero no se obtuvieron los cuestionarios post de todos ellos, pues hubieron sujetos que no devolvieron los test post-tratamiento contestados, a pesar de mucha insistencia por parte del equipo investigador. La figura 1 muestra la asignación de pacientes y las pérdidas muestrales durante el reclutamiento y el estudio.

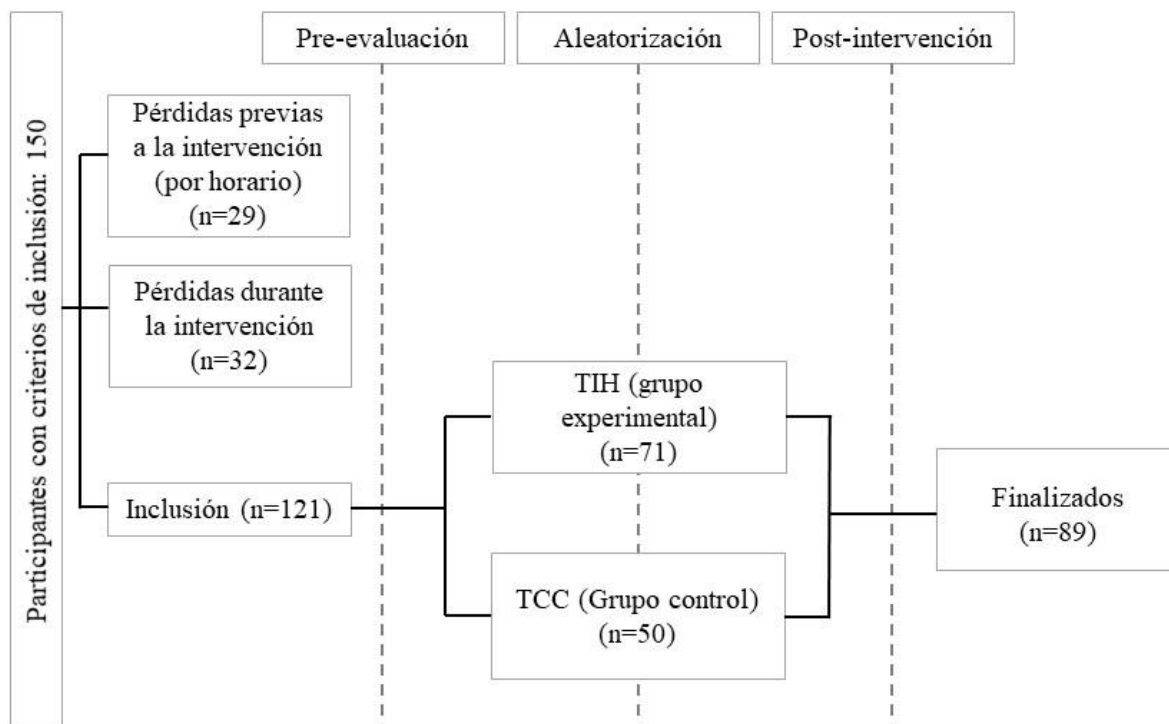


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de asignación de pacientes y las pérdidas muestrales durante el reclutamiento y estudio.

7.3. Puntuaciones en la evaluación basal entre grupos

Al no resultar significativa la prueba de normalidad (Levene) en las dos variables príncipes (Depresión y Desesperanza), se procedieron a realizar análisis paramétricos utilizando el paquete estadístico IBM SPSS Statistics (v.25).

7.3.1. Características sociodemográficas de la muestra

El conjunto de la muestra está formada principalmente por mujeres (79.3%); dentro del grupo TIH hay más hombres (n=19) que en el grupo TCC (n=6) (ver tabla 5).

La media de edad de la muestra total es de 54,39 años. La media se sitúa en los 52,06 años en el grupo experimental y 57,56 años en el grupo control, con unas puntuaciones que llegan a ser significativas ($p=0,000$) que demuestran la heterogeneidad de los dos grupos en esta variable. La nacionalidad del conjunto de la muestra es principalmente española, solo un 5% de la muestra es de otro país, siendo mayor éste índice en el grupo TIH que en el control, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa.

La mayoría de los sujetos están casados (54,2%) o tienen pareja (5,8%), y la mayoría de ellos viven acompañados (88%). Únicamente un 12% de la muestra viven solos, con un porcentaje muy similar si se comparan los dos grupos terapéuticos.

Aproximadamente la mitad de la muestra tiene un nivel de estudios primarios (50,8%), aunque también hay un porcentaje elevado de personas que presenta un nivel de estudios inferior a los primarios, siendo mayor en la TCC (30%) que en la TIH (17,1%). Estas diferencias tampoco resultan ser significativas.

Únicamente el 18,3% de los sujetos del total de la muestra se encuentran en una situación de actividad laboral, el 81,7% se encuentra en un estado de inactividad ya sea por baja laboral, porque se encuentran en el paro o bien porque son jubilados o pensionistas. El porcentaje de personas que están en activo es superior en la TIH que en la TCC, aunque tampoco resulta ser una diferencia significativa.

El nivel socioeconómico de la muestra es o valorado como medio (48,3%) o como precario (43,3%), siendo muy pocos los que lo consideran elevado (5%). En comparación entre los dos grupos, el experimental tiene un porcentaje más elevado en la categoría medio que precario, sin llegar a diferencias estadísticamente significativas.

En referencia a las relaciones sociales y de ocio, la mayoría de los participantes las califican como escasas (41,5%) o bajas (28,8%). Únicamente las puntúan como elevadas un 5% de la muestra. Los porcentajes son muy parecidos en la comparación entre ambos grupos por separado, por lo que el grupo es homogéneo.

La mayor parte del conjunto de la muestra está bajo prescripción médica de psicofármacos (solo un 1,7% no toma ningún tipo de medicación psicotrópica). Más de la mitad de la muestra utiliza antidepresivos, ansiolíticos y somníferos a la vez. Los porcentajes entre ambos grupos son parecidos.

Finalmente, el 81,2% de la muestra se considera no practicante. En referencia a los participantes que practican algún tipo de religión, el grupo TIH es ligeramente superior (n=13) al TCC (n=9), aunque no de forma significativa.

Las características sociales, demográficas y clínicas en la línea base se distribuyeron de manera equitativa entre los grupos (véase tabla 5). La únicas variables que fueron diferentes de forma estadísticamente significativa entre el grupo de tratamiento y el grupo TCC, fueron las del sexo y, como se ha comentado anteriormente, la edad. Debido a que la variable sexo es nominal no se puede introducir como covariable, solo se ha tenido en cuenta la variable edad como covariable en todos los análisis estadísticos posteriores.

Tabla 5.
Evaluación basal: características sociodemográficas de la muestra

| | Muestra total | TIH | TCC | | | |
|---------------------------|----------------------|-------------------|-------------------|--------------------|-----------|----------|
| | (n=121) | (n=71) | (n=50) | | | |
| | n(%) | n(%) | n(%) | | | |
| | | | | Estadístico | gl | p |
| GÉNERO | | | | | | |
| Hombre | 25 (20,7) | 19 (26,8) | 6 (12,0) | X ² | 1 | 0,048 |
| Mujer | 96 (79,3) | 52 (73,2) | 44 (88,0) | | | |
| EDAD | | | | | | |
| | Media (dt) | Media (dt) | Media (dt) | | | |
| | 54,39 (8,718) | 68 (52,06) | 50 (57,56) | t-student | 116 | 0,001 |
| PAÍS DE NACIMIENTO | | | | | | |
| España | 115 (95,0) | 67 (94,4) | 48 (96) | X ² | 1 | 0,684 |
| Otros | 6 (5,0) | 4 (5,6) | 2 (4,0) | | | |
| ESTADO CIVIL (*) | | | | | | |
| Casado | 65 (54,2) | 36 (51,4) | 29 (58,0) | X ² | 1 | 0,303 |
| Soltero | 11 (9,2) | 10 (14,3) | 1 (2,0) | | | |
| Separado | 10 (8,3) | 5 (7,1) | 5 (7,1) | | | |
| Divorciado | 20 (16,7) | 12 (17,1) | 8 (16,0) | | | |
| Viudo | 7 (5,8) | 3 (4,3) | 4 (8,0) | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------|-----------|-----------|----------------|---|-------|
| En pareja | 7 (5,8) | 4 (5,7) | 3 (6,0) | | | |
| UNIDAD DE CONVIVENCIA(*) | | | | | | |
| Con el cónyuge | 38 (32,5) | 20 (28,6) | 18 (38,3) | | | |
| Con los hijos | 16 (13,7) | 13 (18,6) | 3 (6,4) | | | |
| Con sus padres | 10 (8,5) | 6 (8,6) | 4 (8,5) | | | |
| Con su cónyuge e hijos | 26 (22,2) | 14 (20,0) | 12 (25,5) | | | |
| Con su cónyuge y padres | 3 (2,6) | 3 (4,3) | 0 (0,0) | X ² | 7 | 0,361 |
| Solo | 14 (12,0) | 7 (10,0) | 7 (14,9) | | | |
| Otros familiares de segundo grado | 1 (0,9) | 1 (1,4) | 0 (0,0) | | | |
| Otras situaciones | 9 (7,7) | 6 (8,6) | 3 (6,4) | | | |
| NIVEL DE ESTUDIOS (*) | | | | | | |
| Menos de primarios | 27 (22,5) | 12 (17,1) | 15 (30,0) | | | |
| Primarios | 61 (50,8) | 35 (50,0) | 26 (52,0) | X ² | 3 | 0,058 |
| Secundarios | 25 (20,8) | 16 (22,9) | 9 (18,0) | | | |
| Superiores | 7 (5,8) | 7 (10,0) | 0 (0,0) | | | |
| SITUACIÓN LABORAL(*) | | | | | | |
| Activo | 22 (18,3) | 13 (18,6) | 9 (18,0) | | | |
| De baja | 9 (7,5) | 7 (10,0) | 2 (4,0) | X ² | 5 | 0,162 |
| En el paro | 36 (30,0) | 16 (22,9) | 20 (40,0) | | | |
| Jubilado | 29 (24,2) | 16 (22,9) | 13 (26,0) | | | |

| | | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|----------------|---|-------|
| Ama de casa | 16 (13,3) | 11 (15,7) | 5 (10,0) | | | |
| Pensionista | 8 (6,7) | 7 (10,0) | 1 (2,0) | | | |
| NIVEL SOCIOECONÓMICO(*) | | | | | | |
| Precario | 52 (43,3) | 28 (40,0) | 24 (48,0) | | | |
| Medio | 58 (48,3) | 38 (54,3) | 20 (40,0) | X ² | 3 | 0,345 |
| Alto | 6 (5,0) | 2 (2,9) | 4 (8,0) | | | |
| Otros | 4 (3,3) | 2 (2,9) | 2 (4,0) | | | |
| RELACIONES SOCIALES Y OCIO(*) | | | | | | |
| Escasas | 49 (41,5) | 28 (41,2) | 21 (42,0) | | | |
| Bajas | 34 (28,8) | 20 (29,4) | 14 (28,0) | X ² | 3 | 0,859 |
| Medianas | 28 (23,7) | 17 (25,0) | 11 (22,0) | | | |
| Altas | 7 (5,9) | 3 (4,4) | 4 (8,0) | | | |
| MEDICACIÓN(*) | | | | | | |
| Antidepresivos | 32 (27,1) | 22 (31,4) | 10 (20,8) | | | |
| Ansiolíticos | 7 (5,9) | 2 (2,9) | 5 (10,4) | | | |
| Hipnóticos | 1 (0,8) | 1 (1,4) | 0 (0) | | | |
| Antidepresivos +ansiolíticos+hipnóticos | 61 (51,7) | 33 (47,1) | 28 (58,3) | X ² | 6 | 0,091 |
| Antidepresivos+ansiolíticos | 11 (9,3) | 9 (12,9) | 2 (4,2) | | | |
| Antidepresivos+hipnóticos | 4 (3,4) | 1 (1,4) | 3 (6,3) | | | |
| Ninguno | 2 (1,7) | 2 (2,9) | 0 (0) | | | |

| ESPIRITUALIDAD(*) | | | | | | |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|----------|---|-------|
| Practicante | 22 (18,8) | 13 (19,4) | 9 (18,0) | χ^2 | 1 | 0,848 |
| No practicante | 95 (81,2) | 54 (80,6) | 41 (82,0) | | | |

(*) Un paciente o más no rellenaron esta información, por este motivo no suma 71.

7.3.2. Variables clínicas de la muestra

En este apartado se evalúa el estado de las siguientes variables clínicas: depresión (BDI-II), ansiedad (STAI-R), desesperanza (escala de desesperanza de Beck), autoestima (Rosenberg) y calidad de vida subjetiva (escala P-T) en el conjunto de la muestra. Se realizó una t-student para analizar las diferencias entre ambos grupos.

Como puede apreciarse en la tabla 6 en la evaluación basal, los grupos de tratamiento son homogéneos respecto a las puntuaciones en todas las variables pues no se encuentra ninguna significación estadísticamente significativa.

Tabla 6.
Evaluación basal de los grupos de tratamiento: variables clínicas

| | MEDIA (DT) | t-student | gl | p |
|----------------------------------|-------------------|------------------|-----------|----------|
| BDI-II | | | | |
| TIH (n=71) | 30,66 (14,741) | 0,594 | 117 | 0,554 |
| TCC (n=50) | 32,35 (13,642) | | | |
| STAI-R | | | | |
| TIH (n=71) | 84,72 (20,348) | 1,789 | 117,458 | 0,076 |
| TCC (n=50) | 90,10 (12,679) | | | |
| DESESPERANZA | | | | |
| TIH (n=71) | 11,66 (5,789) | 1,075 | 119 | 0,284 |
| TCC (n=50) | 12,74 (4,873) | | | |
| AUTOESTIMA | | | | |
| TIH (n=71) | 26,41 (6,119) | -0,759 | 119 | 0,449 |
| TCC (n=50) | 25,60 (5,222) | | | |
| CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA | | | | |
| TIH (n=71) | 3,06 (1,611) | -0,514 | 118 | 0,608 |
| TCC (n=50) | 2,90 (1,723) | | | |

7.3.3. Puntuaciones en Inteligencia Emocional

Con la finalidad de evaluar la inteligencia emocional de la muestra se utilizó el TMMS-24. En las variables atención y reparación no se observan diferencias significativas en la evaluación basal entre los dos grupos (véase tabla 7). No obstante, sí que se aprecia una diferencia estadísticamente significativa en la sub-escala claridad ($p=0,020$), siendo menor en el grupo TCC (media de 20,58%) que en el grupo TIH (media de 25,17%).

Tabla 7.

Evaluación basal de los grupos de tratamiento: inteligencia emocional

| | MEDIA (DT) | t-student | gl | p |
|-------------------------------|-------------------|------------------|-----------|--------------|
| INTELIGENCIA EMOCIONAL | | | | |
| ATENCIÓN | | | | |
| TIH (n=71) | 25,17 (8,104) | 0,073 | 118 | 0,940 |
| TCC (n=50) | 25,28 (8,046) | | | |
| CLARIDAD | | | | |
| TIH (n=71) | 23,47 (7,753) | -2,359 | 117,913 | 0,020 |
| TCC (n=50) | 20,58 (5,675) | | | |
| REPARACIÓN | | | | |
| TIH (n=71) | 20,79 (7,193) | -0,919 | 118 | 0,360 |
| TCC (n=50) | 19,60 (6,633) | | | |

7.3.4. Puntuaciones en Resiliencia

Tal y como puede apreciarse en la tabla 8, la distribución de la muestra es homogénea en todas las sub-escalas, ya que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Tabla 8.
Evaluación basal de los grupos de tratamiento: resiliencia

| | MEDIA (DT) | t-student | gl | p |
|------------------------------|-------------------|------------------|-----------|----------|
| RESILIENCIA | | | | |
| RESILIENCIA TOTAL | | | | |
| TIH (n=71) | 103,31 (23,768) | 0,441 | 92 | 0,660 |
| TCC (n=50) | 105,60 (26,251) | | | |
| SATISFACCIÓN PERSONAL | | | | |
| TIH (n=71) | 16,26 (4,799) | -0,790 | 92 | 0,432 |
| TCC (n=50) | 15,50 (4,338) | | | |
| ECUANIMIDAD | | | | |
| TIH (n=71) | 14,83 (4,745) | 1,448 | 92 | 0,151 |
| TCC (n=50) | 17,15 (10,399) | | | |
| SENTIRSE BIEN SOLO | | | | |
| TIH (n=71) | 14,00 (3,540) | 0,104 | 92 | 0,917 |
| TCC (n=50) | 14,08 (3,308) | | | |
| CONFIANZA EN SÍ MISMO | | | | |
| TIH (n=71) | 28,43 (8,074) | -0,016 | 92 | 0,988 |
| TCC (n=50) | 28,40 (7,890) | | | |
| PERSEVERANCIA | | | | |
| TIH (n=71) | 29,50 (6,734) | 0,609 | 92 | 0,544 |
| TCC (n=50) | 30,45 (8,388) | | | |

7.3.5. Puntuaciones en *Mindfulness*

Para evaluar las capacidades de *mindfulness* se utilizó el FFMQ. Tal y como se puede observar en la tabla 9, la distribución de la muestra no es homogénea en la escala describir, siendo más elevada en el grupo TIH (23,18) que en la TCC (20,40). La distribución de la muestra en el resto de las escalas evaluadas sí que es normal.

Tabla 9.
Evaluación basal de los grupos de tratamiento: *mindfulness*

| | MEDIA (DT) | t-student | gl | p |
|---------------------------|-------------------|------------------|-----------|--------------|
| <i>MINDFULNESS</i> | | | | |
| OBSERVAR | | | | |
| TIH (n=71) | 21,37 (7,000) | 0,136 | 115 | 0,892 |
| TCC (n=50) | 21,54 (5,970) | | | |
| DESCRIBIR | | | | |
| TIH (n=71) | 23,18 (6,351) | -2,483 | 115 | 0,015 |
| TCC (n=50) | 20,40 (5,473) | | | |
| ACTUAR | | | | |
| TIH (n=71) | 27,09 (7,164) | -1,379 | 115 | 0,171 |
| TCC (n=50) | 25,28 (6,824) | | | |
| NO JUZGAR | | | | |
| TIH (n=71) | 25,01 (6,888) | -1,289 | 115 | 0,200 |
| TCC (n=50) | 23,38 (6,654) | | | |
| NO REACTIVIDAD | | | | |
| TIH (n=71) | 18,70 (4,569) | -1,934 | 115 | 0,056 |
| TCC (n=50) | 17,06 (4,501) | | | |

7.3.6. Puntuaciones en la Personalidad

Para evaluar la presencia de trastornos y rasgos de personalidad se utilizó el Inventario Multiaxial Clínico de Millon II (MCMI-II).

Tal y como se puede observar en la tabla 10, la distribución de la muestra fue homogénea a excepción de las puntuaciones de las escalas depresivo y paranoide, ya que los pacientes del grupo TCC presentaban puntuaciones basales más elevadas que los pacientes del grupo experimental.

En referencia a las demás escalas, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 10.
Evaluación basal de los grupos de tratamiento: personalidad

| | MEDIA (DT) | t-student | gl | p |
|--------------------|-------------------|------------------|-----------|--------------|
| ESQUIZOIDE | | | | |
| TIH (n=71) | 62,34 (17,000) | 0,759 | 118 | 0,450 |
| TCC (n=50) | 64,53 (13,189) | | | |
| EVITATIVO | | | | |
| TIH (n=71) | 57,58 (20,010) | 1,134 | 118 | 0,259 |
| TCC (n=50) | 61,55 (17,047) | | | |
| DEPRESIVO | | | | |
| TIH (n=71) | 59,15 (21,836) | 2,241 | 115 | 0,027 |
| TCC (n=50) | 67,24 (17,594) | | | |
| DEPENDIENTE | | | | |
| TIH (n=71) | 58,30 (18,577) | 1,356 | 118 | 0,178 |
| TCC (n=50) | 63,12 (19,978) | | | |
| HISTRIONICO | | | | |
| TIH (n=71) | 35,39 (22,547) | -1,096 | 118 | 0,275 |
| TCC (n=50) | 30,96 (20,650) | | | |
| NARCISISTA | | | | |
| TIH (n=71) | 45,45 (19,103) | -0,12 | 118 | 0,904 |
| TCC (n=50) | 45,02 (19,410) | | | |
| ANTI SOCIAL | | | | |
| TIH (n=71) | 45,97 (20,110) | -0,383 | 118 | 0,702 |
| TCC (n=50) | 44,53 (20,443) | | | |
| AGRESIVIDAD | | | | |
| TIH (n=71) | 45,45 (19,872) | 0,492 | 118 | 0,624 |
| TCC (n=50) | 47,20 (18,188) | | | |
| COMPULSIVO | | | | |
| TIH (n=71) | 55,25 (19,246) | 0,743 | 118 | 0,459 |
| TCC (n=50) | 57,78 (16,794) | | | |
| NEGATIVISTA | | | | |

| | | | | |
|------------------------|----------------|-------|---------|--------------|
| TIH (n=71) | 54,08 (17,827) | 0,35 | 118 | 0,727 |
| TCC (n=50) | 55,20 (16,281) | | | |
| AUTODESTRUCTIVO | | | | |
| TIH (n=71) | 50,06 (17,315) | 0,633 | 117,973 | 0,528 |
| TCC (n=50) | 51,76 (12,098) | | | |
| ESQUIZOTIPICO | | | | |
| TIH (n=71) | 49,55 (20,062) | 1,172 | 118 | 0,244 |
| TCC (n=50) | 53,88 (19,618) | | | |
| LÍMITE | | | | |
| TIH (n=71) | 58,08 (16,131) | 1,687 | 118 | 0,094 |
| TCC (n=50) | 52,51 (18,851) | | | |
| PARANOIDE | | | | |
| TIH (n=71) | 50,99 (22,092) | 2,015 | 110,994 | 0,046 |
| TCC (n=50) | 58,69 (19,497) | | | |

7.3.7. Puntuaciones en el estudio de los trastornos y rasgos de personalidad

Se realizó un estudio para medir la presencia de rasgos y trastornos detectados a través del MCMI-II en la evaluación basal. Tal y como se puede observar en la primera fila de la tabla 11, se recoge la cantidad de rasgos detectados ya que se observó que un sujeto podía tener más de un rasgo de personalidad. En ambos grupos, la muestra es homogénea para la presencia y cantidad de rasgos.

En la segunda fila se observa la suma de la cantidad de trastornos, en este caso existe una diferencia significativa entre ambos grupos, siendo la TCC el que tiene más presencia de trastornos de personalidad en la evaluación basal.

Finalmente se realizó una suma de la cantidad de rasgos y trastornos para cada grupo, en el que tampoco se observan diferencias significativas.

Tabla 11.

Evaluación basal de los grupos de tratamiento: trastornos y rasgos

| | MEDIA (DT) | t-student | gl | p |
|---|-------------------|------------------|-----------|--------------|
| SUMA CANTIDAD DE RASGOS | | | | |
| TIH (n=71) | 0,99 (0,949) | -0,145 | 119 | 0,885 |
| TCC (n=50) | 0,96 (0,989) | | | |
| SUMA CANTIDAD DE TRASTORNOS | | | | |
| TIH (n=71) | 0,17 (0,377) | 2,500 | 78,544 | 0,015 |
| TCC (n=50) | 0,40 (0,571) | | | |
| SUMA CANTIDAD DE RASGOS Y TRASTORNOS | | | | |
| TIH (n=71) | 1,15 (0,966) | 0,952 | 85,954 | 0,344 |
| TCC (n=50) | 1,36 (1,290) | | | |

7.4. Puntuaciones del total de la muestra

A continuación se presentan los resultados obtenidos tras la aplicación de las intervenciones terapéuticas en el conjunto de la muestra.

7.4.1. Variables clínicas de la muestra

Todas las variables clínicas son significativas tras la finalización de las intervenciones terapéuticas cuando se evalúa la totalidad de la muestra, tal y como se puede observar en la tabla 12.

Tabla 12.

Evaluación basal del conjunto de la muestra: variables clínicas

| | MEDIA (DT) | MEDIA (DT) | t-student | gl | p |
|---------------|-------------------|-------------------|------------------|-----------|--------------|
| | PRE | POST | | | |
| BDI-II | | | | | |
| n=121 | 32,12 (16,178) | 22,66 (15,334) | 5,964 | 57 | 0,000 |
| STAI-R | | | | | |
| n=121 | 86,40 (18,401) | 77,14 (24,928) | 3,371 | 57 | 0,001 |

| DESESPERANZA | | | | | |
|-------------------------------|---------------|----------------|--------|----|--------------|
| n=121 | 10,86 (5,607) | 9,17 (5,858) | 2,151 | 35 | 0,038 |
| AUTOESTIMA | | | | | |
| n=121 | 25,97 (5,396) | 29,36 (11,078) | -2,445 | 57 | 0,018 |
| CALIDAD VIDA SUBJETIVA | | | | | |
| n=121 | 3,07 (1,474) | 4.32 (1,594) | -6,112 | 56 | 0,000 |

7.4.2 Puntuaciones en Inteligencia Emocional

Tras la finalización de las dos intervenciones terapéuticas, la variable reparación aumenta de forma significativa para el conjunto de la muestra (véase tabla 13). La variable atención tiende a disminuir mientras que la variable claridad aumenta, no obstante, ambas variables no llegan a la significación estadística.

Tabla 13.

Evaluación basal del conjunto de la muestra: inteligencia emocional

| | MEDIA (DT) | MEDIA (DT) | | | |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|------------------|-----------|--------------|
| | PRE | POST | t-student | gl | p |
| INTELIGENCIA EMOCIONAL | | | | | |
| ATENCIÓN | | | | | |
| n=121 | 25,95 (7,306) | 23,88 (8,234) | 1,947 | 57 | 0,056 |
| CLARIDAD | | | | | |
| n=121 | 22,64 (7,093) | 23,69 (8,603) | -1,084 | 57 | 0,283 |
| REPARACIÓN | | | | | |
| n=121 | 19,79 (6,736) | 22,16 (8,193) | -2,978 | 55 | 0,004 |

7.4.3. Puntuaciones en Resiliencia

Cuando se estudia el factor resiliencia, no se observaron mejoras estadísticamente significativas en ninguna de las variables estudiadas en el conjunto de la muestra (ver tabla 14).

Tabla 14.
Evaluación basal del conjunto de la muestra: resiliencia

| | MEDIA (DT) | MEDIA (DT) | | | |
|------------------------------|-------------------|-------------------|------------------|-----------|----------|
| | PRE | POST | t-student | gl | p |
| RESILIENCIA | | | | | |
| RESILIENCIA TOTAL | | | | | |
| n=121 | 107,44 (23,273) | 108,49 (25,837) | -0,232 | 44 | 0,818 |
| SATISFACCIÓN PERSONAL | | | | | |
| n=121 | 16,33 (4,518) | 17,38 (5,250) | -1,315 | 44 | 0,195 |
| ECUANIMIDAD | | | | | |
| n=121 | 17,13 (9,942) | 15,69 (4,626) | 0,926 | 44 | 0,359 |
| SENTIRSE BIEN SOLO | | | | | |
| n=121 | 14,18 (2,926) | 14,56 (3,368) | -0,654 | 44 | 0,359 |
| CONFIANZA EN SÍ MISMO | | | | | |
| n=121 | 29,58 (7,470) | 29,82 (9,533) | -0,165 | 44 | 0,516 |
| PERSEVERANCIA | | | | | |
| n=121 | 30,20 (6,395) | 31,13 (7,899) | -0,652 | 44 | 0,518 |

7.4.4 Puntuaciones en *Mindfulness*

En referencia a las puntuaciones de *mindfulness*, únicamente se observa un aumento significativo de la capacidad describir tal y como se puede ver en la tabla 15. En cambio, las demás escalas tienden a aumentar pero sin ser estadísticamente significativas. En la escala no reactividad, se observa una disminución, aunque tampoco sin llegar a ser significativa.

Tabla 15.

Evaluación basal del conjunto de la muestra: *mindfulness*

| | MEDIA (DT) | MEDIA (DT) | | | |
|-----------------------|-------------------|-------------------|------------------|-----------|--------------|
| | PRE | POST | t-student | gl | p |
| MINDFULNESS | | | | | |
| OBSERVAR | | | | | |
| n=121 | 21,06 (6,221) | 22,21 (7,594) | -1,275 | 52 | 0,208 |
| DESCRIBIR | | | | | |
| n=121 | 22,17 (5,717) | 23,74 (6,328) | -2,237 | 52 | 0,030 |
| ACTUAR | | | | | |
| n=121 | 27,13 (6,569) | 28,19 (7,942) | -1,051 | 52 | 0,298 |
| NO JUZGAR | | | | | |
| n=121 | 25,23 (6,503) | 27,34 (7,893) | -2,164 | 52 | 0,298 |
| NO REACTIVIDAD | | | | | |
| n=121 | 19,08 (4,099) | 18,21 (6,368) | 1,140 | 52 | 0,260 |

7.4.5. Puntuaciones en la Personalidad

Para el estudio de los rasgos de personalidad, se observa una disminución significativa de la puntuación obtenida tras la finalización de las intervenciones, en el conjunto de la muestra, en los siguientes rasgos de personalidad: esquizoide, dependiente y límite (ver tabla 16). En los demás rasgos de personalidad no se encuentran cambios significativos, sin embargo, todos tienden a disminuir, a excepción del rasgo narcisista que incrementa la puntuación.

Tabla 16.

Evaluación basal del conjunto de la muestra: personalidad

| | MEDIA (DT) | MEDIA (DT) | | | |
|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|-----------|--------------|
| | PRE | POST | t-student | gl | p |
| ESQUIZOIDE | | | | | |
| n=121 | 61,98 (17,587) | 58,07 (14,390) | 2,275 | 57 | 0,027 |
| EVITATIVO | | | | | |

| | | | | | |
|------------------------|----------------|----------------|--------|----|--------------|
| n=121 | 60,26 (19,196) | 56,47 (22,178) | 1,693 | 57 | 0,096 |
| DEPRESIVO | | | | | |
| n=121 | 63,62 (20,483) | 60,53 (22,809) | 1,375 | 57 | 0,174 |
| DEPENDIENTE | | | | | |
| n=121 | 63,67 (19,478) | 56,41 (20,077) | 3,179 | 57 | 0,002 |
| HISTRIONICO | | | | | |
| n=121 | 34,78 (22,509) | 38,31 (21,364) | -1,563 | 57 | 0,124 |
| NARCISISTA | | | | | |
| n=121 | 42,29 (19,503) | 46,93 (16,679) | -1,789 | 57 | 0,079 |
| ANTI SOCIAL | | | | | |
| n=121 | 45,86 (20,190) | 44,10 (20,461) | 0,627 | 57 | 0,533 |
| AGRESIVIDAD | | | | | |
| n=121 | 47,21 (18,321) | 44,28 (20,922) | 1,184 | 57 | 0,241 |
| COMPULSIVO | | | | | |
| n=121 | 57,03 (17,827) | 57,74 (16,077) | -0,360 | 57 | 0,720 |
| NEGATIVISTA | | | | | |
| n=121 | 55,05 (15,650) | 50,34 (19,366) | 1,990 | 57 | 0,051 |
| AUTODESTRUCTIVO | | | | | |
| n=121 | 51,83 (16,108) | 49,00 (17,143) | 1,976 | 57 | 0,053 |
| ESQUIZOTIPICO | | | | | |
| n=121 | 50,98 (21,068) | 48,16 (24,690) | 1,316 | 57 | 0,194 |
| LÍMITE | | | | | |
| n=121 | 55,34 (16,475) | 50,12 (20,378) | 2,755 | 58 | 0,008 |
| PARANOIDE | | | | | |
| n=121 | 55,53 (20,378) | 52,16 (22,931) | 1,673 | 57 | 0,100 |

7.4.6. Puntuaciones en el estudio de los trastornos y rasgos de personalidad

Tras la finalización de las intervenciones terapéuticas, para el conjunto de la muestra, se observan mejoras estadísticamente significativas en la disminución de la cantidad de rasgos y trastornos, así como en la suma de ambos (ver tabla 17).

Tabla 17.

Evaluación basal del conjunto de la muestra: trastornos y rasgos

| | MEDIA (DT) | MEDIA (DT) | | | |
|---|-------------------|-------------------|------------------|-----------|--------------|
| | PRE | POST | t-student | gl | p |
| SUMA CANTIDAD DE RASGOS | | | | | |
| n=121 | 0,98 (0,961) | 0,80 (0,833) | 7,531 | 60 | 0,000 |
| SUMA CANTIDAD DE TRASTORNOS | | | | | |
| n=121 | 0,26 (0,479) | 0,15 (0,401) | 2,870 | 60 | 0,006 |
| SUMA CANTIDAD DE RASGOS Y TRASTORNOS | | | | | |
| n=121 | 1,24 (1,111) | 0,95 (0,884) | 8,404 | 60 | 0,000 |

7.4.7. Correlaciones estudiadas

Se han realizado correlaciones entre algunas variables que se han considerado significativas únicamente en la evaluación basal.

Variabes clínicas

La depresión correlaciona de forma positiva con los siguientes rasgos de personalidad: Esquizoide ($r= 0,254$, $p= 0,005$); Evitativo ($r= 0,216$, $p=0,019$); Depresivo ($r=0,280$, $p=0,002$); Dependiente ($r=0,239$, $p=0,009$); Negativista ($r=0,204$, $p=0,026$); Autodestructivo ($r=0,291$, $p=0,001$); Esquizotípico ($r=0,389$, $p=0,000$); Límite ($r=0,332$, $p=0,000$); Paranoide ($r=0,253$, $p=0,006$) y correlaciona de forma negativa con los rasgos Histriónico ($r=-0,301$, $p=0,001$); Narcisista ($r=-0,373$, $p=0,000$) y Compulsivo ($r=-0,228$, $p=0,013$). Con los únicos rasgos de personalidad que no correlaciona la depresión es el antisocial ($r=0,034$, $p=0,714$) y el agresivo ($r=0,103$, $p=0,265$).

La desesperanza correlaciona de forma positiva con los siguientes rasgos de personalidad: Esquizoide ($r=0,034$, $p=0,714$); Evitativo ($r=0,323$, $p=0,000$); Depresivo ($r=0,473$, $p=0,000$); Dependiente ($r=0,319$, $p=0,000$); Antisocial ($r=0,182$, $p=0,047$); Negativista ($r=0,340$, $p=0,000$); Autodestructivo ($r=0,415$, $p=0,000$); Esquizotípico: ($r=0,371$, $p=0,000$); Límite: ($r=0,412$, $p=0,000$); y correlaciona de forma negativa con los

rasgos Histriónico ($r=-0,365$, $p=0,000$); Narcisista ($r=-0,389$, $p=0,000$) y Compulsivo ($r=-0,325$, $p=0,000$). Con los únicos rasgos de personalidad que no correlaciona la desesperanza es el Agresivo ($r=0,084$, $p=0,362$) y el Paranoide ($r=0,155$, $p=0,092$).

La autoestima correlaciona de forma negativa con la depresión ($r=-0,439$, $p=0,000$) y la desesperanza ($r=-0,543$, $p=0,000$) y la ansiedad ($r=-0,592$, $p=0,000$). Además, la autoestima correlaciona de forma positiva solamente con los rasgos Histriónico ($r=0,514$, $p=0,000$) y Narcisista ($r=0,547$, $p=0,000$); mientras que no correlaciona con los rasgos Antisocial ($r=-0,157$, $p=0,054$) y Agresivo ($r=-0,176$, $p=0,054$). En el resto de rasgos de personalidad la autoestima correlaciona de forma negativa.

Inteligencia emocional

Correlaciones Inteligencia Emocional con los rasgos de personalidad

La variable atención correlaciona positivamente con el rasgo Evitativo ($r=0,187$, $p=0,042$); Depresivo ($r=0,230$, $p=0,012$); Dependiente ($r=0,250$, $p=0,006$); Agresivo ($r=0,310$, $p=0,001$); Negativista (pasivo-agresivo) ($r=0,318$, $p=0,000$); Esquizotípico ($r=0,213$, $p=0,020$); Límite ($r=0,275$, $p=0,002$) y Paranoide ($r=0,241$, $p=0,008$).

La claridad correlaciona de forma positiva con el Histriónico ($r=0,252$, $p=0,006$) y Narcisista ($r=0,241$, $p=0,008$) y de forma negativa con el Esquizoide ($r=-0,243$, $p=0,008$); Evitativo ($r=-0,251$, $p=0,006$); Depresivo ($r=-0,313$, $p=0,001$); Antisocial ($r=0,222$, $p=0,015$); Autodestructivo ($r=-0,270$, $p=0,003$); Esquizotípico ($r=-0,227$, $p=0,013$) y Límite ($r=-0,315$, $p=0,000$).

La reparación correlaciona de forma positiva con el rasgo Histriónico ($r=0,367$, $p=0,000$); Narcisista ($r=0,417$, $p=0,000$) y Compulsivo ($r=0,210$, $p=0,022$) y de forma negativa con el Esquizoide ($r=-0,321$, $p=0,000$); Evitativo ($r=-0,338$, $p=0,000$); Depresivo ($r=-0,405$, $p=0,000$); Dependiente ($r=-0,234$, $p=0,010$); Negativista ($r=-0,239$, $p=0,009$); Autodestructivo ($r=-0,325$, $p=0,000$); Esquizotípico ($r=-0,315$, $p=0,000$) y Límite ($r=-0,343$, $p=0,000$).

Correlaciones Inteligencia emocional con *mindfulness*

Atención correlaciona positivamente con Observar ($r=0,277$, $p=0,003$) y No reactividad ($r=0,335$, $p=0,000$). Además, correlaciona de forma negativa con No Juzgar ($r=-0,328$, $p=0,000$).

Claridad correlaciona positivamente con Observar ($r=0,320$, $p=0,000$); Describir ($r=0,603$, $p=0,000$); Actuar ($r=0,322$, $p=0,000$) y No reactividad ($r=0,281$, $p=0,002$).

Reparación correlaciona positivamente con Describir ($r=0,482$, $p=0,000$); Actuar ($r=0,386$, $p=0,000$) y No Reactividad ($r=0,264$, $p=0,004$).

Mindfulness

Correlaciones *mindfulness* con los rasgos de personalidad

La variable observar únicamente correlaciona de forma positiva con el rasgo Narcisista ($r=0,191$, $p=0,040$).

La variable describir correlaciona de forma positiva con el rasgo Histriónico ($r=0,451$, $p=0,000$); Narcisista ($r=0,357$, $p=0,000$) y Compulsivo ($r=0,212$, $p=0,022$); y de forma negativa con los rasgos Esquizoide ($r=-0,375$, $p=0,000$); Evitativo ($r=-0,409$, $p=0,000$); Depresivo ($r=-0,431$, $p=0,000$); Dependiente ($r=-0,316$, $p=0,001$); Negativista ($r=-0,239$, $p=0,010$); Autodestructivo ($r=-0,341$, $p=0,000$); Esquizotípico ($r=-0,367$, $p=0,000$) y Límite ($r=-0,239$, $p=0,000$).

La variable actuar correlaciona de forma positiva con el rasgo Histriónico ($r=0,472$, $p=0,000$) y Narcisista ($r=0,483$, $p=0,000$) y de forma negativa con los rasgos Esquizoide ($r=-0,394$, $p=0,000$); Evitativo ($r=-0,318$, $p=0,000$); Depresivo ($r=-0,378$, $p=0,000$); Dependiente ($r=-0,334$, $p=0,000$); Negativista ($r=-0,190$, $p=0,041$); Autodestructivo ($r=-0,322$, $p=0,000$); Esquizotípico ($r=-0,396$, $p=0,000$), Límite ($r=0,380$, $p=0,000$) y Paranoide ($r=-0,209$, $p=0,024$).

La variable no juzgar correlaciona de forma positiva con el rasgo Histriónico ($r=0,279$, $p=0,002$); Narcisista ($r=0,271$, $p=0,003$) y Compulsivo ($r=0,232$, $p=0,012$) y de forma negativa con los rasgos Evitativo ($r=-0,224$, $p=0,016$); Depresivo ($r=-0,333$, $p=0,000$); Dependiente ($r=-0,273$, $p=0,003$); Agresivo ($r=-0,209$, $p=0,024$); Negativista ($r=-0,336$,

$p=0,000$); Autodestructivo ($r=-0,201$, $p=0,030$); Esquizotípico ($r=0,372$, $p=0,000$); Límite ($r=-0,400$, $p=0,000$) y Paranoide ($r=-0,252$, $p=0,006$).

Finalmente, la variable no reactividad no correlaciona con ningún rasgo de personalidad.

7.5. Resultados inter-grupo de la intervención psicoterapéutica

En este apartado se encuentran los resultados que muestran el cambio obtenido en cada una de las variables evaluadas al finalizar la intervención psicoterapéutica de los dos grupos (TIH y TCC). Este apartado es especialmente importante a nivel clínico, pues compara las puntuaciones obtenidas en la evaluación basal y el post tratamiento en los dos grupos, permitiendo corroborar o descartar las hipótesis planteadas al inicio del estudio. También se incluirán los resultados intra-grupo del modelo lineal de medidas repetidas solo cuando sean significativos.

7.5.1. Puntuaciones inter-grupo de las Variables clínicas de la muestra

En la tabla 18 se pueden comparar las medias del cambio en las variables clínicas después de la aplicación tras los 10 meses de intervención.

En la escala del BDI-II, que evalúa la depresión, no se encuentran diferencias estadísticas significativas, pero se puede observar una mayor tendencia a la reducción de la puntuación en el grupo experimental. Tampoco se encuentran diferencias significativas en la escala que mide la ansiedad, pero la tendencia a la reducción de la sintomatología es mayor en el grupo TCC que en el grupo experimental. En la misma línea se encuentra la variable autoestima, que aunque no se observan diferencias estadísticamente significativas, en el grupo TCC tiende a mejorar más.

Tabla 18.
Comparación inter-grupo TIH y TCC: variables clínicas

| | TIH | | TCC | | gl | F | p | η | P |
|---------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----|-------|--------------|-------|-------|
| | MEDIA (DT) | MEDIA (DT) | MEDIA (DT) | MEDIA (DT) | | | | | |
| | PRE (n=71) | POST (n=43) | PRE (n=50) | POST (n=35) | | | | | |
| BDI-II | | | | | | | | | |
| Inter-grupo | 31,94 (16,969) | 21,74 (15,487) | 32,00 (14,429) | 24,43 (15,406) | 1 | 0,055 | 0,815 | 0,001 | 0,056 |
| Intra-grupo | | | | | | | | | |
| STAI-R | | | | | | | | | |
| Inter-grupo | 83,46 (21,853) | 77,11 (24,330) | 91,24 (9,949) | 79,38 (24,695) | 1 | 0,955 | 0,333 | 0,018 | 0,160 |
| Intra-grupo | | | | | | | | | |
| DESESPERANZA | | | | | | | | | |
| Inter-grupo | 11,36 (6,253) | 8,32 (6,335) | 10,69 (4,029) | 11,23 (4,285) | 1 | 0,265 | 0,610 | 0,008 | 0,079 |
| Intra-grupo | | | | | 1 | 4,573 | 0,040 | 0,125 | 0,545 |

AUTOESTIMA

Inter-grupo 26,32 (5,897) 28,44 (5,780) 25,27 (4,410) 30,82 (16,460) 1 0,025 0,875 0,000 0,053

Intra-grupo

CALIDAD VIDA SUBJETIVA

Inter-grupo 3,32 (1,471) 4,68 (1,387) 2,71 (1,419) 3,76 (1,729) 1 4,832 **0,032** 0,085 0,578

Intra-grupo

En la variable clínica desesperanza, no se observan diferencias estadísticas entre ambos grupos en el análisis inter-grupo. No obstante, el grupo que ha recibido el tratamiento humanista se observa una tendencia clara hacia la disminución de la sintomatología, mientras que en el grupo control se observa un ligero incremento de la sintomatología. Sin embargo, en el análisis intra-grupo se observan diferencias estadísticamente significativas, tal y como muestra la figura 2, en la variable desesperanza.

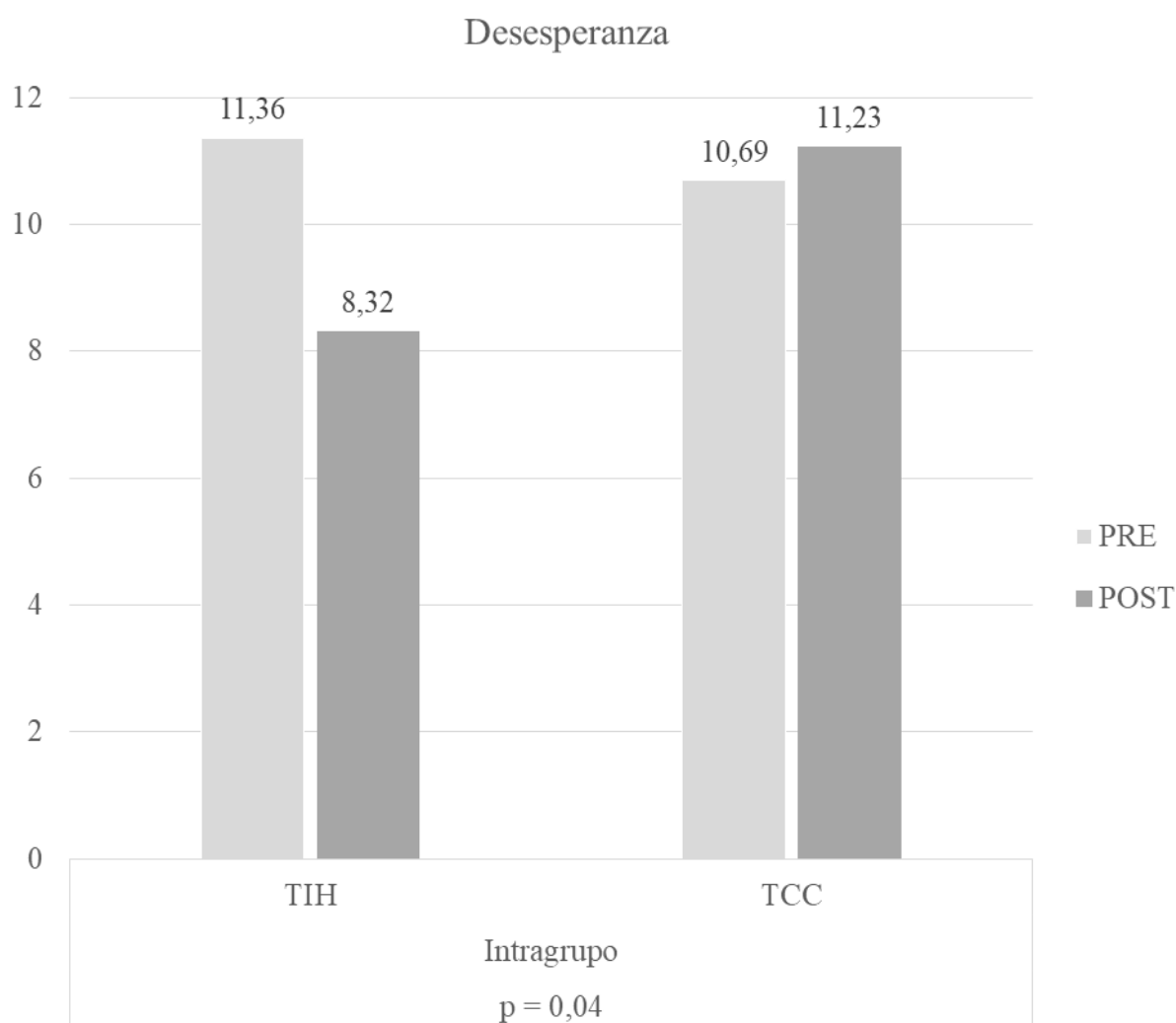


Figura 2. Comparación intra-grupo TIH y TCC para la variable desesperanza

Finalmente, existen diferencias estadísticamente significativas, en el análisis inter-grupo, en la escala calidad de vida subjetiva ($p=0,032$) una vez finalizado el tratamiento, experimentado un incremento mayor el grupo que recibe la terapia humanista (grupo experimental) tal y como se puede observar en la figura 3.

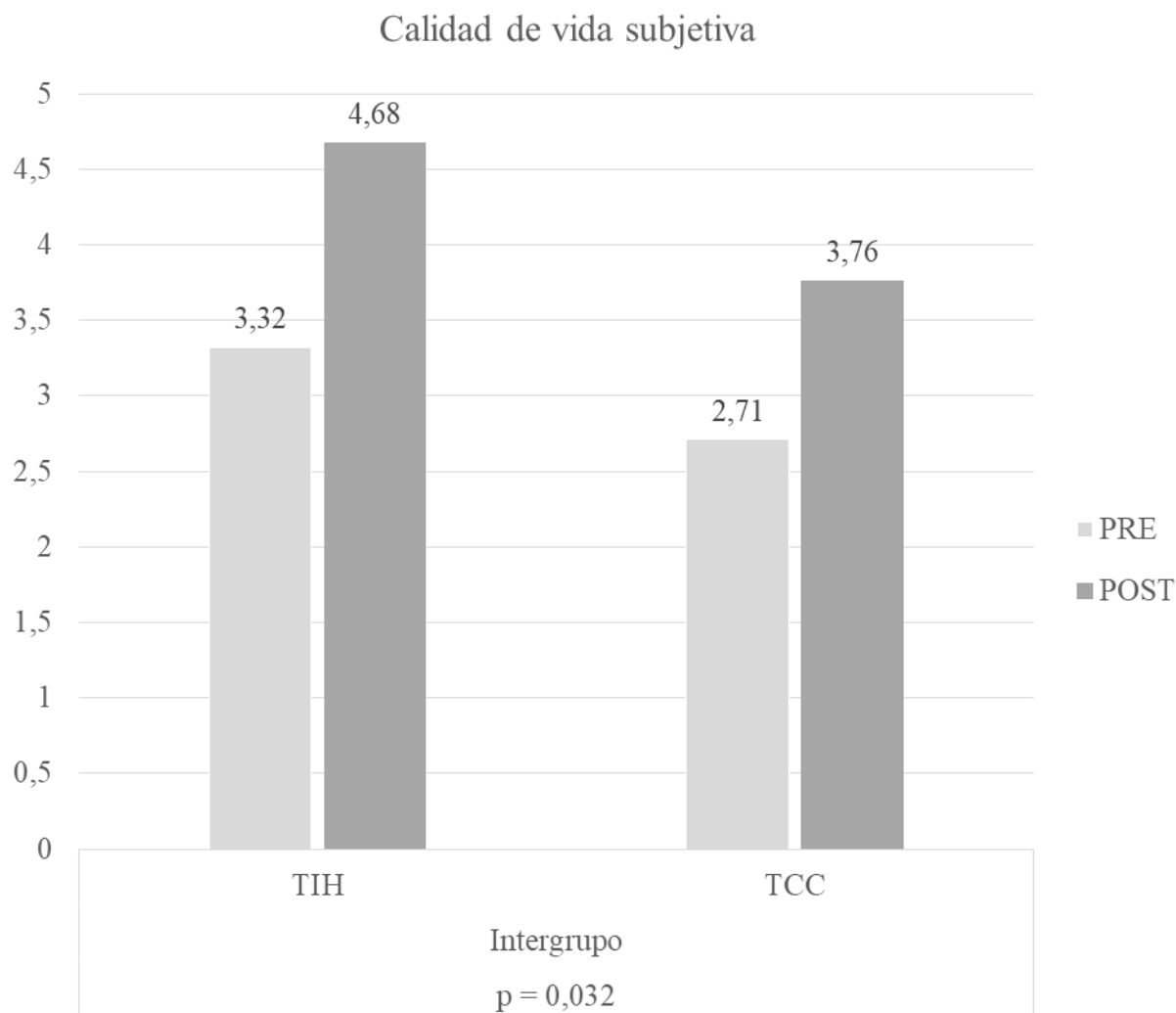


Figura 3. Comparación inter-grupo TIH y TCC para la variable calidad de vida subjetiva

7.5.2. Puntuaciones inter-grupo en Inteligencia Emocional

En la escala TMMS-24 que evalúa la inteligencia emocional, no se observa ninguna diferencia significativa en la escala atención, aunque esta variable tiende a disminuir en el grupo TCC y a mantenerse en el grupo experimental tal y como se muestra en la tabla 19.

La claridad aumenta de forma significativa ($p=0,001$) en el grupo que recibe la TIH respecto al TCC, tal y como se puede observar de forma gráfica en la figura 4, mientras que las puntuaciones de esta variable clínica se mantienen en el grupo experimental.

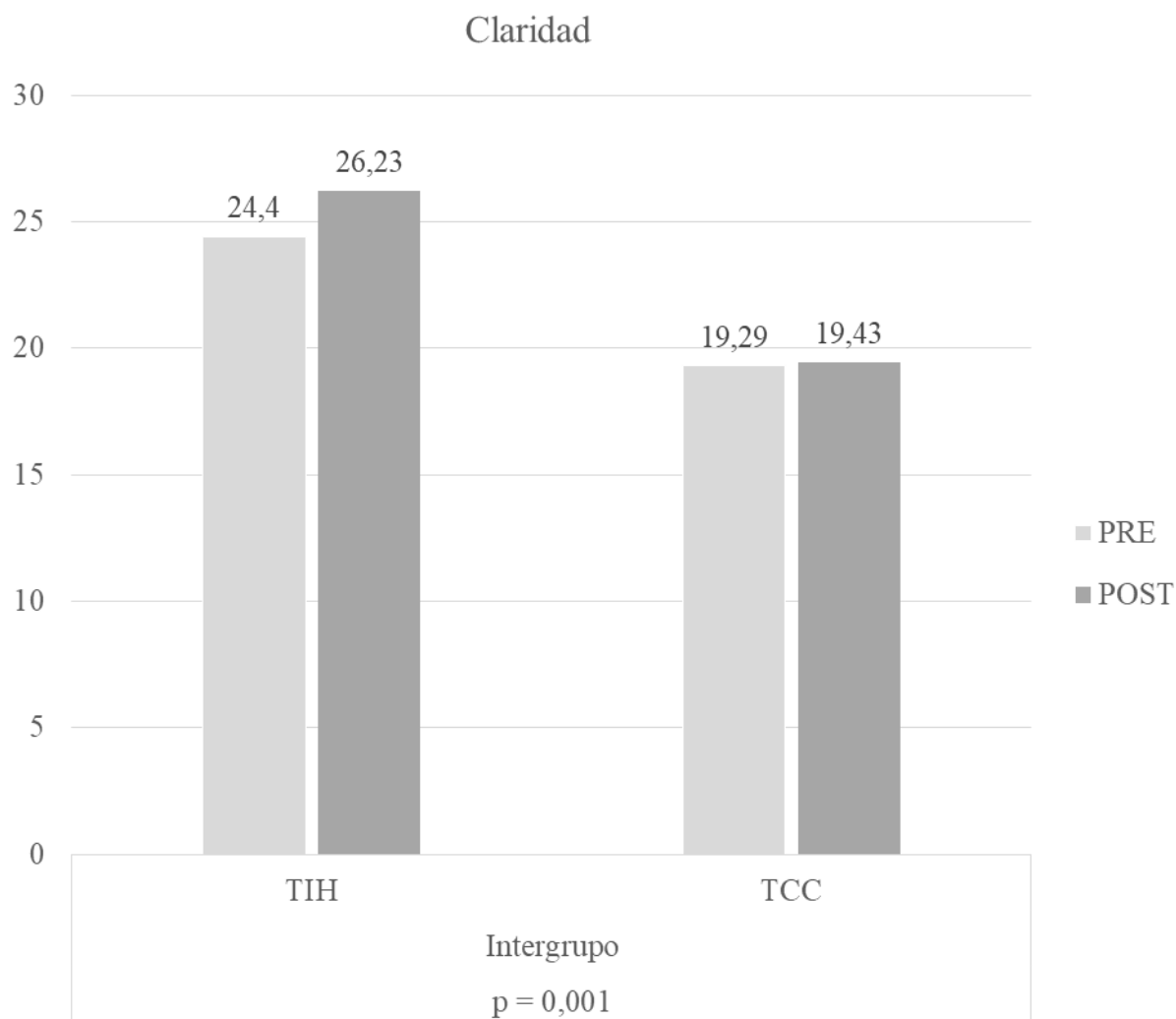


Figura 4. Comparación inter-grupo TIH y TCC para la variable claridad.

Se han encontrado resultados muy parecidos en la escala de reparación, siendo estadísticamente mayor en el grupo experimental ($p=0,028$), en el grupo control se mantienen las puntuaciones, tal y como muestra la figura 5.

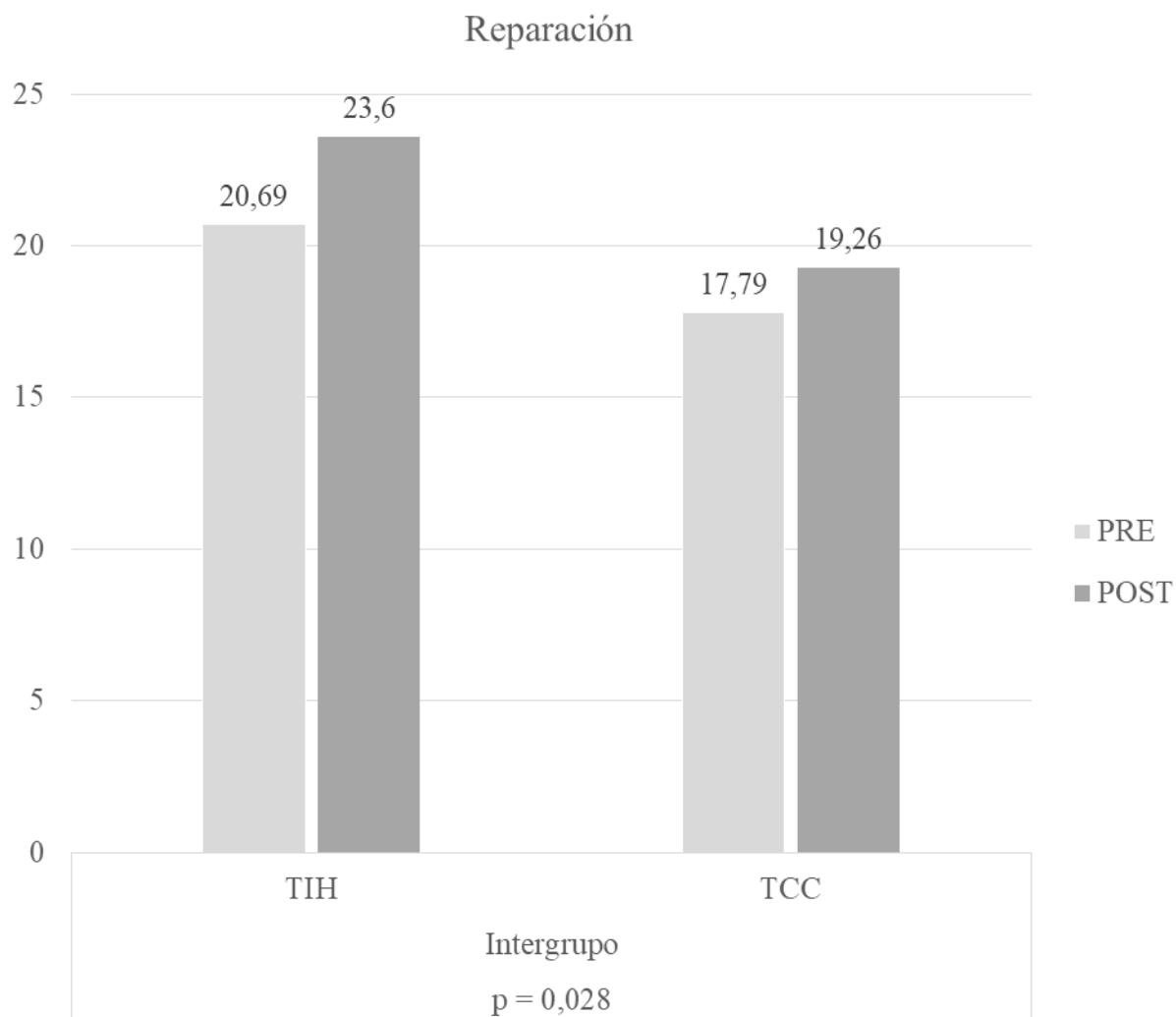


Figura 5. Comparación inter-grupo TIH y TCC para la variable reparación.

7.5.3. Puntuaciones inter-grupo en Resiliencia

No se observan diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación pre y post tratamiento en la puntuación total de la escala que mide la resiliencia, tal y como se puede observar en la tabla 20.

Tabla 20.
Comparación inter-grupo TIH y TCC: resiliencia

| | TIH | | TCC | | gl | F | p | η ² | P |
|------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----|-------|--------------|----------------|-------|
| | MEDIA (DT) | MEDIA (DT) | MEDIA (DT) | MEDIA (DT) | | | | | |
| | PRE (n=71) | POST (n=43) | PRE (n=50) | POST (n=35) | | | | | |
| RESILIENCIA | | | | | | | | | |
| RESILIENCIA TOTAL | | | | | | | | | |
| Inter-grupo | 106,58 (20,704) | 116,04 (19,891) | 106,06 (25,204) | 95,78 (28,733) | 1 | 2,528 | 0,120 | 0,058 | 0,342 |
| Intra-grupo | | | | | | | | | |
| SATISFACCIÓN PERSONAL | | | | | | | | | |
| Inter-grupo | 16,88 (4,320) | 18,69 (4,506) | 14,89 (3,833) | 14,94 (5,207) | 1 | 6,889 | 0,012 | 0,144 | 0,727 |
| Intra-grupo | | | | | | | | | |
| ECUANIMIDAD | | | | | | | | | |
| Inter-grupo | 15,54 (3,870) | 16,92 (4,049) | 19,06 (14,941) | 13,78 (4,977) | 1 | 0,117 | 0,734 | 0,003 | 0,063 |
| Intra-grupo | | | | | 1 | 4,297 | 0,045 | 0,095 | 0,526 |

SENTIRSE BIEN SOLO

| | | | | | | | | | |
|-------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---|-------|--------------|-------|-------|
| Inter-grupo | 14,54 (2,970) | 15,42 (3,202) | 13,39 (2,524) | 13,11 (3,197) | 1 | 4,287 | 0,045 | 0,095 | 0,525 |
|-------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---|-------|--------------|-------|-------|

Intra-grupo

CONFIANZA EN SÍ MISMO

| | | | | | | | | | |
|-------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---|-------|-------|-------|-------|
| Inter-grupo | 29,65 (7,386) | 31,46 (7,638) | 28,50 (6,715) | 26,72 (11,177) | 1 | 1,693 | 0,200 | 0,040 | 0,246 |
|-------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---|-------|-------|-------|-------|

Intra-grupo

PERSEVERANCIA

| | | | | | | | | | |
|-------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---|-------|-------|-------|-------|
| Inter-grupo | 30,00 (6,536) | 33,50 (5,778) | 30,17 (6,401) | 27,50 (9,432) | 1 | 2,147 | 0,150 | 0,050 | 0,299 |
|-------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---|-------|-------|-------|-------|

Intra-grupo

No obstante, la escala satisfacción personal (ver figura 6) y sentirse bien solo (ver figura 7) aumenta de forma significativa, en el análisis inter-grupo, siendo superior el incremento de estas variables en el grupo experimental que en el grupo control.

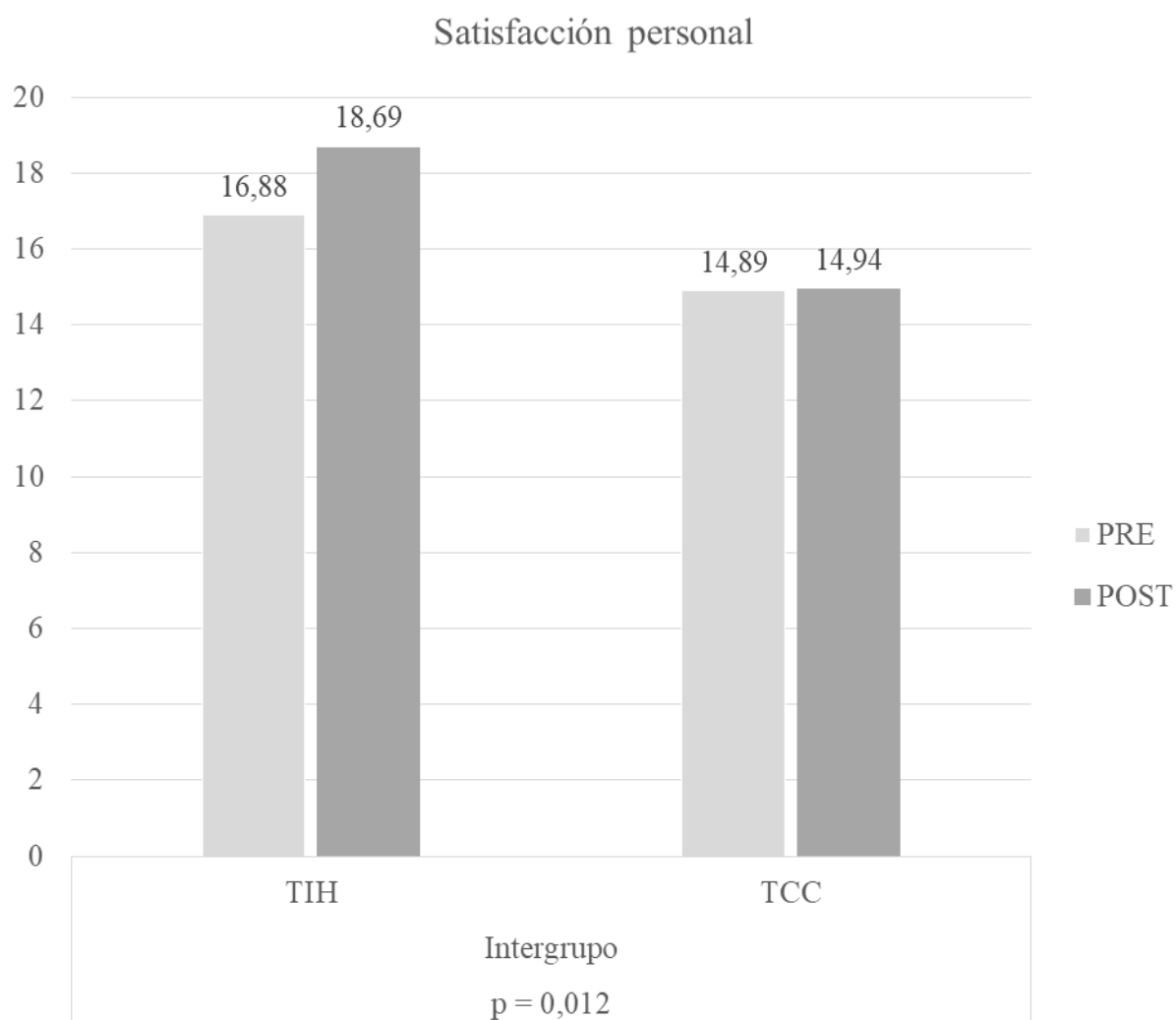


Figura 6. Comparación inter-grupo TIH y TCC para la variable satisfacción personal.

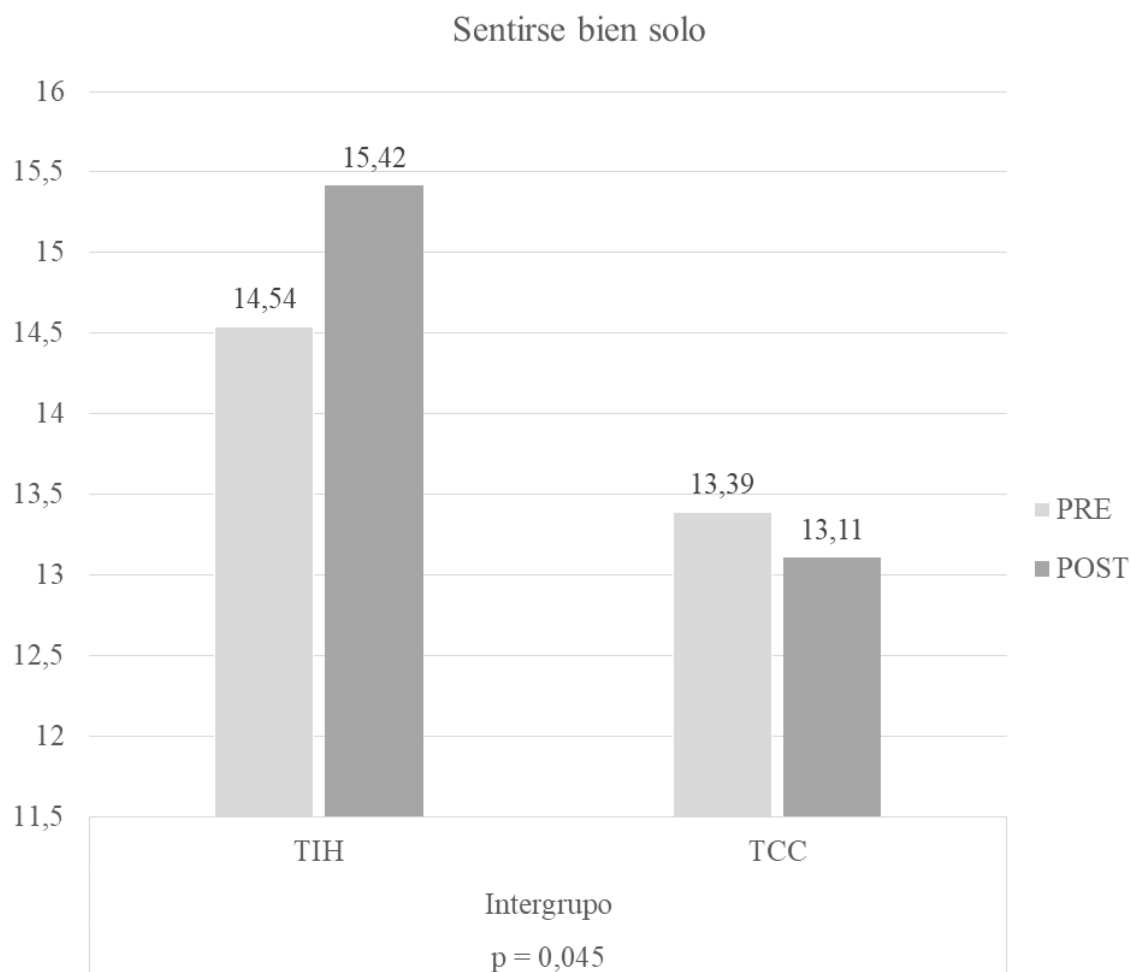


Figura 7. Comparación inter-grupo TIH y TCC para la variable sentirse bien solo.

En las escalas ecuanimidad, confianza en sí mismo y perseverancia no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el análisis inter-grupo para ninguno de los dos grupos; no obstante, el grupo que recibe el tratamiento humanista tiende a incrementar las puntuaciones en las tres subescalas, mientras que en el grupo TCC o bien las puntuaciones tienden a mantenerse o a disminuir.

Para las puntuaciones intra-grupo, se observan diferencias estadísticamente significativas en la variable ecuanimidad. La figura 8 muestra una disminución significativa de la capacidad de ecuanimidad en el grupo TCC, mientras que el grupo TIH se mantiene.

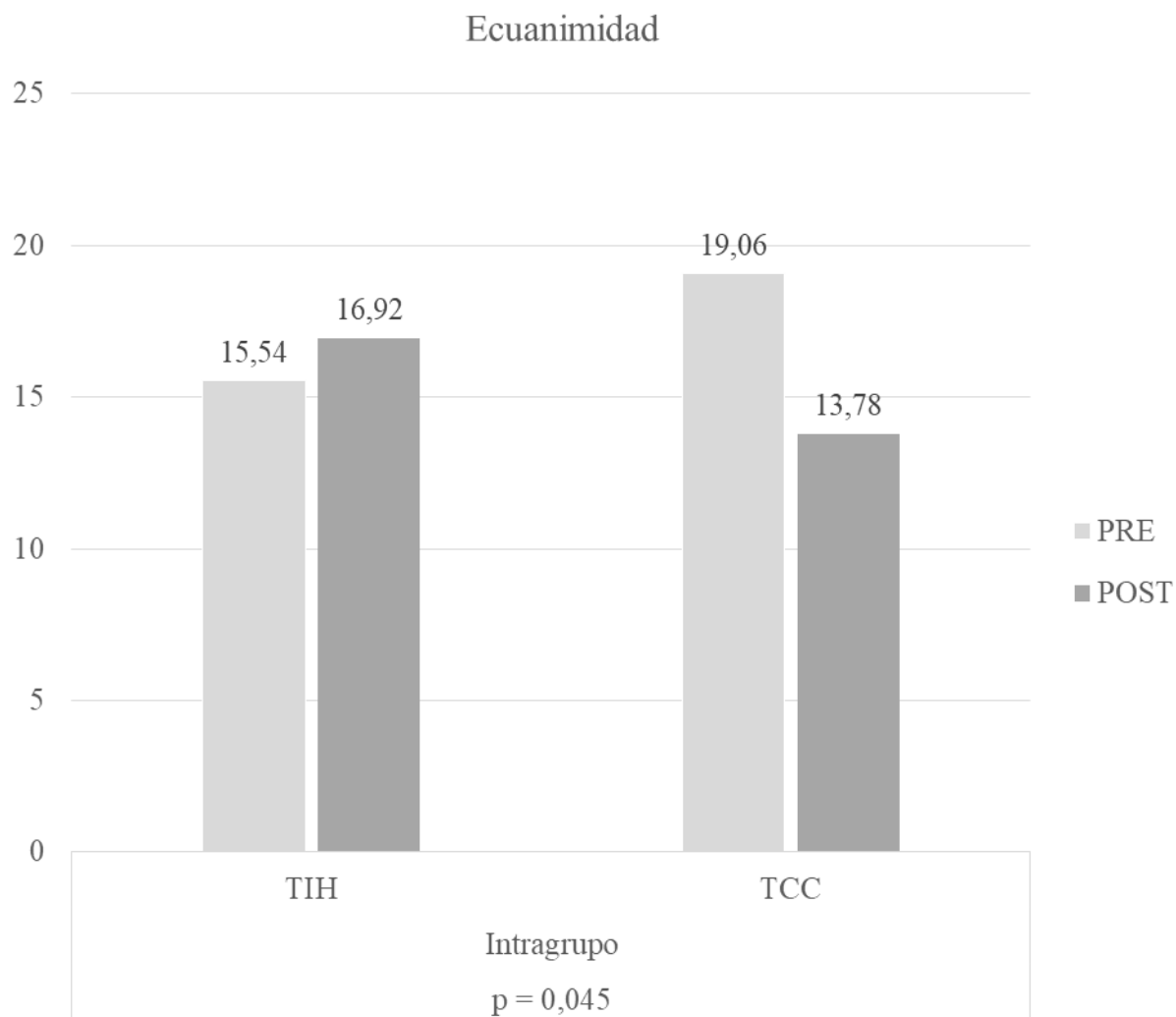


Figura 8. Comparación inter-grupo TIH y TCC para la variable ecuanimidad.

7.5.4. Puntuaciones inter-grupo en *Mindfulness*

La tabla 21 muestra las puntuaciones para la evaluación del *mindfulness*. En las subescalas observar, actuar y no juzgar no se encuentran diferencias significativas en ninguno de los dos grupos. Aunque las tendencias son a mantenerse o a aumentar las puntuaciones.

Tabla 21.
Comparación inter-grupo TIH y TCC: *mindfulness*

| | TIH | | TCC | | gl | F | p | η ² | P |
|---------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----|--------|--------------|----------------|-------|
| | MEDIA (DT) | MEDIA (DT) | MEDIA (DT) | MEDIA (DT) | | | | | |
| | PRE (n=71) | POST (n=43) | PRE (n=50) | POST (n=35) | | | | | |
| <i>MINDFULNESS</i> | | | | | | | | | |
| OBSERVAR | | | | | | | | | |
| Inter-grupo | 20,90 (6,804) | 23,55 (8,111) | 21,05 (5,500) | 20,19 (6,645) | 1 | 0,059 | 0,809 | 0,001 | 0,057 |
| Intra-grupo | | | | | | | | | |
| DESCRIBIR | | | | | | | | | |
| Inter-grupo | 23,65 (5,320) | 26,00 (5,994) | 19,29 (4,406) | 20,24 (5,375) | 1 | 14,446 | 0,000 | 0,228 | 0,961 |
| Intra-grupo | | | | | | | | | |
| ACTUAR | | | | | | | | | |
| Inter-grupo | 27,06 (7,071) | 27,81 (7,405) | 26,67 (5,471) | 28,48 (8,931) | 1 | 0,064 | 0,801 | 0,001 | 0,057 |
| Intra-grupo | | | | | | | | | |

| NO JUZGAR | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---|-------|--------------|-------|-------|
| Inter-grupo | 25,87 (6,081) | 26,48 (7,615) | 24,57 (7,173) | 28,57 (8,500) | 1 | 0,033 | 0,857 | 0,001 | 0,054 |
| Intra-grupo | | | | | | | | | |
| NO REACTIVIDAD | | | | | | | | | |
| Inter-grupo | 19,77 (3,703) | 19,61 (5,181) | 17,76 (4,335) | 15,62 (7,018) | 1 | 6,116 | 0,017 | 0,111 | 0,679 |
| Intra-grupo | | | | | | | | | |

No obstante, se encuentra un incremento significativo de la capacidad de describir en el grupo que recibe la TIH respecto al grupo control ($p=0,000$), tal y como se puede observar en la figura 9.

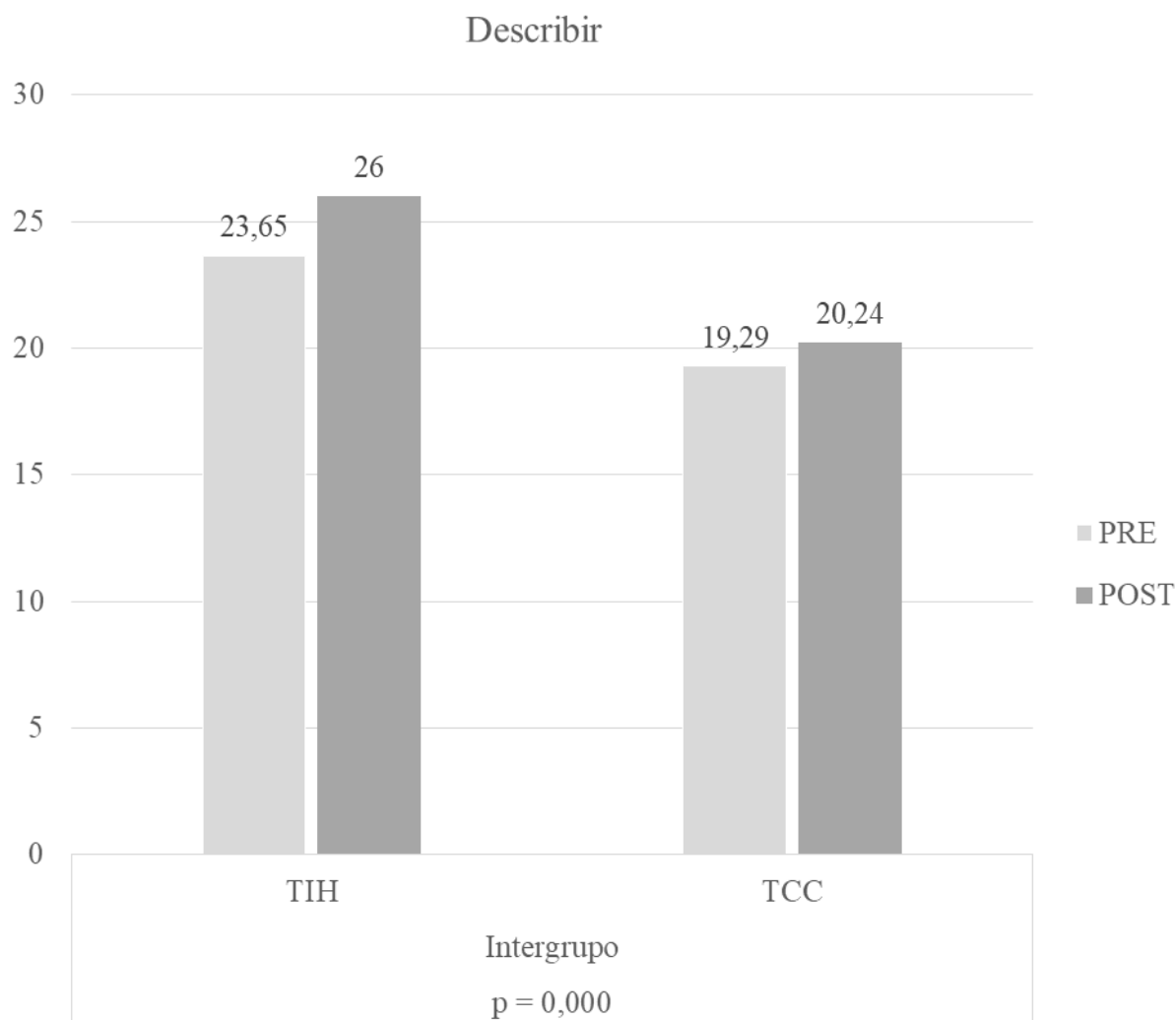


Figura 9. Comparación inter-grupo TIH y TCC para la variable describir.

El grupo que recibe la TCC, tal y como se observa en la figura 10, disminuye de forma significativa en la capacidad de no reactividad, en cambio las puntuaciones post tratamiento del grupo experimental tienden a mantenerse ($p=0,017$).

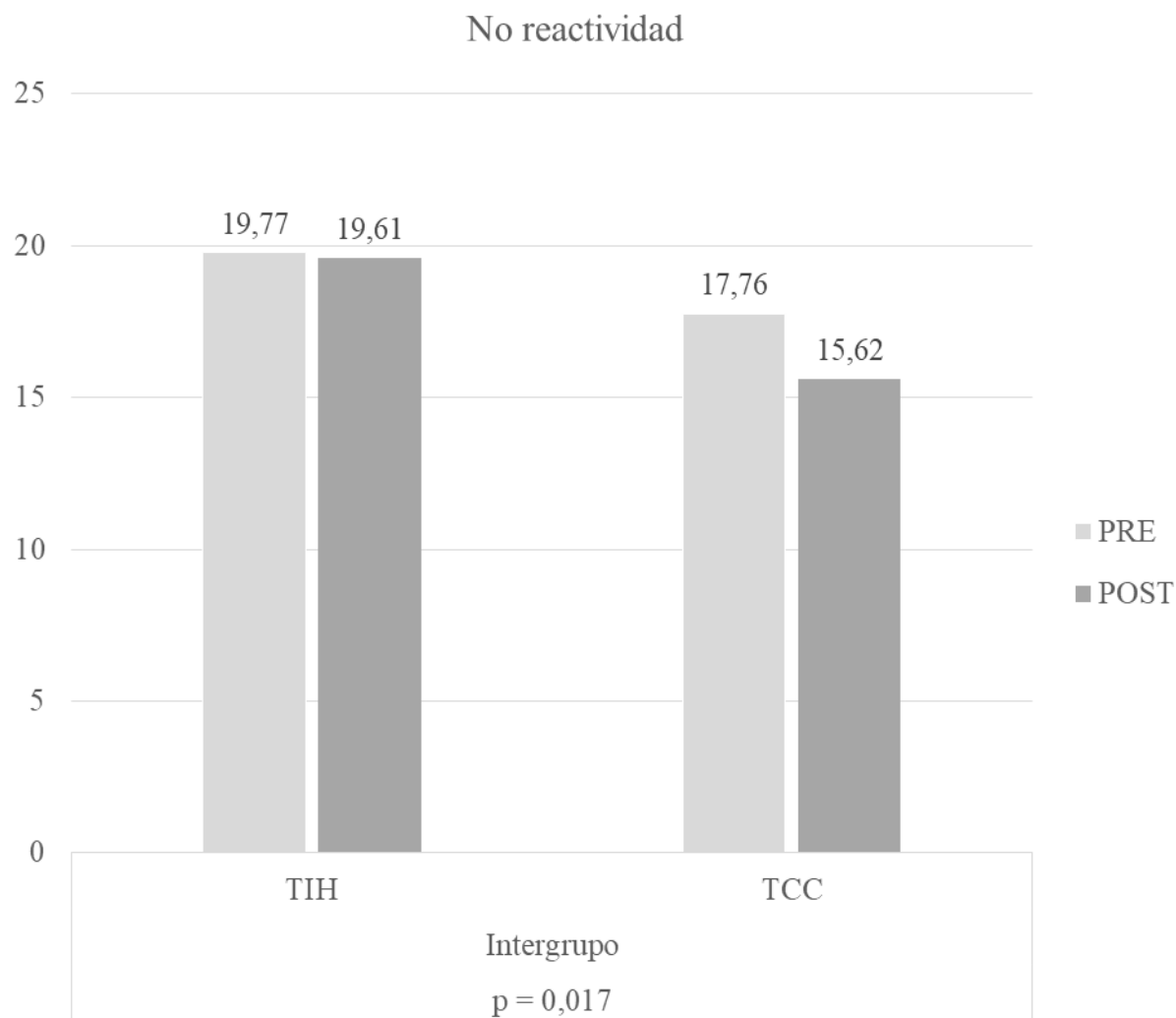


Figura 10. Comparación inter-grupo TIH y TCC para la variable no reactividad.

7.5.5. Puntuaciones inter-grupo en la Personalidad

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los rasgos de personalidad evaluados, en el análisis inter-grupo, para ninguno de los dos grupos tal y como se puede observar en la tabla 22.

Aunque no llegue a la significación estadística, las tendencias son las siguientes: los rasgos evitativo, dependiente, antisocial, agresivo, negativista, autodestructivo, esquizotípico, límite y paranoide disminuyen en ambos grupos. Se observa una disminución superior en los rasgos esquizoide y depresivo para el grupo TCC, aunque no de forma

significativa. Finalmente, los rasgos histriónico y compulsivo tienden a aumentar en la TIH y a disminuir en la TCC.

| DEPENDIENTE | | | | | | | | | |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---|-------|--------------|-------|-------|
| Inter-grupo | 62,86 (18,289) | 52,97 (22,298) | 66,86 (21,527) | 61,76 (14,460) | 1 | 2,747 | 0,103 | 0,049 | 0,37 |
| Intra-grupo | | | | | | | | | |
| HISTRIONICO | | | | | | | | | |
| Inter-grupo | 36,11 (21,335) | 42,43 (19,102) | 30,90 (22,181) | 30,57 (22,322) | 1 | 2,834 | 0,098 | 0,051 | 0,38 |
| Intra-grupo | | | | | | | | | |
| NARCISISTA | | | | | | | | | |
| Inter-grupo | 40,54 (21,173) | 50,14 (17,200) | 45,71 (15,460) | 41,62 (14,151) | 1 | 1,116 | 0,296 | 0,021 | 0,179 |
| Intra-grupo | | | | | 1 | 5,948 | 0,018 | 0,101 | 0,668 |
| ANTI SOCIAL | | | | | | | | | |
| Inter-grupo | 45,31 (20,537) | 44,51 (22,268) | 45,86 (20,807) | 42,67 (18,307) | 1 | 0,017 | 0,897 | 0,000 | 0,052 |
| Intra-grupo | | | | | | | | | |
| AGRESIVIDAD | | | | | | | | | |
| Inter-grupo | 44,54 (20,812) | 41,40 (22,032) | 50,95 (13,373) | 49,52 (19,328) | 1 | 2,722 | 0,105 | 0,049 | 0,367 |
| Intra-grupo | | | | | | | | | |

COMPULSIVO

Inter-grupo 58,20 (18,727) 59,46 (13,812) 57,81 (14,861) 56,43 (19,234) 1 0,702 0,406 0,013 0,13

Intra-grupo

NEGATIVISTA

Inter-grupo 52,46 (17,341) 49,34 (19,128) 58,90 (12,429) 51,38 (20,726) 1 0,711 0,403 0,013 0,131

Intra-grupo

AUTODESTRUCTIVO

Inter-grupo 51,26 (19,429) 47,69 (18,844) 52,90 (8,074) 51,90 (13,630) 1 0,597 0,443 0,011 0,118

Intra-grupo

ESQUIZOTIPICO

Inter-grupo 49,23 (22,257) 46,37 (25,844) 54,71 (18,805) 52,90 (21,232) 1 1,041 0,312 0,019 0,171

Intra-grupo

LÍMITE

| | | | | | | | | | |
|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---|-------|-------|-------|-------|
| Inter-grupo | 53,67 (17,707) | 47,97 (22,113) | 57,52 (14,942) | 52,52 (17,747) | 1 | 2,205 | 0,143 | 0,038 | 0,308 |
|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---|-------|-------|-------|-------|

Intra-grupo

PARANOIDE

| | | | | | | | | | |
|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---|-------|-------|-------|-------|
| Inter-grupo | 52,86 (22,809) | 50,26 (23,035) | 61,48 (19,806) | 56,24 (22,645) | 1 | 1,052 | 0,310 | 0,019 | 0,172 |
|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---|-------|-------|-------|-------|

Intra-grupo

Sin embargo, para las puntuaciones intra-grupo, únicamente se encuentra un incremento estadísticamente significativo en el rasgo de personalidad narcisista, como muestra la figura 11, para el grupo TIH ($p=0,018$) respecto al TCC, que disminuye.

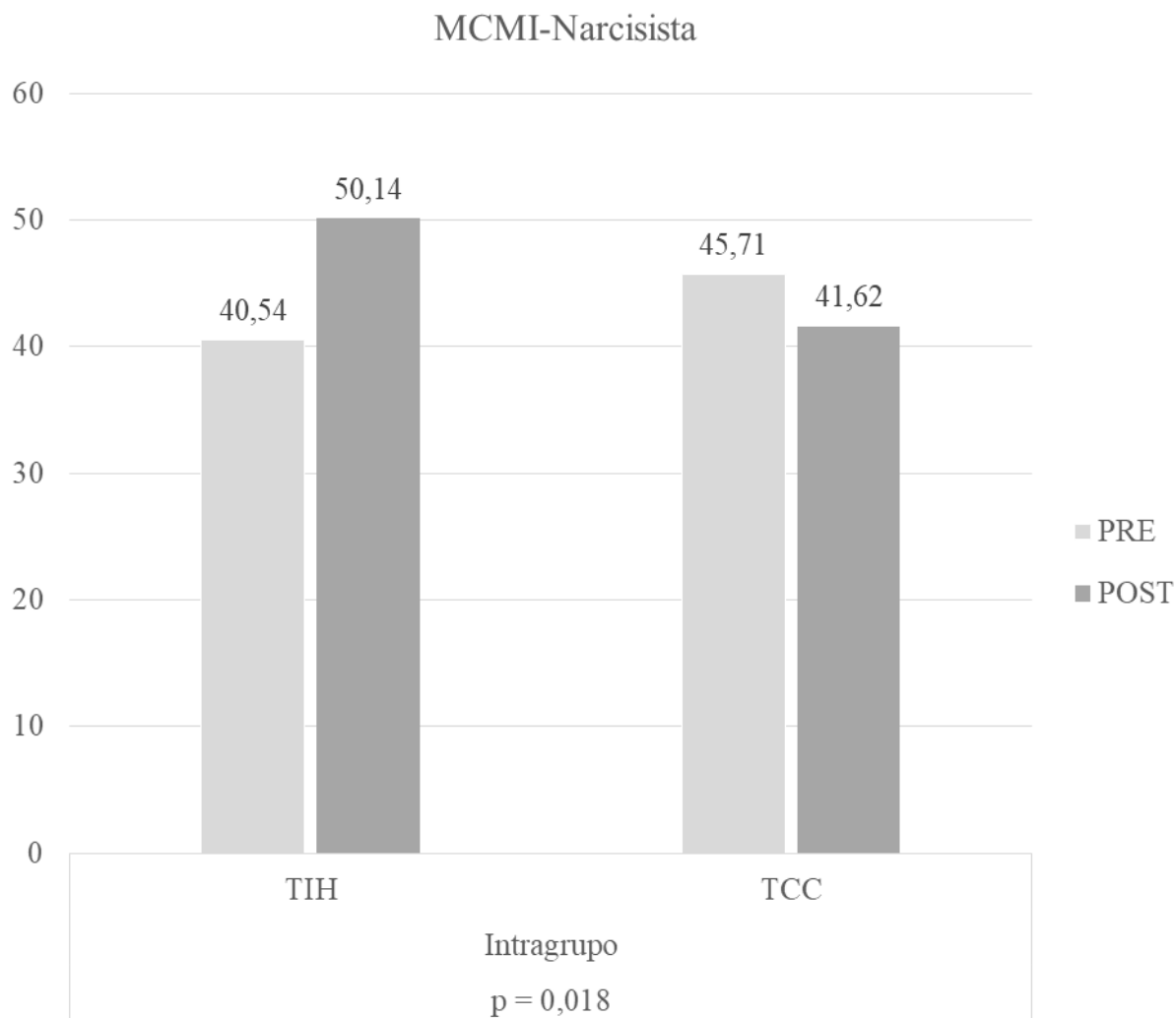


Figura 11. Comparación intra-grupo TIH y TCC para el rasgo narcisista.

7.5.7. Puntuaciones inter-grupo en el estudio de los Trastornos y Rasgos de personalidad

En el análisis **inter-grupo** se encuentran cambios estadísticamente significativos tanto en la suma de la cantidad de rasgos, la suma de la cantidad de trastornos así como la suma total de rasgos y trastornos.

Tal y como muestra la tabla 23, la disminución de la cantidad de rasgos y la suma de la cantidad de rasgos y trastornos es superior en el grupo TIH que en la TCC. Sin embargo, la disminución de la cantidad de trastornos es superior en el grupo TCC. La figura 12 recoge de forma gráfica estos resultados.

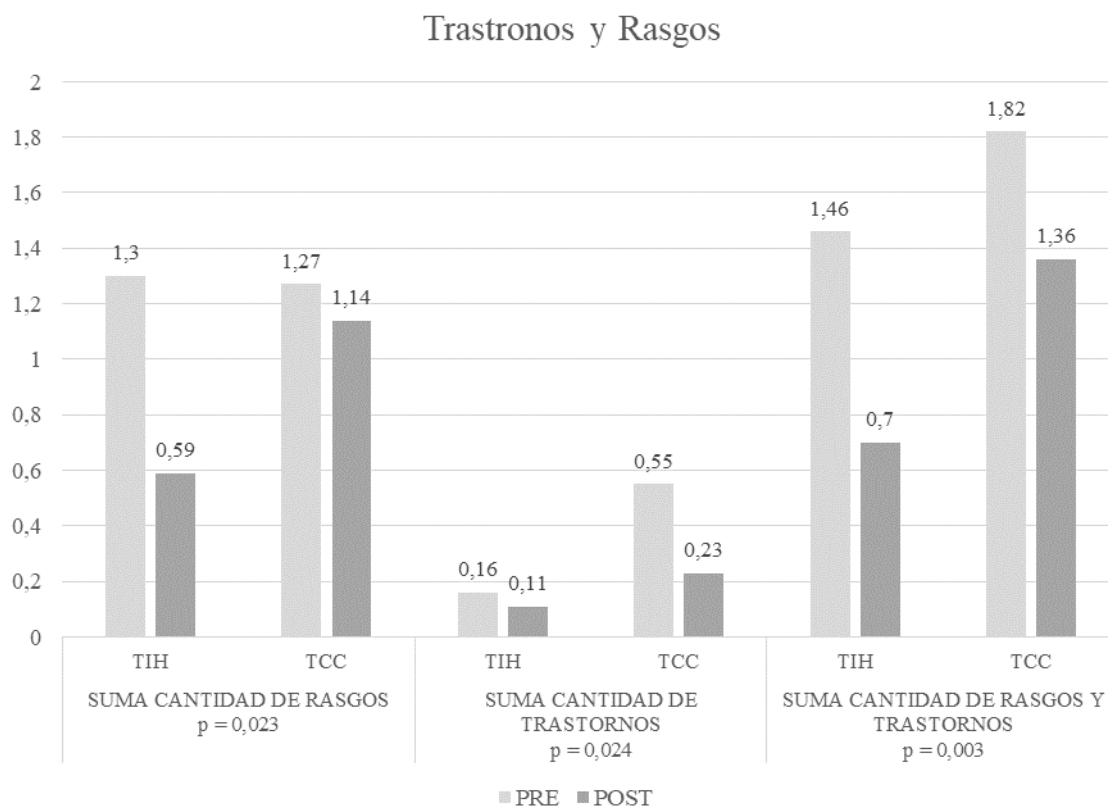


Figura 12. Comparación inter-grupo TIH y TCC para los trastornos y rasgos.

Además, en el estudio intra-grupo la suma de cantidad de rasgos también es estadísticamente significativa tal y como se puede observar en la figura 13.

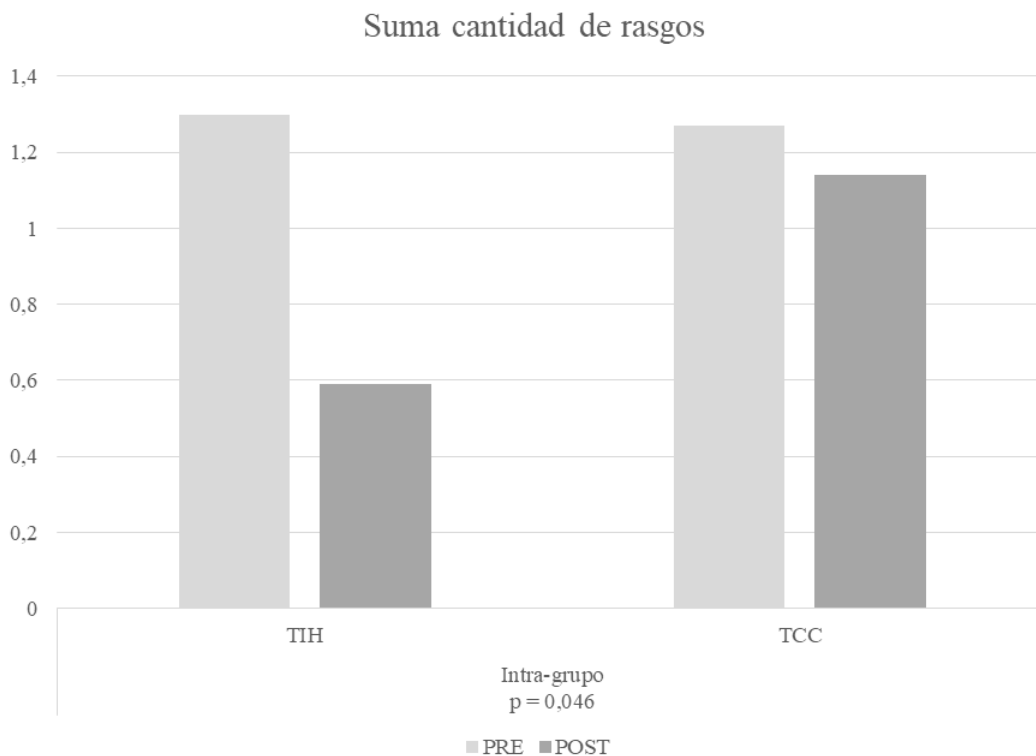


Figura 13. Comparación intra-grupo TIH y TCC para la suma de cantidad de rasgos.

7.6. Comparación de las puntuaciones dentro del grupo

El objetivo de este apartado es poder determinar la eficacia de cada uno de los tratamientos TIH y TCC de las puntuaciones obtenidas al final la intervención respecto a la evaluación basal.

7.6.1. Puntuaciones dentro del grupo de las Variables clínicas de la muestra

En la tabla 24 se puede observar la evaluación post tratamiento de todas las variables clínicas evaluadas. En todas las puntuaciones de la TIH se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al final del tratamiento comparado con la evaluación basal. Así mismo, el nivel de significación es superior en todas las variables respecto a los encontrados en el grupo TCC.

En el grupo control (TCC) las puntuaciones disminuyen de forma estadísticamente significativa en todas las variables a excepción de dos: desesperanza y autoestima, éstas aumentan tras la finalización de la intervención terapéutica pero sin llegar a ser estadísticamente significativas.

Tabla 24.
Comparación dentro del grupo TIH y TCC: variables clínicas

| | TIH | | TCC | |
|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | PRE (n=71) | POST (n=43) | PRE (n=50) | POST (n=35) |
| BDI-II | | | | |
| MEDIA (DT) | 32,18 (17,283) | 21,65 (15,413) | 32,00 (14,429) | 24,43 (15,406) |
| t-student | | 5,531 | | 2,672 |
| gl | | 36 | | 20 |
| p | | 0,000 | | 0,015 |
| STAI-R | | | | |
| MEDIA (DT) | 83,65 (21,440) | 75,86 (25,308) | 91,24 (9,949) | 79,38 (24,695) |
| t-student | | 2,803 | | -0,621 |
| gl | | 22 | | 12 |
| p | | 0,01 | | 0,546 |
| DESESPERANZA | | | | |
| MEDIA (DT) | 10,96 (6,414) | 8,00 (6,375) | 10,69 (4,029) | 11,23 (4,285) |
| t-student | | 2,803 | | -0,621 |
| gl | | 22 | | 12 |
| p | | 0,010 | | 0,546 |
| AUTOESTIMA | | | | |
| MEDIA (DT) | 26,39 (5,939) | 28,47 (5,930) | 25,27 (4,410) | 30,82 (16,460) |
| t-student | | -2,12 | | -1,685 |
| gl | | 35 | | 21 |
| p | | 0,041 | | 0,107 |
| CALIDAD VIDA SUBJETIVA | | | | |
| MEDIA (DT) | 3,28 (1,485) | 4,64 (1,437) | 2,71 (1,419) | 3,76 (1,729) |
| t-student | | -5,326 | | -3,069 |
| gl | | 35 | | 20 |
| p | | 0,000 | | 0,006 |

7.6.2. Puntuaciones dentro del grupo en Inteligencia Emocional

En el grupo control, y en referencia a la atención, se observa una disminución estadísticamente significativa ($p=0,005$) al finalizar el tratamiento, mientras que en el grupo TIH la capacidad de atención se mantiene, como se puede ver en la tabla 25.

En referencia a la variable claridad, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos grupos, aunque las tendencias nos muestran un cierto aumento en el grupo que ha recibido la TIH. El grupo control tiende a mantenerse una vez finalizado el grupo.

Tabla 25.

Comparación dentro del grupo TIH y TCC: inteligencia emocional

| | TIH | | TCC | |
|-------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | PRE (n=71) | POST (n=43) | PRE (n=50) | POST (n=35) |
| INTELIGENCIA EMOCIONAL | | | | |
| ATENCIÓN | | | | |
| MEDIA (DT) | 25,35 (7,281) | 24,68 (8,750) | 27,00 (7,409) | 22,48 (7,222) |
| t-student | | 0,478 | | 3,13 |
| gl | | 36 | | 20 |
| p | | 0,635 | | 0,005 |
| CLARIDAD | | | | |
| MEDIA (DT) | 24,54 (7,093) | 26,11 (8,521) | 19,29 (5,858) | 19,43 (7,096) |
| t-student | | -1,327 | | -0,084 |
| gl | | 36 | | 20 |
| p | | 0,193 | | 0,934 |
| REPARACIÓN | | | | |
| MEDIA (DT) | 20,81 (7,542) | 23,65 (8,509) | 17,79 (4,302) | 19,26 (6,846) |
| t-student | | -2,67 | | -1,313 |
| gl | | 36 | | 18 |
| p | | 0,011 | | 0,206 |

Finalmente, la capacidad de reparación aumenta en el grupo experimental de forma estadísticamente significativa tras la intervención. En cambio no se observan diferencias significativas en la TCC.

7.6.3. Puntuaciones dentro del grupo en Resiliencia

El grupo que ha recibido la TIH aumenta de forma estadísticamente significativa en las variables resiliencia total, satisfacción personal y perseverancia. En las variables ecuanimidad, sentirse bien solo y confianza en sí mismo únicamente se observa una ligera tendencia al aumento de las puntuaciones, aunque no son estadísticamente significativas.

En el grupo control no se encuentra ningún cambio estadísticamente significativo, como se puede ver en la tabla 26, aunque las puntuaciones tienden a mantenerse o a disminuir una vez finalizada la intervención terapéutica.

Tabla 26.
Comparación dentro del grupo TIH y TCC: resiliencia

| | TIH | | TCC | |
|------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|
| | PRE (n=71) | POST (n=43) | PRE (n=50) | POST (n=35) |
| RESILIENCIA | | | | |
| RESILIENCIA TOTAL | | | | |
| MEDIA (DT) | 108,37 (22,339) | 116,96 (20,087) | 106,06 (25,204) | 95,78 (28,733) |
| t-student | | -2,543 | | 1,068 |
| gl | | 26 | | 17 |
| p | | 0,017 | | 0,300 |
| SATISFACCIÓN PERSONAL | | | | |
| MEDIA (DT) | 17,30 (4,746) | 19,00 (4,699) | 14,89 (3,833) | 14,94 (5,207) |
| t-student | | -2,247 | | -0,034 |
| gl | | 26 | | 17 |
| p | | 0,033 | | 0,973 |
| ECUANIMIDAD | | | | |
| MEDIA (DT) | 15,85 (4,130) | 16,96 (3,976) | 19,06 (14,941) | 13,78 (4,977) |

| | | | | |
|------------------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| t-student | | -1,343 | | 1,479 |
| gl | | 26 | | 17 |
| p | | 0,191 | | 0,157 |
| SENTIRSE BIEN SOLO | | | | |
| MEDIA (DT) | 14,70 (3,099) | 15,52 (3,179) | 13,39 (2,524) | 13,11 (3,197) |
| t-student | | -1,21 | | 0,268 |
| gl | | 26 | | 17 |
| p | | 0,237 | | 0,792 |
| CONFIANZA EN SÍ MISMO | | | | |
| MEDIA (DT) | 30,30 (7,975) | 31,89 (7,812) | 28,50 (6,715) | 26,72 (11,177) |
| t-student | | -1,147 | | 0,583 |
| gl | | 26 | | 17 |
| p | | 0,262 | | 0,568 |
| PERSEVERANCIA | | | | |
| MEDIA (DT) | 30,22 (6,512) | 33,56 (5,673) | 30,17 (6,401) | 27,50 (9,432) |
| t-student | | -3,044 | | 0,877 |
| gl | | 26 | | 17 |
| p | | 0,005 | | 0,392 |

7.6.4. Puntuaciones dentro del grupo en *Mindfulness*

Las puntuaciones obtenidas en el post tratamiento para el grupo experimental, muestran una mejoría estadísticamente significativa en las variables observar y describir. Las variables actuar y no juzgar tienden a mejorar, aunque de forma no estadísticamente significativa. Finalmente, la variable no reactividad se mantiene una vez finalizada la intervención (ver tabla 27).

Tabla 27.

Comparación dentro del grupo TIH y TCC: *mindfulness*.

| | TIH | | TCC | |
|-----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | PRE (n=71) | POST (n=43) | PRE (n=50) | POST (n=35) |
| MINDFULNESS | | | | |
| OBSERVAR | | | | |
| MEDIA (DT) | 21,06 (6,753) | 23,53 (7,980) | 21,05 (5,500) | 20,19 (6,645) |
| t-student | -2,075 | | 0,664 | |
| gl | 31 | | 20 | |
| p | 0,046 | | 0,514 | |
| DESCRIBIR | | | | |
| MEDIA (DT) | 24,06 (5,741) | 26,03 (5,900) | 19,29 (4,406) | 20,24 (5,375) |
| t-student | -2,146 | | -0,870 | |
| gl | 31 | | 20 | |
| p | 0,040 | | 0,394 | |
| ACTUAR | | | | |
| MEDIA (DT) | 27,44 (7,269) | 28,00 (7,366) | 26,67 (5,471) | 28,48 (8,931) |
| t-student | -0,420 | | -1,179 | |
| gl | 31 | | 20 | |
| p | 0,677 | | 0,252 | |
| NO JUZGAR | | | | |
| MEDIA (DT) | 25,66 (6,105) | 26,53 (7,496) | 24,57 (7,713) | 28,57 (8,500) |
| t-student | -0,701 | | -2,643 | |
| gl | 31 | | 20 | |
| p | 0,488 | | 0,016 | |
| NO REACTIVIDAD | | | | |
| MEDIA (DT) | 19,94 (3,758) | 19,91 (5,360) | 17,76 (4,335) | 15,62 (7,018) |
| t-student | 0,037 | | 1,509 | |
| gl | 31 | | 20 | |
| p | 0,970 | | 0,147 | |

En el grupo control, la única variable en la que se observa un aumento significativo es en la capacidad de no juzgar. Las variables observar y no reactividad tienden a disminuir y las variables describir y actuar parecen mejorar, aunque ninguna de ellas de forma significativa.

7.6.5. Puntuaciones dentro del grupo de la Personalidad

Tras la intervención, tal y como se puede observar en la tabla 28, en la TIH se encuentra una disminución significativa en las escalas dependiente, autodestructivo y límite. Además se observa un aumento estadísticamente significativo en la escala narcisista. Es importante también resaltar que el rasgo evitativo se encuentra muy cercano a la disminución estadísticamente significativa ($p=0,053$).

En el grupo control, no se observa ninguna disminución estadísticamente significativa, no obstante, en los rasgos esquizoide ($p=0,054$) y paranoide ($p=0,055$) casi se puede considerar que llegan a la significación.

Tabla 28.

Comparación dentro del grupo TIH y TCC: personalidad.

| | TIH | | TCC | |
|-------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | PRE (n=71) | POST (n=43) | PRE (n=50) | POST (n=35) |
| ESQUIZOIDE | | | | |
| MEDIA (DT) | 59,65 (18,975) | 56,51 (15,911) | 66,10 (14,338) | 60,81 (11,053) |
| t-student | 1,375 | | 2,048 | |
| gl | 36 | | 20 | |
| p | 0,178 | | 0,054 | |
| EVITATIVO | | | | |
| MEDIA (DT) | 58,68 (21,819) | 53,22 (24,450) | 63,05 (13,433) | 62,19 (16,488) |
| t-student | 1,997 | | 0,22 | |
| gl | 36 | | 20 | |
| p | 0,053 | | 0,828 | |
| DEPRESIVO | | | | |
| MEDIA (DT) | 61,16 (23,865) | 56,84 (24,551) | 67,95 (11,817) | 67,05 (18,109) |
| t-student | 1,461 | | 0,267 | |

| | | |
|----|-------|-------|
| gl | 36 | 20 |
| p | 0,153 | 0,792 |

DEPENDIENTE

| | | | | |
|------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| MEDIA (DT) | 61,86 (18,274) | 53,38 (22,629) | 66,86 (21,527) | 61,76 (14,460) |
| t-student | 3,024 | | 1,287 | |
| gl | 36 | | 20 | |
| p | 0,005 | | 0,213 | |

HISTRIÓNICO

| | | | | |
|------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| MEDIA (DT) | 36,97 (22,697) | 42,70 (19,776) | 30,90 (22,181) | 30,57 (22,322) |
| t-student | -1,891 | | 0,106 | |
| gl | 36 | | 20 | |
| p | 0,067 | | 0,917 | |

NARCICISTA

| | | | | |
|------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| MEDIA (DT) | 40,35 (21,419) | 49,95 (17,420) | 45,71 (15,460) | 41,62 (14,151) |
| t-student | -3,046 | | 1,042 | |
| gl | 36 | | 20 | |
| p | 0,004 | | 0,310 | |

ANTISOCIAL

| | | | | |
|------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| MEDIA (DT) | 45,86 (20,122) | 44,92 (21,790) | 45,86 (20,807) | 42,67 (18,307) |
| t-student | 0,309 | | 0,564 | |
| gl | 36 | | 20 | |
| p | 0,759 | | 0,579 | |

AGRESIVIDAD

| | | | | |
|------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| MEDIA (DT) | 45,08 (20,477) | 41,30 (21,455) | 50,95 (13,373) | 49,52 (19,328) |
| t-student | 1,107 | | 0,431 | |
| gl | 36 | | 20 | |
| p | 0,276 | | 0,671 | |

COMPULSIVO

| | | | | |
|------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| MEDIA (DT) | 56,59 (19,491) | 58,49 (14,218) | 57,81 (14,861) | 56,43 (19,234) |
| t-student | -0,877 | | 0,354 | |
| gl | 36 | | 20 | |

| | | | | |
|------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| p | | 0,386 | | 0,272 |
| NEGATIVISTA | | | | |
| MEDIA (DT) | 52,86 (16,982) | 49,76 (18,820) | 58,90 (12,429) | 51,38 (20,726) |
| t-student | | 1,082 | | 1,812 |
| gl | | 36 | | 20 |
| p | | 0,286 | | 0,085 |
| AUTODESTRUCTIVO | | | | |
| MEDIA (DT) | 51,22 (19,328) | 47,35 (18,826) | 52,90 (13,630) | 51,90 (13,630) |
| t-student | | 2,409 | | 0,360 |
| gl | | 36 | | 20 |
| p | | 0,021 | | 0,722 |
| ESQUIZOTÍPICO | | | | |
| MEDIA (DT) | 48,86 (22,216) | 45,46 (26,346) | 54,71 (18,805) | 52,90 (21,232) |
| t-student | | 1,234 | | 0,520 |
| gl | | 36 | | 20 |
| p | | 0,225 | | 0,609 |
| LÍMITE | | | | |
| MEDIA (DT) | 54,13 (17,338) | 48,79 (21,808) | 57,52 (14,942) | 52,52 (17,747) |
| t-student | | 2,275 | | 1,521 |
| gl | | 37 | | 20 |
| p | | 0,029 | | 0,144 |
| PARANOIDE | | | | |
| MEDIA (DT) | 52,16 (22,853) | 49,84 (23,074) | 61,48 (19,806) | 56,24 (22,645) |
| t-student | | 0,824 | | 2,035 |
| gl | | 36 | | 20 |
| p | | 0,415 | | 0,055 |

7.6.6. Puntuaciones dentro del grupo en el estudio de los trastornos y rasgos de personalidad

También se ha realizado una comparación de la suma de rasgos en la evaluación basal respecto la suma en la evaluación post tratamiento en los dos grupos por separado. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el grupo TIH ($p=0,000$), pero no en la TCC (ver tabla 29).

A la hora de evaluar la disminución de la suma de trastornos a la evaluación post tratamiento, el grupo que ha recibido la TCC obtiene puntuaciones estadísticamente significativas ($p=0,050$) mientras que el grupo experimental no las obtiene.

Tabla 29.

Comparación dentro del grupo TIH y TCC: trastornos y rasgos

| | TIH | | TCC | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | PRE (n=71) | POST (n=43) | PRE (n=50) | POST (n=35) |
| SUMA CANTIDAD DE RASGOS | | | | |
| MEDIA (DT) | 1,30 (0,845) | 0,59 (0,686) | 1,27 (1,032) | 1,14 (0,990) |
| t-student | 3,883 | | 0,591 | |
| gl | 38 | | 21 | |
| p | 0,000 | | 0,561 | |
| SUMA CANTIDAD DE TRASTORNOS | | | | |
| MEDIA (DT) | 0,16 (0,374) | 0,11 (0,315) | 0,55 (0,671) | 0,23 (0,528) |
| t-student | 1,78 | | 2,084 | |
| gl | 38 | | 21 | |
| p | 0,083 | | 0,050 | |
| SUMA CANTIDAD DE RASGOS Y TRASTORNOS | | | | |
| MEDIA (DT) | 1,46 (0,836) | 0,70 (0,702) | 1,82 (1,402) | 1,36 (1,409) |
| t-student | 4,423 | | 1,936 | |
| gl | 38 | | 21 | |
| p | 0,000 | | 0,066 | |

No obstante, cuando se evalúa la disminución total de la suma de rasgos y trastornos entre la evaluación basal y post tratamiento, el porcentaje de disminución final es estadísticamente significativo en el grupo que ha recibido el tratamiento experimental ($p=0,000$), mientras que no lo es la TCC. A continuación, en la figura 14 se pueden apreciar los cambios en la cantidad de rasgos y trastornos.

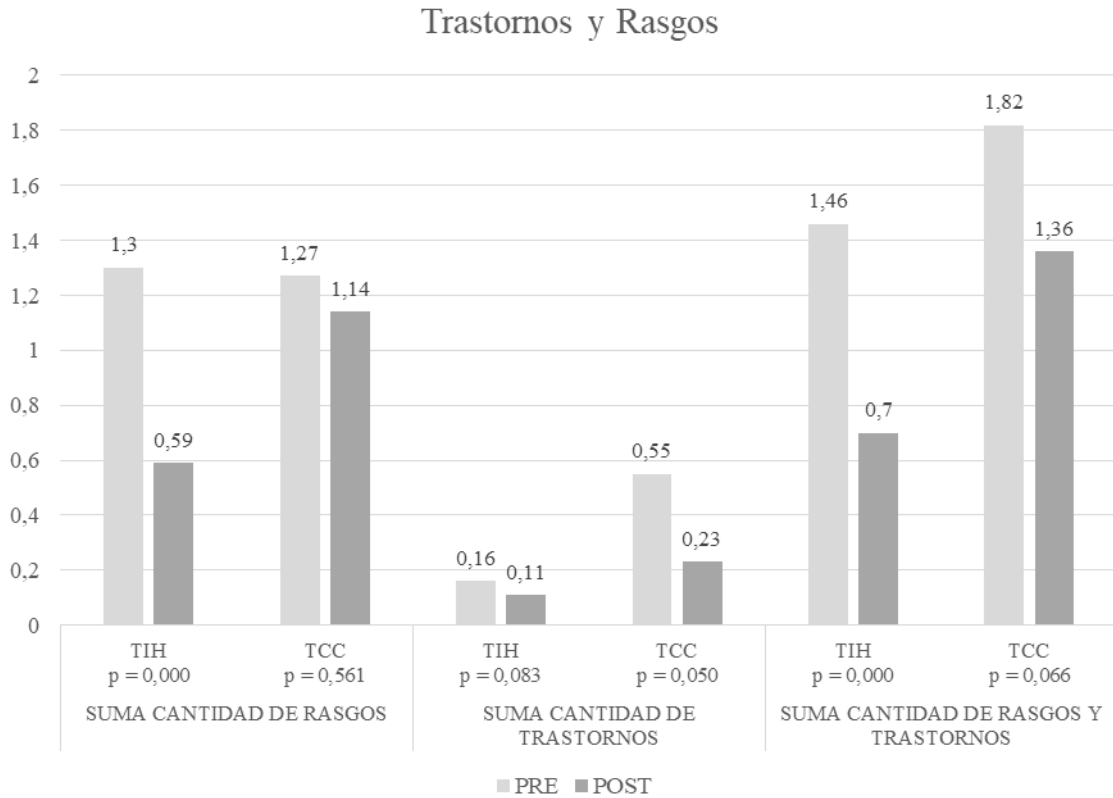


Figura 14. Comparación dentro del grupo TIH y TCC para los trastornos y rasgos.

Resumen de los resultados principales

A continuación se presenta un resumen de los principales resultados encontrados en el presente estudio:

Evaluación basal

Se observa homogeneidad en:

- Todas las variables clínicas de la muestra.
- En las escalas atención y reparación de la variable IE pero no en la claridad, siendo menor en la TCC.
- En todas las escalas de resiliencia.
- En todas las escalas de *mindfulness* a excepción de la escala describir, que es inferior en la TCC.
- En todos los rasgos de personalidad a excepción del depresivo y paranoide, encontrando puntuaciones superiores en la TCC.
- En la suma de la cantidad de rasgos y la suma del conjunto de rasgos y trastornos pero no en la suma de la cantidad de trastornos que es superior en la TCC.

Es decir, todas las variables son homogéneas y en las que se observa heterogeneidad, el grupo TCC tiene puntuaciones peores.

Evaluación post tratamiento

Muestra total: el tratamiento psicoterapéutico es eficaz en:

- Todas las variables clínicas de la muestra.
- Todas las variables de inteligencia emocional, a excepción de la escala claridad.
- No se observa ningún cambio en la escala de resiliencia.
- Únicamente en la escala describir de *mindfulness*.
- La disminución de los rasgos esquizoide, dependiente, negativista y límite.
- La disminución de la cantidad de rasgos y trastornos, así como en la suma de ambos.

Eficacia inter-grupo e intra-grupo de los tratamientos TIH y TCC

La terapia integradora humanista (TIH) es eficaz sobre:

- La desesperanza (análisis intra-grupo), en la calidad de vida subjetiva, las subescalas claridad y reparación de inteligencia emocional, las subescalas satisfacción personal

y sentirse bien solo de la escala de resiliencia y finalmente en la escala describir de *mindfulness*.

- En un incremento a niveles normales del rasgo narcisista (en el análisis intra-grupo).
- En la disminución de la cantidad de rasgos (tanto en el análisis inter-grupo como intra-grupo) así como en la suma de rasgos y trastornos.

La terapia cognitivo conductual (TCC) es eficaz sobre:

- La disminución de la cantidad de trastornos.

Eficacia dentro del grupo de los tratamientos TIH y TCC

La terapia integradora humanista (TIH) es eficaz sobre:

- Todas las variables clínicas, la escala de reparación de IE así como en las escalas de resiliencia total, satisfacción personal y perseverancia. Finalmente, en las escalas de observar y describir de *mindfulness*.
- Los rasgos dependiente, autodestructivo y límite. Y también en el aumento a niveles normales del rasgo narcisista.
- En la disminución de rasgos y en la suma de rasgos y trastornos.

La terapia cognitivo conductual (TCC) es eficaz sobre:

- Algunas de las variables clínicas como depresión y la calidad de vida, la escala de atención de IE y en la escala no juzgar de *mindfulness*.
- La disminución de la cantidad de trastornos.

8. DISCUSIÓN

8.1. Evaluación basal entre grupos

8.2. Puntuaciones del total de la muestra

8.3. Eficacia inter-grupo, intra-grupo y dentro del grupo

8.4. Limitaciones del estudio

8.5. Prospectiva de futuro: líneas de mejora

8. DISCUSIÓN

En el presente apartado se presenta la discusión de los resultados obtenidos, siguiendo una estructura paralela a los resultados presentados en el apartado anterior.

8.1. Evaluación basal entre grupos

8.1.1. Participantes y características basales

El número total de la muestra fue de 150 casos de los cuales todos cumplían los criterios de inclusión, pues habían sido derivados por su psiquiatra o psicólogo de referencia y éstos, conocían la tipología de perfil requerido para poder participar en el estudio clínico.

Tras la asignación aleatoria de los sujetos a los grupos de tratamiento, 29 sujetos no pudieron asistir por incompatibilidad horaria. Del total de la muestra, 32 personas lo abandonaron por diferentes motivos. El índice de abandono comparado con otros estudios previos, teniendo en cuenta la característica de la muestra y la duración del tratamiento se sitúa en un 21,33%, porcentaje menor que el encontrado en otros estudios similares de terapia grupal, que se sitúa alrededor del 40% (Sharp, Power & Swanson, 2004; Lizeretti, 2009). Algunos de los abandonos de participantes de la TIH expresaron su dificultad para poder realizar algunas de las tareas propuestas, al estudiar el perfil de personalidad de las personas que expresaron esta dificultad, se detectó que eran de rasgos obsesivo y esquizoide, ambos rasgos tienen una mayor dificultad para conectar con las emociones y con el trabajo corporal. Al observar éstas dificultades, surgió una nueva línea de estudio: poder evaluar qué tipo de tratamiento es más adecuado según el rasgo de personalidad, con la finalidad de poder realizar derivaciones más eficaces.

En relación al número de participantes que terminaron la intervención terapéutica, el número de protocolos post test rellenos es mucho menor, por lo que la cantidad de datos extraídos, y de los consecuentes resultados, es reducida respecto al volumen inicial. Esto es debido, creemos, al nivel medio de estudios de la muestra y a que el número de tests pasados es elevado, lo que comporta una dificultad elevada para bastantes participantes.

Existe una diferencia significativa en relación a la edad entre ambos grupos, ya que el grupo control tiene una media superior que el grupo experimental. Esta diferencia se ha

tenido en cuenta a la hora de realizar las pruebas estadísticas, por lo que se ha tenido en cuenta la edad como covariable. También se dio un mayor número de hombres en el grupo TIH respecto al TCC de forma significativa al inicio del tratamiento.

El número de sujetos, una vez finalizada la intervención, entre el grupo TIH (n=43) y el grupo TCC (N=35) es debido a que casi un grupo entero de TCC no entregó los post tests.

El perfil de los participantes en el presente estudio es una mujer española de mediana edad que vive acompañada, principalmente por su cónyuge. Su situación laboral es inactiva ya sea por paro, incapacidad o jubilación. El nivel de estudios es primario y tiene una situación económica media y unas relaciones sociales y de ocio escasas.

La mayoría de los sujetos viven acompañados, siendo únicamente un 12% de la muestra que vive solo, siendo un factor de vulnerabilidad. La mitad de la muestra presenta un nivel de estudios primarios y el 30% los refiere a menor de primarios. El nivel socioeconómico de los participantes se encuentra entre precario y medio. La mayoría de ellos tienen poca interacción social y de ocio. La mayor parte del conjunto de la muestra se encuentra bajo prescripción farmacológica principalmente con antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos por la noche. Este perfil es similar al de los estudios de Lizeretti (2009) y Craigie, Saulsman & Lampard (2007), pero diferente al de Greenberg & Watson (2010) ya que la media de edad menor (39,64 años) y un nivel de estudios superior al del presente estudio.

8.1.2. Variables clínicas de la muestra

Al inicio del tratamiento, ambos grupos son homogéneos respecto a las variables clínicas de la muestra, esto significa que no existen diferencias significativas entre ambos grupos antes de iniciar las intervenciones terapéuticas.

Las puntuaciones basales son muy elevadas en ambos grupos, por lo que partían de niveles muy altos. La puntuación media de la depresión es de un nivel considerado grave en ambos grupos, muy superior a la media basal de otros estudios como el de Watson et al., (2003), Greenberg y Watson (1998), Castonguay et al., (2004), Graser et al., (2016) los cuales obtuvieron medias basales 5 puntos inferiores. No obstante, los niveles basales del presente estudio son parecidos al estudio de Van Bronswijk et al., (2018), cuyos sujetos también presentaban TP. En relación a la ansiedad, el percentil mayor es 84, similar al estudio

de Lizeretti (2009). En referencia a los niveles de desesperanza, se pueden considerar altos e indican un riesgo moderado de cometer un acto suicida. En relación a la autoestima, en ambos grupos se clasifica como media, las puntuaciones basales son inferiores al estudio de Watson et al., (2003), que se situaba en un nivel alto ya en la evaluación basal y parecidos al de Graser et al., (2016) y Greenberg & Watson (1998). El nivel de calidad de vida subjetiva es de un nivel promedio en ambos grupos aunque un poco superior en la TIH sin ser significativo.

8.1.3. Puntuaciones en Inteligencia Emocional

Al inicio del tratamiento, existe homogeneidad en ambos grupos en las variables atención y reparación, no obstante, no se encuentra homogeneidad en la variable claridad. Las medias obtenidas son ligeramente inferiores que en las del estudio de Lizeretti (2009).

Los niveles de atención pretratamiento son adecuados, esto significa que ambos grupos tienen la capacidad de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada, resultados contrarios a otros estudios (Hall, Andrzejewski, & Yopchick, 2009; Kohler, Hoffman, Eastman, Healey y Moberg, 2011; Manstead Dosmukhambetova, Shearn, & Clifton, 2013; Weightman, Aire, y Baune, 2014) donde encuentran que las personas con depresión tienen dificultades para poder identificar sus emociones. Aunque diversos autores (Fernández-Berrocal, Ramos&Orozco, 2000; Fernández-Berrocal, Extremera & Ramos-Díaz, 2003; Salovey, et al, 2002; Extremera & Fernández-Berrocal, 2005; Extremera & Fernández-Berrocal, 2006, Lizeretti et al., 2006) afirman que este resultado puede variar en función de los instrumentos utilizados.

Se ha comprobado que los niveles de atención correlacionan significativamente con los distintos TP, de forma parecida a los obtenidos en el estudio de Ruiz, Salazar & Caballo (2012), aunque en la presente investigación las variables histriónico, narcisista, antisocial y autodestructivo no llegan a correlacionar con dicha variable, como sí lo hacían en el estudio citado. Ni en el presente estudio ni en el de Ruiz, Salazar & Caballo (2012), el rasgo obsesivo y compulsivo correlaciona con la atención, no obstante, según Extremera, Ruiz, Fernández-Berrocal & Cabello (2006) el rasgo rumiativo se asocia positivamente con la dimensión atención. De todas formas la puntuación adecuada de la variable atención es la intermedia en el instrumento utilizado, por lo que las correlaciones deben analizarse con precaución.

En referencia a la variable claridad existe una diferencia significativa entre ambos

grupos, siendo menor en el grupo TCC. Esto significa que, en la evaluación basal, el grupo TCC tenía menos capacidad de comprender bien sus estados emocionales que el grupo experimental, aunque la puntuación en la TIH también es baja.

Contrariamente al estudio de Ruiz, Salazar & Caballo (2012), se han observado correlaciones positivas significativas con la variable claridad y algún TP, concretamente con el trastorno histriónico y el narcisista. Asimismo, el único TP que no ha correlacionado de forma significativa con la variable claridad en ninguno de los dos estudios es el trastorno obsesivo-compulsivo.

Finalmente, en relación a las puntuaciones obtenidas en la variable reparación, nos muestra que ambos grupos parten de niveles muy bajos, por lo que tienen dificultades elevadas en regular sus estados emocionales de forma correcta, de forma parecida a los resultados obtenidos en el estudio de Lizeretti (2006).

Comparando con el estudio de Ruiz, Salazar & Caballo (2012) que únicamente encontró una correlación positiva entre la reparación y el rasgo histriónico de personalidad, en el presente estudio también se ha dado esta correlación positiva. Además, se han observado correlaciones significativas positivas entre la variable reparación y el rasgo narcisista así como el compulsivo. Posiblemente dichas correlaciones, realizadas al inicio del estudio, muestran que las estrategias utilizadas por las personas con rasgos narcisistas, obsesivo-compulsivos e histriónicos les resultan útiles para regular sus emociones, quizás compensando una autodevaluación previa, engrandeciendo sus capacidades o reaccionado de forma compulsiva sobre un tema e intentando perfeccionar su ejecución.

En otro estudio, el estilo de respuesta distractor correlaciona positivamente con todas las dimensiones mientras que el estilo rumiativo se asocia negativamente con las dimensiones claridad y reparación y (Extremera, Ruiz, Fernández-Berrocal & Cabello, 2006) hecho que puede señalar que dicho estilo es un intento fallido de la solución de un conflicto emocional.

8.1.4. Puntuaciones Resiliencia

El conjunto de la muestra es homogéneo en todas las escalas que evalúan la resiliencia. En la escala resiliencia total la mayor puntuación obtenida se encuentra en el grupo TCC no obstante, en ambos grupos se consideran puntuaciones bajas, aunque sin significación estadística. Por tanto, los sujetos de la muestra al inicio del tratamiento tenían

bajos niveles de esta capacidad positiva de la personalidad que permite adaptarse a la vida. Todas las puntuaciones de este test no fueron significativas en la comparación entre grupos.

8.1.5. Puntuaciones en *Mindfulness*

En referencia a las puntuaciones de *mindfulness*, existe homogeneidad en todas las escalas evaluadas a excepción de la escala describir, esta capacidad es inferior en el grupo control que en el experimental. Esto significa que la tendencia del grupo TCC a describir o etiquetar sensaciones, percepciones, pensamientos, emociones, etc. con palabras es menor. Este resultado podría ser debido a que la faceta describir está relacionada negativamente con la depresión (Quintana, 2016) y en la evaluación basal, la media de la depresión en el grupo TCC era ligeramente superior, aunque sin llegar a la diferencia estadística.

8.1.6. Puntuaciones en la Personalidad

Al inicio de las intervenciones existen dos diferencias estadísticamente significativas, por lo que el conjunto de la muestra no es homogéneo. La personalidad depresiva y paranoide es mayor en el grupo TCC que en la TIH, aunque la media de las puntuaciones obtenidas no es suficiente para detectar la presencia de rasgos o trastornos.

La depresión correlaciona con todos los rasgos de personalidad tal y como apuntaban los estudios de Van Velzen & Emmelkamp (1996) y Sandoval&Villamil (1999), por lo que se confirma que la personalidad y la depresión tienen una estrecha relación. A diferencia de los rasgos anteriores, el rasgo agresivo en el presente estudio no correlaciona con la variable depresión, no obstante si lo hace con la variable desesperanza. Según los tres modelos propuestos por Klein, Kotov y Bufferd (2011), en el presente estudio se puede afirmar la relación, y por tanto la influencia mutua, que existe entre personalidad y depresión en la muestra estudiada, que corresponde al primer modelo propuesto por los autores. No obstante, nuestra opinión clínica es que el desarrollo progresivo de la personalidad sería un factor causal de la sintomatología depresiva u otros trastornos. Esta visión corresponde al segundo grupo de modelos pero no se puede corroborar en la presente investigación.

8.1.7. Puntuaciones en el estudio de los Trastornos y Rasgos de Personalidad

La suma de la cantidad de rasgos y la suma total de la cantidad de rasgos y trastornos es homogénea al inicio de la intervención en ambos grupos. No obstante, para la suma de la cantidad de trastornos, existen diferencias significativas, ya que la presencia de trastornos es mayor en el grupo TCC (aunque ambos con medias menores a 1). No obstante, la impresión clínica de los terapeutas era que había patología más grave en el grupo experimental TIH. Esta discrepancia entre la percepción del terapeuta y de los pacientes es parecida a la encontrada en los siguientes estudios (Clifton, Turkheimer y Oltmanns, 2004; Modestin y Puhan, 2000; Dressen, Martin & Arntz, 1998). Además, sorprende la diferencia de percepción entre los pacientes (que se valoran con pocos trastornos y rasgos) y la percepción de los psiquiatras y clínicos, que derivaron a los sujetos al presente estudio ya que cumplían el criterio de ser diagnosticado con un TP.

8.2. Puntuaciones del total de la muestra

8.2.1. Variables clínicas de la muestra

En el conjunto de la muestra se encuentran mejoras estadísticamente significativas en todas las variables clínicas estudiadas. En relación a la variable depresión pasa a ser de grave a moderada, con una caída de 10 puntos, resultados parecidos a los obtenidos en el estudio de Craigie, Saulsman y Lampard (2007) que se obtuvo una disminución de 9,19 puntos. En relación a la ansiedad, disminuye del percentil 86 al 77. La desesperanza aunque disminuye, se sigue manteniendo dentro de un nivel moderado. Cuando se estudia la variable autoestima, se observa un incremento positivo en el que pasa de situarse en la franja baja del nivel medio a la franja alta del mismo nivel, estando solo a décimas de una puntuación que sería considerada alta. Finalmente, la calidad de vida subjetiva pasa de situarse en un promedio bajo a medio.

Aunque todas las variables estudiadas mejoran, no se logra disminuir a niveles bajos la ansiedad, la desesperanza y la depresión, en el caso de ésta última variable Castonguay et al. (2004) refiere que únicamente la mitad de los pacientes logran una mejora significativa, por lo que sería necesario un seguimiento posterior de estos pacientes y continuar mejorando los niveles de sintomatología clínica, tal y como afirman Malhi y Mann (2018) manifestando que la probabilidad de recidiva se sitúa alrededor del 80%.

En el conjunto de la muestra, por tanto, con ambas intervenciones se observa un efecto más intenso en la variable calidad de vida subjetiva y especialmente en la autoestima, lo que muestra la eficiencia en estos aspectos de los tratamientos realizados.

8.2.2. Puntuaciones en Inteligencia Emocional

Para la variable atención se observa una disminución de ésta capacidad aunque no significativa, estando dentro de los márgenes considerados adecuados.

En referencia a la claridad, aunque tiende a aumentar, no se encuentra un cambio estadísticamente significativo. Ésta capacidad se mantiene en el conjunto de la muestra de forma insuficiente.

Por último, la capacidad de reparación aumenta de forma estadísticamente significativa en el conjunto de la muestra, una vez finalizadas las intervenciones. No obstante, esta mejora no es aún suficiente, ya que es inferior en menos de un punto al nivel que se considera adecuado.

Por tanto, en el conjunto de la muestra se consiguen mejoras discretas acercándose en los resultados posteriores de las intervenciones realizadas a los niveles considerados adecuados, aunque solo llegando a la significación clínica en la variable reparación.

8.2.3. Puntuaciones en Resiliencia

En relación a la variable resiliencia, no se observa ningún incremento estadísticamente significativo en las subescalas evaluadas. La puntuación de la resiliencia total sigue siendo baja tras la finalización de las intervenciones terapéuticas.

8.2.4. Puntuaciones en *Mindfulness*

Tampoco se observan cambios estadísticos en la escala *mindfulness*, a excepción de la subescala describir que incrementa tras la finalización de las intervenciones terapéuticas en el conjunto de la muestra. Este resultado podría ser debido a que la faceta describir está relacionada negativamente con la depresión (Quintana, 2016).

8.2.5. Puntuaciones en la Personalidad

Del total de la muestra un 38,7%, presenta uno o más trastornos de personalidad una vez corregido el MCMI; esto entra en contradicción con el hecho de que el total de la muestra estaba derivado por el profesional de referencia debido a que cumplía con el criterio de tener un trastorno de personalidad. Esto seguramente, se debe a la poca consciencia de la enfermedad que presentan las personas con un TP, tal y como ya afirman (Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2002; Van Velzen & Emmelkamp, 1996).

Los rasgos de personalidad que mejoran de forma estadísticamente significativa en el conjunto de la muestra son el esquizoide, dependiente, y límite.

Para finalizar, el presente estudio coincide con las mismas correlaciones entre la depresión y los rasgos de personalidad que en los estudios de Van Velzen & Emmelkamp (1996) y Corruble & Ginestet (1995), por tanto con el trastorno límite de la personalidad, el trastorno histriónico, obsesivo, evitativo y dependiente. No obstante, en comparación con las correlaciones encontradas por Sandoval y Villamil (1999), únicamente coincide la del rasgo narcisista ya que, en la presente investigación, la correlación entre la depresión y el rasgo pasivo-agresivo no se ha observado. Finalmente, también se han encontrado más correlaciones con los rasgos esquizoide, esquizotípico, depresivo, negativista y autodestructivo.

8.2.6. Puntuaciones en el estudio de los Trastornos y Rasgos de Personalidad

En el conjunto de la muestra, disminuye de forma significativa la suma de la cantidad de rasgos, de trastornos y la suma conjunta de rasgos y trastornos. No hemos encontrado estudios para comparar dichos resultados. Se comprueba, por tanto, que en toda la muestra hay cambios en la personalidad debido a las intervenciones realizadas.

8.3. Eficacia inter-grupo, intra-grupo y dentro del grupo

A continuación se presentan los resultados obtenidos inter-grupo e intra-grupo (analizado con el modelo lineal general) y seguidamente los resultados pre post de forma separada entre los dos grupos de tratamiento (denominado dentro del grupo, que corresponden con el análisis de t-student).

8.3.1. Eficacia de las variables clínicas de la muestra

En relación a la eficacia **inter-grupo**, únicamente se encuentra una significación estadística para la variable calidad de vida subjetiva, que aumenta en el grupo experimental respecto a al grupo control. No se observan variaciones significativas en las demás variables. Estos resultados están en línea con el estudio de Watson et al., (2003) el cual tampoco encontró variaciones inter-grupo significativas en las variables depresión y autoestima al comparar la terapia humanista con la TCC y el estudio de Graser et al., (2016) que tampoco obtuvo mejoras estadísticas en la variable autoestima al comparar el TAU con la MBCT. Por otro lado, estos resultados divergen del estudio de Greenberg y Watson (1998) el cual encontró diferencias significativas entre ambos grupos (un tipo de terapia procedimiento-experimental con otro tipo de terapia centrada en el cliente) en la variable autoestima para el grupo que recibió la terapia procedimiento-experimental, aunque igualmente no encontró dichas diferencias en la variable depresión. Sí que fueron encontradas diferencias estadísticas para la variable depresión en el estudio de Bamelis, Evers, Spinhoven y Arntz (2014) en el grupo que recibió la terapia de esquemas al compararla, en este caso, no con la TCC sino con el TAU y con un subtipo de terapia interpersonal.

En el presente estudio se ha observado que la calidad de vida subjetiva aumenta de forma significativa, así como la capacidad de reparación, aunque ésta sigue siendo baja. Este resultado es diferente a los hallazgos de diversos autores (Bastian et al., 2005; Cabello et al., 2006; Extremera, Durán y Rey, 2007; Extremera y Fernández-Berrocal, 2005 y Zeidner, Matthews y Roberts, 2012) que relacionaban un aumento de la reparación a niveles altos con un incremento de la calidad de vida subjetiva. De todas formas, la calidad de vida subjetiva ha sido medida con instrumentos diferentes, por lo que no es posible la comparación entre los estudios.

Además se observa una disminución significativa en la variable desesperanza para el grupo experimental en los efectos **intra-grupo** (o sea la evolución de cada paciente dentro del grupo de tratamiento en comparación con la evolución de cada paciente en el grupo control).

Por tanto, en la comparación entre ambos tratamientos, en general todas las variables mejoran, pero se muestra de forma superior en el grupo TIH en la calidad de vida subjetiva (inter-grupo) y en la desesperanza (intra-grupo).

En referencia a las variables clínicas de la muestra **dentro del grupo**, ambas intervenciones psicoterapéuticas son estadísticamente significativas en las variables de depresión y calidad de vida subjetiva. Se observa, no obstante, que la eficacia de la TIH es mayor que la TCC en las variables de depresión y calidad de vida subjetiva, porque la variación porcentual de la media pre-post es mayor. Éstos resultados son parecidos al estudio de Lizeretti (2009), en que se demostró que la TIE es más eficaz que la TCC en variables como la depresión y la calidad de vida subjetiva. En referencia a la variable depresión, los resultados encontrados en el presente estudio son parecidos también a los encontrados por Van Rijn & Wild (2013) en su estudio de base humanista. En referencia a los resultados del grupo TCC, son parecidos a los de Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody y Dalgleish (2015) en su revisión sistemática, en los que demostraron que la TCC muestra reducciones importantes en la depresión y en menor efecto, en la calidad de vida subjetiva, aunque en el presente estudio no se han observado cambios significativos en la variable ansiedad para el grupo TCC y en el estudio de Newby et al., (2015) sí que los encontraron.

Además, hay otras variables en las que se han observado cambios estadísticamente significativos pero únicamente para el grupo TIH. Es el caso de las variables ansiedad, desesperanza y autoestima. En el caso de la ansiedad, la variación porcentual de la media es mayor en la TCC que en la TIH, no obstante, los niveles de ansiedad en ambos grupos continúan siendo muy elevados una vez finalizada la intervención, por lo que ambas intervenciones no son efectivas a ese nivel, aunque el cambio por efecto del tratamiento es significativo. Aunque la autoestima es significativa únicamente en la TIH, también mejora en el grupo TCC. Tanto en la variable ansiedad como con la variable autoestima, la desviación típica es más elevada en la TCC que en la TIH, esto podría explicar por qué no son estadísticamente significativas para el grupo control.

Además, la desesperanza del grupo TCC empeora aunque de forma no significativa. Estos resultados se pueden interpretar porque en la TIH se aportan más recursos que por un lado trabajan el sentido vital y esto podría repercutir positivamente en la disminución de la desesperanza y por otro lado, se aportan más estrategias para gestionar las emociones, impactando positivamente en cómo los participantes gestionan el duelo tras la finalización del grupo terapéutico ya que consideramos que la finalización de la intervención terapéutica podría repercutir negativamente en la valoración de la desesperanza. Esta diferencia entre ambos grupos muestra que esta variable es sensible a las diferencias entre los dos

tratamientos, por lo que abogamos a tener en cuenta la variable desesperanza en futuros estudios por su importancia, tal y como afirman Beck, Steer, y McElroy (1985).

Aunque la revisión sistemática realizada por French et al. (2017) mostró que la TCC es el tratamiento científico más empíricamente demostrado ante el tratamiento de la depresión, existen otras revisiones que han encontrado que la TCC no es superior a otras terapias estudiadas (Wampold et al., 2000; Thoma et al., 2012 y Leichsenring et al., 2018). Asimismo el metanálisis de Elliott, Greenberg & Lietaer (2004) comparan las psicoterapias vivenciales con aquellas que no lo son, y encontraron que ambos grupos son igual de eficaces. Además, también han realizado una revisión de estudios donde comparan la terapia humanista con la terapia cognitivo-conductual, encontrando cambios estadísticamente significativos en ambos grupos. Por tanto, tal y como también se muestra en el presente estudio, en las variables clínicas, en ambos tipos de tratamiento se dan mejoras, y solo en la calidad de vida subjetiva y en la desesperanza la TIH produce resultados estadísticamente superiores en las medidas inter-grupo. Por este motivo, se puede decir que la TIH es igual de eficaz que la TCC, o incluso en algunas variables, más efectiva.

8.3.2. Eficacia de la variable Inteligencia Emocional

Para la eficacia **inter-grupo**, las variables claridad y reparación aumentan de forma significativa en el grupo TIH (aunque la reparación continua estando dentro del nivel bajo). Estos resultados son muy similares a los encontrados en el estudio de Lizeretti (2009), en los que se encontró un aumento significativo en ambas variables. Se observa una disminución de la capacidad de atención en el grupo TCC aunque no es significativa. Estos resultados se pueden explicar porque en la TIH se trabajan más aspectos emocionales que en la TCC.

Otro aspecto a tener en cuenta es que la depresión por desesperanza es un constructo que correlaciona negativamente con la capacidad de regulación emocional (Fernández-Berrocal, Extremera, Ramos, 2003) que son dos variables que mejoran más en la TIH que en la TCC en las comparaciones inter o intra-grupo.

En referencia a la inteligencia emocional **dentro del grupo**, la variable atención a las emociones disminuye de forma estadísticamente significativa en la TCC. En la evaluación basal se considera que los participantes de la TCC tenían una adecuada atención, y a la finalización del grupo, la media se sitúa en un 22,48 por lo que la capacidad de atención pasa

a ser insuficiente. En el estudio de Lizeretti (2009) también se encuentra una disminución de la atención en el grupo TCC, aunque no de forma significativa. En el caso de esta variable, las puntuaciones que se consideran adecuadas son las intermedias. Resulta por lo tanto sorprendente dicha disminución, ya que en el grupo TCC también se realizaron ejercicios de asertividad donde se relacionaban cogniciones, emociones y conductas.

La variable claridad se mantiene en el grupo TCC, aunque sigue siendo insuficiente, y aumenta en la TIH, pero no de forma significativa. Finalmente, en la variable reparación, el grupo TIH aumenta de forma significativa, pero aún se considera insuficiente. En el grupo control también aumenta, pero no de forma significativa, resultados similares a los encontrados por Lizeretti (2009).

8.3.3. Eficacia de la variable resiliencia

En relación a la eficacia **inter-grupo**, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las escalas satisfacción personal y sentirse bien solo en el grupo experimental. Por otro lado, para el grupo TIH se han encontrado resultados **intra-grupo** significativos en la escala ecuanimidad, ya que aumenta mientras en la TCC disminuye.

En referencia a la variable resiliencia para la eficacia **dentro del grupo**, el grupo TIH aumenta de forma estadísticamente significativa en la resiliencia total, en la satisfacción personal y en la perseverancia. En las demás variables se observa un aumento de las puntuaciones aunque no de forma significativa. Respecto el grupo TCC, la puntuación de resiliencia total disminuye aunque de forma no significativa. Las demás variables tienden a mantenerse o a disminuir también, sin ninguna significación.

Faltan más estudios que utilicen la resiliencia como variable dependiente por su importancia clínica. Dicha importancia se observa en los resultados encontrados en el estudio de Sánchez & Robles (2014) que encontraron una relación inversa entre resiliencia y depresión. Además Segal et al. (2018) destaca la resiliencia como habilidad regulatoria protectora en el trastorno depresivo mayor.

8.3.4. Eficacia de la variable *Mindfulness*

En referencia a la eficacia **inter-grupo**, se encuentra un aumento significativo en la capacidad de describir a favor del grupo experimental. En otro estudio ya se ha relacionado

la variable describir con la depresión, en un sentido inverso (Quintana, 2016), por lo que aumentar dicha capacidad mejoraría la sintomatología. También se ha obtenido en el presente estudio una disminución significativa de la capacidad no reactividad para la TCC, mientras que se mantiene en el grupo experimental. No sabemos interpretar el motivo por el cual el grupo TCC empeora en la variable no reactividad, mientras en la TIH se mantiene. Las demás puntuaciones mejoran en ambos grupos pero no de forma significativa. Así pues, en los grupos realizados no se ha trabajado suficientemente aspectos muy relevantes en la práctica clínica como es la no reactividad.

Los resultados obtenidos para la eficacia **dentro del grupo** en la variable *mindfulness*, muestran que las variables observar y describir aumentan de forma significativa en el grupo TIH, las demás variables también aumentan pero sin llegar a ser significativas, por lo que queda patente la necesidad de trabajar más en la intervención con *mindfulness*. Consideramos que los aspectos más difíciles de la práctica son la no reactividad, la ecuanimidad y la disminución del juicio.

En el grupo TCC la capacidad de no juzgar disminuye de forma significativa, por lo que esta capacidad empeora al finalizar la intervención. Cuando la capacidad de no juzgar es elevada, predice niveles inferiores de depresión (Quintana, 2016). Sorprende el empeoramiento, aunque a niveles no significativos, en las escalas observar y no reactividad en el grupo control, cuando no ha habido ninguna intervención realizada que intente dicha disminución, aunque no sabemos interpretar el motivo.

8.3.5. Eficacia para las puntuaciones de personalidad

En relación a la eficacia **inter-grupo**, no se ha encontrado ninguna diferencia estadísticamente significativa. En el estudio de Lizeretti (2009) se encontró cambios significativos en todos los rasgos de personalidad a excepción del pasivo-agresivo y autodestructivo. Esto es debido quizá que la TIE está centrada en los cambios en inteligencia emocional y en los rasgos de personalidad posiblemente asociados (Lizeretti, 2012).

No obstante, en el estudio **intra-grupo** se ha encontrado un incremento significativo del rasgo narcisista en el grupo TIH, como en el estudio de Piersma y Boes (1997) que también incrementa el rasgo narcisista. La media en la evaluación basal de narcisismo era muy baja; tras la intervención, las puntuaciones aumentan dentro de la normalidad, por lo

que se interpreta como un aumento de la propia valoración a niveles normales. Piersma y Boes (1997) también lo interpretan como un cambio positivo y lo relacionan con la hipótesis de Lead et al. (1990) sobre las correlaciones sanas del MCMI.

En referencia a las puntuaciones de personalidad para la eficacia **dentro del grupo**, la TIH obtiene una disminución significativa en los rasgos dependiente, autodestructivo y límite, por lo que esta intervención es adecuada para estos rasgos de personalidad, que habitualmente son los que correlacionan con una depresión mayor, tal y como afirman Vilaplana, McKenney, Riesco y Cervilla (2009) y que forman parte de los clústers B y C.

El rasgo límite mejora tanto en el conjunto de la muestra como en el análisis dentro del grupo; pero no lo hace en el análisis inter-grupo. Vilaplana et al., (2009) afirma que el clúster B correlaciona con la distimia y no con la depresión mayor. Nuestra impresión clínica corrobora la obtenida en dicho estudio, con datos extraídos de una muestra española muy amplia, donde los pacientes con clúster C tienen un nivel de sufrimiento muy elevado y superior a los del clúster B, que utilizan estrategias y mecanismos externalizadores para canalizar dicho sufrimiento, proyectándolo en su entorno, y demandando un mayor nivel de recursos sanitarios.

En el análisis dentro del grupo para la TCC no se encuentra ningún cambio estadísticamente significativo. No obstante, el rasgo esquizoide ($p=0,054$) y paranoide ($p=0,055$) se encuentran muy cerca de llegar a la significación (y no en la TIH), por lo que creemos que el tratamiento TCC, al inicio está más indicado para estos rasgos de personalidad ya que en ambos rasgos de personalidad, la emoción está muy restringida y es mejor empezar a trabajar por el plano cognitivo pues es su “puerta de acceso” en el trabajo terapéutico. En el estudio humanista de Gyllensten, Ekdahl, & Hansson (2009) tampoco encontraron mejoras en el rasgo esquizoide de personalidad. En cambio, parece estar más indicado la TIH en los rasgos dependientes, autodestructivo, límite y evitativos.

Nos sorprende el hecho de que en el rasgo depresivo no se encuentran diferencias significativas en ninguno de los dos grupos de tratamiento, aunque disminuye más en la TIH que en la TCC. Este dato muestra la importancia de que se incluyan intervenciones incluso más amplias en el tiempo y que utilicen otras perspectivas y estrategias.

Tampoco se observa una disminución estadística en el rasgo compulsivo en ninguna de las dos intervenciones, esto se podría explicar porque la rumiación, tendencia cognitiva

del rasgo compulsivo, atenúa la respuesta al tratamiento (Brown & Rosellini, 2011; Hawley, Ho, Zuroff & Blatt, 2006). Asimismo, Crane & Williams (2010) encontraron que los pacientes que presentan mayor dificultad para vincularse con el *mindfulness* son los que presentan altos niveles de reactividad cognitiva y rumiación depresiva; no obstante, son los que se pueden beneficiar más de este tipo de terapia si logran aprender a meditar. Además coincide con nuestra impresión clínica y la decisión de varios pacientes con perfil obsesivo de abandonar la TIH, intervención integrada con el *mindfulness*. No obstante, sí que se da una disminución clínicamente significativa en el estudio de Lizeretti (2009) para este rasgo de personalidad, por lo que el tratamiento utilizado en dicho estudio, el TIE, estaría más indicado en dicho rasgo.

8.3.6. Eficacia para las puntuaciones de suma de cantidad de rasgos y trastornos

En relación a la eficacia **inter-grupo**, se observan diferencias estadísticamente significativas en las 3 categorías de estudio. El grupo TIH es superior en la disminución de rasgos (tanto en el análisis inter-grupo como también en el **intra-grupo**) y en la suma de la cantidad de rasgos y trastornos. No obstante, el grupo TCC es superior en la disminución de la cantidad de trastornos.

Para la eficacia **dentro del grupo**, la TIH es superior en cuanto a la disminución de rasgos de personalidad (54,62% de disminución entre la media pre y la post) que la TCC y también cuando se evalúa el cambio final de la presencia de rasgos y trastornos (52,05% de disminución). No obstante, la TCC es superior en la disminución de la presencia de trastornos (58,18% de disminución). Esto se podría explicar por el hecho de que en la evaluación basal se partía de un número superior de diagnósticos de trastornos de personalidad a través del MCMI en el grupo TCC. No obstante, la visión de los terapeutas es que había más trastornos y patología en la TIH que en la TCC.

Para finalizar el presente apartado queremos realizar una serie de reflexiones. Primero de todo es importante destacar que los modelos teóricos desde los cuales parten los dos tratamientos son distintos; en el grupo experimental TIH la sintomatología se interpreta como una expresión de un conflicto interno más profundo, por lo que no se persigue directamente solo la reducción de dicha sintomatología (de forma congruente también con los principios del *mindfulness*). En la TCC “tradicional” la disminución de la sintomatología es un objetivo en sí mismo (en relación con las cogniciones -esquemas y supuestos subyacentes incluidos-, conductas y emociones relacionadas).

A pesar de que la TCC es la terapia más extendida dentro de la práctica clínica y existen numerosos estudios que validan su eficacia y fundamento científico y empírico, en el presente estudio se observa que la terapia humanista es igual de eficaz e incluso superior en algunos aspectos y menor en otros. Este es un hecho muy relevante ya que recientemente el Ministerio de Sanidad y Ciencias ha clasificado la terapia humanista como una pseudoterapia por la supuesta ausencia de estudios recientes. Tras estas afirmaciones, no se tiene en cuenta toda la base científica obtenida desde el inicio del movimiento humanista y ha sido una orientación teórica que no se ha centrado en las últimas décadas en la investigación. Por este motivo, nos parece muy importante poder aportar estudios e investigaciones para poder posicionar la psicoterapia humanista dentro del rigor científico que se merece.

Ambos tratamientos son eficaces en términos generales. El esfuerzo que se ha dedicado a comparar modelos teóricos diferentes ya no se considera relevante, sino que los modelos integradores son los que muestran mayor efectividad tal y como afirma Quiroga y Errasti (2011). Asimismo, otros enfoques integradores están mostrando su eficacia, como es el caso de la terapia de esquemas de Young (2013). Por este motivo nos parece importante seguir aplicando métodos integradores como es el caso del modelo propuesto por Ana Gimeno-Bayón y Ramón Rosal: la psicoterapia integradora humanista. También es relevante la utilización de técnicas corporales, escasamente utilizadas en la TCC tradicional, así como la integración del *mindfulness* y de las actitudes asociadas en el tratamiento realizado en este estudio. Los modelos, dentro del marco de las intervenciones denominadas de tercera generación, ya incluyen el *mindfulness* y aspectos corporales, en estos casos, el yoga, como es el caso de la MBSR y la MBCT.

Nos sorprende el hecho de que las variables protectoras y sanadoras son poco utilizadas en estudios clínicos como variables dependientes, como por ejemplo la inteligencia

emocional, el estudio de la resiliencia, *mindfulness* entre otras. Estas variables están indicadas para evaluar una intervención en la que su foco está en los aspectos emocionales (además estas variables son las que se han mostrado sensibles a la TIH utilizada.)

En general los tamaños del efecto del presente estudio entre los dos tratamientos es bajo, como es habitual en estudios de psicoterapia tal y como se observa en la revisión sistemática de Cuijpers (2016). En nuestro caso, los efectos se dan en la comparación de dos grupos de tratamiento, no con tratamientos habituales (TAU).

8.4. Limitaciones del estudio

La principal limitación del estudio ha sido la pérdida de test respondidos en la evaluación post intervención. Ya se presentaron muchas dificultades a la hora de recoger los test para la evaluación basal, pero esta dificultad aumentó a la finalización del grupo. A pesar de que la batería de pruebas se repartió 4 sesiones antes de la final para evitar las pérdidas, no fué una estrategia suficientemente resolutiva. En concreto, se perdió casi todo un grupo de TCC. Aunque se les explicó la importancia de sus respuestas y los participantes conocían que estaban enmarcados dentro de un estudio científico, no se obtuvo la respuesta esperada. Esto se podría explicar por el hecho de que la batería de pruebas era muy larga y excesiva y también por las dificultades de comprensión y de mantener la atención que les generaba el responder las preguntas. Precisamente por la cantidad de test administrados tampoco era viable realizarlos dentro de la sesión.

Se evaluó también la alianza terapéutica como otra variable del presente estudio, no obstante, debido a la gran cantidad de variables ya expuestas y analizadas, finalmente se optó por no incluirla en este estudio.

En un inicio se planteó hacer seguimiento a los 6 meses de haber finalizado la intervención. Pero precisamente por las dificultades que hubo en la realización de la evaluación basal, se descartó esta opción.

Otra de las limitaciones del estudio es la dificultad para cuantificar la dosis de los fármacos utilizados por los participantes, aunque se recogieron los fármacos y estos eran equiparables en ambos grupos al inicio del estudio. Por otro lado, la práctica basada en el *mindfulness* integraba valores y actitudes asociadas que no se han podido medir por la falta de una prueba validada en población española.

Parte de la sintomatología de los trastornos de personalidad es la afectación en la conciencia propia, por este motivo también observamos que las respuestas obtenidas de los test no han podido captar del todo la evolución de los participantes. Tanto los clínicos como los propios participantes referían mejoras clínicas superiores a las que finalmente se han observado a través de la administración de las pruebas, especialmente en el grupo TIH. En cualquier caso, los pacientes percibieron parte de su mejoría.

Otra de las limitaciones del estudio es la complejidad del programa, especialmente en la TIH. Una vez finalizada la intervención terapéutica, se ha observado que dentro de una misma sesión se pretendía integrar muchas estrategias y técnicas. En poblaciones tan graves, nos parece más adecuado simplificar más, como por ejemplo, reducir el temario del programa para poder conseguir una mayor profundidad de las dinámicas propuestas.

8.5. Prospectiva de futuro: líneas de mejora

En futuros estudios se debería incluir el análisis del discurso para poder evaluar de forma más precisa la evolución de los participantes. Además de poder diferenciar y medir los componentes de la intervención efectuada para poder saber el peso de cada uno; es decir, poder evaluar cómo impacta el *mindfulness* con sus actitudes asociadas, el uso del movimiento y técnicas corporales y de las estrategias vivenciales. Es importante también profundizar en el efecto de las variables del terapeuta sobre los resultados del tratamiento.

Por otro lado, sería interesante evaluar qué procesos van cambiando al largo de la intervención terapéutica, así como poder recoger los cambios progresivos en las dosis de fármacos para poder evaluar el efecto que tienen en la intervención.

También sería interesante poder conocer los efectos del tratamiento a largo plazo, por lo que sería importante incluir una evaluación de seguimiento. En relación a la recogida de datos, es importante optimizar el proceso de la administración de baterías. También se recomienda la utilización de la medida de la desesperanza cuando los pacientes tienen depresión y trastornos de personalidad, así como la evaluación de la inteligencia emocional y las capacidades adaptativas del *mindfulness*. Añadiríamos la evaluación de la funcionalidad de los pacientes como medida de resultado.

Como propuesta de mejora del programa de la TIH, se podría reducir el contenido y tener más en cuenta las fases del ciclo de la experiencia (Gimeno-Bayón y Rosal, 2001) a la

hora de reorganizarlo, enfatizando más al inicio del tratamiento las fases relacionadas con la filtración e identificación de sensaciones y receptividad sensorial, con el objetivo de poder adaptarse al proceso del grupo y poder tener más consciencia de sus emociones y de su cuerpo.

Otra propuesta de mejora sería incluir un trabajo específico con la culpa, ya que a lo largo de la intervención terapéutica era un aspecto muy presente en los participantes.

La primera investigación realizada dentro del proyecto AFRONTA es la del presente estudio. No obstante, parte del equipo del CSMA de Mataró sigue aplicando la intervención desarrollada para personas diagnosticadas con un trastorno depresivo y de personalidad, aunque de momento, fuera de un marco de investigación.

Además, en dicho CSMA se ha replicado el estudio en población con agorafobia, ansiedad, y aunque de forma muy adaptada, también en un grupo de personas diagnosticadas con un trastorno psicótico de larga evolución. Sería interesante poder replicar el tratamiento propuesto en el presente estudio con otro tipo de población con menor cronicidad y menos comorbilidad.

En vista de los resultados obtenidos en el presente estudio, que ha resultado ser igual o más eficaz que la TCC en alguna de las variables estudiadas, creemos que es importante poder realizar más estudios de base humanista para seguir demostrando su eficacia.

9. CONCLUSIONES

9.1. Evaluación de la efectividad de la TIH

9. CONCLUSIONES

9.1. Evaluación de la efectividad de la TIH

En el presente apartado se van a exponer las principales conclusiones del presente estudio en referencia a las hipótesis planteadas.

9.1.1. Hipótesis generales

Se confirma la hipótesis 1 y se acepta parcialmente la hipótesis 2.

Respecto el grupo participante al programa TIH, en comparación a los sujetos del grupo control, se espera que:

Hipótesis 1: Se espera que el grupo TIH presente una mayor disminución de los rasgos de personalidad.

Se confirma una mayor disminución significativa de los rasgos de personalidad del grupo TIH respecto el grupo control. Además, cuando se mide la disminución total de la suma de la cantidad de trastornos y rasgos, la TIH también es superior que el grupo TCC, aunque este lo ha sido en los trastornos.

Hipótesis 2: Se espera que el grupo TIH presente una mejoría superior en las variables evaluadas: sintomatología psicopatológica y variables adaptativas.

Se acepta parcialmente la hipótesis 2, ya que la mejoría ha sido superior en una parte de las variables evaluadas que se especificarán en las hipótesis específicas.

9.1.2. Hipótesis específicas

Se confirma parcialmente la hipótesis 3: La intensidad de los rasgos de personalidad disminuirán de forma significativa en el grupo experimental TIH respecto el grupo control TCC, especialmente en los rasgos dependientes y compulsivos.

Se confirma la disminución de la intensidad de los rasgos de personalidad en la TIH, no obstante, no en los rasgos dependientes y compulsivos como se había previsto, sino en un aumento del rasgo narcisista. El aumento obtenido no significa un empeoramiento del

trastorno de personalidad ya que aumenta a niveles considerados normales. Esto significa un aumento sano de la valoración de sí mismo.

Además, cuando se comparan los grupos de forma diferenciada (análisis dentro del grupo), la TIH consigue una disminución significativa en el rasgo dependiente, autodestructivo y límite, y se repite el aumento del rasgo narcisista. En la TCC no se encuentra ninguna disminución estadísticamente significativa, aunque los rasgos esquizoide y paranoide se acercan a la significación estadística.

Se confirma parcialmente la hipótesis 4: Las puntuaciones en las variables depresión, desesperanza y ansiedad disminuirán significativamente en los sujetos del grupo experimental respecto al grupo control.

Únicamente se obtiene una disminución significativa en la variable desesperanza en el análisis intra-grupo para el grupo TIH, en la variable depresión y ansiedad no se obtienen diferencias estadísticas entre ambos grupos.

En el análisis dentro del grupo, las variables depresión, desesperanza y ansiedad disminuyen de forma significativa en el grupo TIH, mientras que en la TCC lo hace en la depresión pero no en la ansiedad ni en la desesperanza.

Se confirma parcialmente la hipótesis 5: Los sujetos participantes del grupo experimental aumentarán de forma significativa sus capacidades adaptativas: inteligencia emocional (especialmente la escala de reparación), autoestima, *mindfulness*, calidad de vida subjetiva y resiliencia.

Los sujetos de la TIH aumentan respecto al grupo control en dos de las 3 capacidades de inteligencia emocional: claridad y reparación en el análisis inter-grupos. Respecto al *mindfulness*, aumenta de forma significativa únicamente en la escala de describir. La calidad de vida subjetiva es estadísticamente superior en la TIH tras la finalización de la intervención. Además en la variable resiliencia, se encuentra un aumento significativo en las subescalas satisfacción personal y sentirse bien solo.

No obstante, no se obtiene un cambio significativo entre los dos grupos en la escala de autoestima, ya que los dos grupos mejoran.

Cuando se compara los grupos de forma diferenciada (análisis dentro del grupo), la TIH es superior en la escala de reparación de IE, en referencia a la resiliencia, es superior en las escalas de resiliencia total, satisfacción personal y perseverancia. En relación al *mindfulness*, es superior en las escalas de observar y describir.

Finalmente, la TCC es eficaz (en el análisis dentro del grupo) en la escala atención de IE y no juzgar de *mindfulness*.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allport, G. W. (1975). *La personalidad. Su configuración y desarrollo* (5ª ed.). Barcelona: Herder.
- 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 Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). 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.
- Ando, S., Kasai, K., Matamura, M., Hasegawa, Y., Hirakawa, H., & Asukai, N. (2013). Psychosocial factors associated with suicidal ideation in clinical patients with depression. *Journal of Affective Disorders*, 151, 561–565.
- Bamelis, L., Evers, S., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial of the Clinical Effectiveness of Schema Therapy for Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171, 305–322.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177(AUG.), 138–143. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.138>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T, Steer. R. A, & Kovacs, M, G. (1985). Hopelessness and eventual suicide a 10-year prospective study of patients hospital. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 559–563.
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., & Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101(1–3), 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.018>
- Berne, E. (1995). *Juegos en los que participamos: psicología de las relaciones humanas*. México: Diana.
- Bhar, S., Ghahramanlou-Holloway, M., Brown, G., & Beck, A. T. (2008). Self-Esteem and Suicide Ideation in Psychiatric Outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(5), 511–516. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.5.511>

- Brown, T. A., & Rosellini, A. J. (2011). The direct and interactive effects of neuroticism and life stress on the severity and longitudinal course of depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 844 – 856. <http://dx.doi.org/10.1037/a0023035>
- Castonguay, L. G., Schut, A. J., Aikens, D. E., Constantino, M. J., Laurenceau, J.-P., Bologh, L., & Burns, D. D. (2004). Integrative Cognitive Therapy for Depression: A Preliminary Investigation. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(1), 4–20. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.14.1.4>
- Chabrol, H., Rodgers, R., & Rousseau, A. (2007). Relations between suicidal ideation and dimensions of depressive symptoms in high-school students. *Journal of Adolescence*. 30, 587–600.
- Clifton, A., Turkheimer, E., & Oltmanns, T. F. (2004). Contrasting perspectives on personality problems: Descriptions from the self and others. *Personality and Individual Differences*, 36, 1499–1514. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.06.002>
- Corruble, E., Ginestet, D., & Guelfi, J. D. (1996). Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: A review. *Journal of Affective Disorders*, 37(2–3), 157–170. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(95\)00091-7](https://doi.org/10.1016/0165-0327(95)00091-7)
- Craigie, M. A., Saulsman, L. M., & Lampard, A. M. (2007). MCMI-III personality complexity and depression treatment outcome following group-based cognitive-behavioral therapy. *Journal Of Clinical Psychology*, 63(12), 1153–1170. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=17972295&lang=es&site=ehost-live>
- Crane, C., & Williams, J. (2010). Factors Associated with Attrition from Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Patients with a History of Suicidal Depression. *Mindfulness*, 1(1), 10–20. <https://doi.org/10.1007/s12671-010-0003-8>
- Cuijpers, P. (2016). Are all psychotherapies equally effective in the treatment of adult depression? The lack of statistical power of comparative outcome studies. *Evidence-Based Mental Health*, 19(2), 39–42. <https://doi.org/10.1136/eb-2016-102341>
- Dorrego, L., Andrés, A & Humbrías, S. (2013). Coaching a escena. Recursos teatrales para la transformación. Ciudad Real. Editorial Ñaque
- Dozois, D., Bieling, P. J., Patelis-Siotis, I., Hoar, L., Chudzik, S., McCabe, K., & Westra, H. (2009). Changes in Self-Schema Structure in Cognitive Therapy for Major Depressive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1078–1088. <https://doi.org/10.1037/a0016886>
- Dressen, L., Hildebrand, M., & Arntz, A. (1998). Patient-informant concordance on the Structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). *Journal of Personality Disorders*, 12(2), 149–161. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9661101>

- Eames, C., Crane, C., Fennell, M. J. V., Radford, S., Barnhofer, T., Williams, J. M. G., & Crane, R. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1013–1020. <https://doi.org/10.1037/ccp0000027>
- Eisendrath, S. J., Gillung, E., Delucchi, K. L., Segal, Z. V., Nelson, J. C., McInnes, L. A., & Feldman, M. D. (2016). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(2), 99–110. <https://doi.org/10.1159/000442260>
- Ellis, A., & Grieger, R. (Eds.) (1977). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Elliott, R. (2004). The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice.*, 57–81. <https://doi.org/10.1037/10439-002>
- Elliott, R., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (2004). Elliott, Robert K. and Greenberg, L.S. and Lietaer, G. (2004) *Research on experiential psychotherapies*. In: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley & Sons Inc., New York, USA, pp. 493-539. ISBN 0471377554
- Elliott, R., & Greenberg, L. (2016). *Emotion-focused therapy*. In: *Person-Centred Counselling and Psychotherapy*. McGraw-Hill/Open University Press, Maidenhead, Berkshire. ISBN 9780335263547.
- Esbec, W., & Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría de Psiquiatría*, 39(1), 1–11.
- Extremera, N., Ruiz, D., Fernández-Berrocal, P., & Cabello, R. (2006). Emotional Intelligence, responses styles and depression. *Ansiedad y Estrés*, 12(2–3), 191–205.
- Farb, N., Ravindran, A., Irving, J., Mancuso, E., Anderson, A., Hawley, L., Gulamani, T., Williams, G., Ferguson, A., & Segal, Z. V. (2018). Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depressive Disorder With Either Mindfulness-Based Cognitive Therapy or Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 200–204. <https://doi.org/10.1037/ccp0000266>
- Farriols, N. (2014). Introducción a la meditación. Curso llevado a cabo en el Servei d'Orientació Personal de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna. URL, Barcelona.
- 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, F. C., Martínez, Á. M., Martín, A., Pérez-Fuentes, M., Jurado, M., & Linares, J. (2015). Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años.

European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 5(2), 267–279. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v5i2.118>

- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos-Díaz, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros En Psicología Social*, 1, 251–254.
- Fong Lai, C., Shah Azhar, S., & Maniam, T. (2012). Predictors of suicidal ideation among depressed inpatients in a Malaysian sample. *Suicidology Online*, 3, 33–41. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=jlh&AN=2011580501&site=ehost-live>
- Forkmann, T., Wichers, M., Geschwind, N., Peeters, F., Van Os, J., Mainz, V., & Collip, D. (2014). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on self-reported suicidal ideation: Results from a randomised controlled trial in patients with residual depressive symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1883–1890. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.08.043>
- French, L., Turner, K., Dawson, S., & Moran, P. (2017). Psychological treatment of depression and anxiety in patients with co-morbid personality disorder: A scoping study of trial evidence. *Personality and Mental Health*, 11, 101–117. <https://doi.org/10.1002/pmh>
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., & Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: Meta-analysis of published studies. *British Journal of Psychiatry*, 188(JAN.), 13–20. Recuperado de <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed7&NEWS=N&AN=2006008126>
- Gasull, V. (2009). Trastornos de personalidad y género. *Semergen*, 1(35), 31–38. <https://doi.org/10.24310/fotocinema.2015.v0i11.6084>
- González Torres A, Gonzáles de Artaza M (2007). Trastornos de personalidad. En: Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Aula Médica Ed; 2007. p. 321-36.
- Gimeno-Bayón, A. (2002). *Comprendiendo cómo somos. Dimensiones de la personalidad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gimeno-Bayón, A. (2012). *Análisis transaccional para psicoterapeutas. Conceptos fundamentales para el diagnóstico y la psicoterapia*. Lleida: Editorial Milenio
- Gimeno-Bayón & Rosal, R. (2001). *Psicoterapia integradora humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensores, cognitivos y emocionales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Graser, J., Höfling, V., WeBblau, C., Mendes, A., & Stangier, U. (2016). Effects of a 12-Week Mindfulness, Compassion, and Loving Kindness Program on Chronic

Depression: A Pilot Within-Subjects Wait-List Controlled Trial. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 30(1), 35–50.

- Greenberg, L., Rice, L & Elliot, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional: el proceso terapéutico punto por punto*. Barcelona: Paidós.
- 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, DOI: 10.1080/10503309812331332317
- Gyllensten, A. L., Ekdahl, C., & Hansson, L. (2009). Long-term effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in psychiatric outpatient care. A randomized controlled study. *Advances in Psychiatry*, 11, 2–12. <https://doi.org/10.1080/14038190802242061>
- Hargus, E., Crane, C., Barnhofer, T., & Williams, J. (2010). Effects of Mindfulness on Meta-Awareness and Specificity of Describing Prodromal Symptoms in Suicidal Depression. *Emotion*, 10(1), 34–42. <https://doi.org/10.1037/a0016825>
- Hawley, L., Ho, M., Zuroff, D., & Blatt, S. (2006). The relationship of perfectionism, depression, and therapeutic alliance during treatment for depression: Latent difference score analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 930–942. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.930>
- James, T., & Woodsmall, W. (1988). *Time Line and the basis of personality*. CA: Meta Publications.
- Jensen, H. H., Mortensen, E. L., & Lotz, M. (2008). Do changes on MCMI-II personality disorder scales in short-term psychotherapy reflect trait or state changes? *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(1), 46–54. <https://doi.org/10.1080/08039480801970015>
- Joyce, P., Mckenzie, J., Carter, J., Rae, A., Luty, S., Christopher, M., Frampton, A., & Mulder, R. (2007). Temperament, character and personality disorders as predictors of response to interpersonal psychotherapy and cognitive – behavioural therapy for depression. *British Journal of Psychiatry*, 190, 503–508. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.024737>
- Keilp, J., Grunebaum, M., Gorlyn, M., Leblanc, S., Burke, A., Galfalvy, H., & Mann, J. (2012). Suicidal Ideation and the Subjective Aspects of Depression. *Journal of Affective Disorders*, 140(1), 75–81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.045>
- Keune, P. M., Bostanov, V., Hautzinger, M., & Kotchoubey, B. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), cognitive style, and the temporal dynamics of frontal EEG alpha asymmetry in recurrently depressed patients. *Biological Psychology*, 88(2–3), 243–252. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2011.08.008>

- Klein, D., Kotov, R., & Bufferd, S. (2011). Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 269–295. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104540>
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2002). Informant-reports of personality disorder: Relation to self-reports and future research directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 300–311. <https://doi.org/10.1093/clipsy/9.3.300>
- Lama, D. (2014). *El arte de vivir en el nuevo milenio*. Barcelona. Editorial Debolsillo
- Lecoq, J. (2003). *El cuerpo poético. Una pedagogía de la creación teatral*. Barcelona. Alba Editorial
- Leichsenring, F., Abbass, A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Munder, T., Rabung, S., & Steinert, C. (2018). “Gold standards,” plurality and monocultures: The need for diversity in psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9(APR), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00159>
- Lizeretti, N. (2012). *Terapia basada en inteligencia emocional. Manual de tratamiento*. Lleida: Editorial Milenio
- Lizeretti, N., Oberst, U., Chamorro, A., & Farriols, N. (2006). Evaluation of emotional intelligence in patients with psychopathology : preliminary results using the TMMS-24 and the MSCEIT. *Ansiedad y Estrés*, (November), 2–21.
- Lizeretti, N. (2017). Terapia basada en Inteligencia Emocional. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 175–190. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6524245>
- Lizeretti, N., Vázquez Costa, M., & Gimeno-Bayón, A. (2014). Emotional Intelligence and Personality in Anxiety Disorders. *Advances in Psychiatry*, 2014(December), 1–7. <https://doi.org/10.1155/2014/968359>
- Malhi, G., & Mann, J. (2018). Depression. *Lancet*, 392, 2299–2312. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)
- Mathew, K., Whitford, H., Kenny, M., & Denson, L. (2010). The Long-Term Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy as a Relapse Prevention Treatment for Major Depressive Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(5), 561–576. <https://doi.org/10.1017/s135246581000010x>
- Matusiewicz, A., Hopwood, C., Banducci, A., & Lejuez, C. (2010). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 657–685. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.007>
- Metcalfe, C., & Dimidjian, S. (2014). Extensions and mechanisms of mindfulness-based cognitive therapy: A review of the evidence. *Australian Psychologist*, 49(5), 271–279. <https://doi.org/10.1111/ap.12074>

- Millon, T. (2016). What Is a Personality Disorder? *Journal of Personality Disorders*, 30(3), 289–306. <https://doi.org/10.1521/pedi.2016.30.3.289>
- Ministerio de Sanidad, S. S. E. I. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto* (Vol. 61, pp. 117–119). Vol. 61, pp. 117–119. <https://doi.org/10.1002/lipi.19590610209>
- Miriam, V., Kathryn, M., Riesco, M., Autonell, J., & Cervilla, J. (2010). Revista de Psiquiatría y Salud Mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(1), 4–12. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13141287&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=286&ty=108&accion=L&origen=zonadellectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=286v02n03a13141287pdf001.pdf
- Mitchell, A., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet*, 374(9690), 609–619. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60879-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60879-5)
- Modestin, J., & Puhan, a. (2000). Comparison of assessment of personality disorder by patients and informants. *Psychopathology*, 33(5), 265–270. <https://doi.org/10.1159/000029156>
- Mulder, R. T., Joyce, P. R., & Frampton, C. (2010). Personality disorders improve in patients treated for major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3), 219–225. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01502.x>
- Nestadt, G., Samuels, J., Cheng, Y., Bienvenu, O., Reti, I., Costa, P., Eaton, W., & Bandeen-Roche, K. (2012). Concordance between personality disorder assessment methods. *Psychological Medicine*, 42(03), 657–667. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001632>
- Newby, J., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91–110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>
- Nierenberg, A. A., Husain, M. M., Trivedi, M. H., Fava, M., Warden, D., Wisniewski, S. R., Rush, A. J. (2010). Residual symptoms after remission of major depressive disorder with citalopram and risk of relapse: A STARD report. *Psychological Medicine*, 40, 41–50. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291709006011>
- Pearls, F (1973). *The gestalt approach & Eye Witness to therapy*. Science & Behavior Books. Trad. Cast.: El enfoque guesáltico. Tetsimonios de Terapia. Santiago de Chile: Cuatro Vientos
- Piersma, H., & Boes, J. (1997). MCMI-III as a treatment outcome measure for psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 53(8), 825–831. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199712\)53:8<825::AID-JCLP6>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199712)53:8<825::AID-JCLP6>3.0.CO;2-E)

- Quiroga Romero, E., & Errasti Pérez, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13(3), 393–406. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsoai&AN=edsoai.739077288&lang=es&site=eds-live>
- Quitmann, H. (1989). *Psicología Humanística. Conceptos fundamentales y trasfondo filosófico*. Barcelona: Herder.
- Rafaeli, E. (2009). Cognitive-behavioral therapies for personality disorders. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46(4), 290–297. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20635777>
- Ramos, J. M., Rodríguez, A., Sánchez, A. & Mena, A. (2018). Fusión cognitiva en trastornos de personalidad: una contribución a la investigación sobre mecanismos de cambio. *Clínica y Salud*, 29, 49-57. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a8>
- Rangel-Martínez-Villalba, A., Moreno-Quijano, C., Martínez-Salazar, G. A., Rueda-Jaimes, G. E., Castro-Rueda, V. A., & Camacho, P. A. (2016). Validación de la Escala de Desesperanza de Beck en pacientes con riesgo suicida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 86–93. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.004>
- Rijn, B., & Wild, C. (2013). Humanistic and Integrative Therapies for Anxiety and Depression. *Transactional Analysis Journal*, 43(2), 150–163. <https://doi.org/10.1177/0362153713499545>
- Rivas, M., Nuevo, R., & Ayuso-Mateos, J. (2011). Depresión subclínica en España: Prevalencia e impacto sobre la salud. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(3), 144–149. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2011.05.005>
- Rosal, R. (2002). El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica. Barcelona: Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.
- Rosal, R. (2012). Valores éticos o fuerzas que dan sentido a la vida. Qué son y quiénes los vivieron. Barcelona: editorial MILENIO
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent selfimage*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ruiz, E., Salazar, I. C., & Caballo, V. E. (2012). Inteligencia emocional, regulación emocional y estilos/trastornos de personalidad. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 20(2), 281–304.
- Sandoval, L., & Villamil, V. (1999). La comorbilidad de los trastornos depresivos y de los trastornos de personalidad. *Salud Mental*, 3, 31–40.
- Satir, V (1972). *Peoplemaking*. Science & Behavior Books. Palo Alto
- Segal, Z., Gulamani, T., Williams, L., Desormeau, P., Ferguson, A., Walsh, K., Anderson, A., & Farb, N. (2018). Practice of Therapy Acquired Regulatory Skills and Depressive Relapse/Recurrence Prophylaxis Following Cognitive Therapy or Mindfulness Based

Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(2), 161–170.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000351>

Serrano-Blanco, A., Palao, D., Luciano, J., Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández, A., Roura, P., Bertsch, J., Mercader, M., & Haro, J. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: Results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 201–210. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0056-y>

Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S., & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 522-534. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.62.3.522>

Skewes, S., Samson, R., Simpson, S., & Van Vreeswijk, M. (2015). Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: a pilot study. *Frontiers In Psychology*, 5, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01592>

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). *Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. Madrid: TEA.

Stevens, J (1976). *El Darse cuenta: sentir, imaginar, vivenciar*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Sundquist, J., Palmér, K., Johansson, L. M., & Sundquist, K. (2017). The effect of mindfulness group therapy on a broad range of psychiatric symptoms: A randomised controlled trial in primary health care. *European Psychiatry*, 43, 19–27. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.328>

Tejedor, C., Díaz, A., Faus, G., Pérez, V., & Solà, I. (2011). Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreita de l'Eixample de Barcelona. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(5), 280–287. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/13/73/ESP/13-73-ESP-280-287-385438.pdf>

Thoma, N., Mckay, D., Gerber, A., Milrod, B., Edwards, A., & Kocsis, J. (2012). A Quality-Based Review of Randomized Controlled Trials of Cognitive-Behavioral Therapy for Depression: An Assessment and Metaregression. *American Journal of Psychiatry*, 169, 22–30.

Tortella-Feliu, M., Vázquez, C., Valiente, C., Quero, S., Soler, J., Montorio, I., Jiménez-Murcia, S., Hervás, G., García-Palacios, A., García-Campayo, J., Fernández-Aranda, F., Botella, C., Barrantes, N., & Baños, R. (2016). Retos en el desarrollo de intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud mental. *Clinica y Salud*, 27(2), 65–71. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.03.002>

- Tyrer, P., Coombs, N., Ibrahimi, F., Mathilakath, A., Bajaj, P., Ranger, M., Rao, B., & Din, R. (2007). Critical developments in the assessment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, *190*(49), s51–s59. Recuperado de <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/190/49/s51>
- Tyrer, P., Mulder, R., Crawford, M., Newton-Howes, G., Simonsen, E., Ndeti, D., Koldobsky, N., Fossati, A., Mbatia, J., & Barrett, B. (2010). Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry*, *9*, 56–60. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00270.x>
- Tyrer, P., Reed, G., & Crawford, M. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, *385*(9969), 717–726. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61995-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4)
- Van Velzen, C., & Emmelkamp, P. (1996). The assessment of personality disorders: implications for cognitive and behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *34*(8), 655–668. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8870293>
- Vandivort, D., & Locke, B. (1979). Suicide Ideation: Its Relation to Depression, Suicide and Suicide Attempt. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *9*(4) (Winter), 205–218.
- Verheul, R., & Herbrink, M. (2007). The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: a systematic review of the evidence and clinical recommendations. *International Review of Psychiatry*, *19*(1), 25–38. <https://doi.org/10.1080/09540260601095399>
- Videler, A., Rossi, G., Schoevaars, M., Van Der Feltz-Cornelis, C., & Van Alphen, S. (2014). Effects of schema group therapy in older outpatients: A proof of concept study. *International Psychogeriatrics*, *26*(10), 1709–1717. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001264>
- Videler, A., Van Alphen, S., Van Royen, S., Van Der Feltz-Cornelis, C., Rossi, G., & Arntz, A. (2018). Schema therapy for personality disorders in older adults: a multiple-baseline study. *Aging and Mental Health*, *22*(6), 738–747. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1318260>
- Vindel, A., Salguero, J., Wood, C., Dongil, E., Latorre, J. M., Antonio, C., & Vindel, C. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles Del Psicólogo*, *33*(1), 2–11.
- Wampold, B., Minami, T., Baskin, T., & Callen Tierney, S. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus “other therapies” for depression. *Journal of Affective Disorders*, *68*(2–3), 159–165. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12063144>
- Watson, J., Gordon, L., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the

treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 773–781. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.773>

Williams, J., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D., Fennell, M., Hackmann, A., Krusche, A., Muse, K., Rudolf, I., Shah, D., Crane, R., Eames, C., Jones, M., radford, S., Silverton, S., Sun, Y., Weatherley-Jones, E., Whitaker, C., Russell, D., & Russell, I. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: A randomized dismantling trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 275–286. <https://doi.org/10.1037/a0035036>

Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., Boonyanaruthee, V., Pinyopornpanish, M., & Intaprasert, S. (2015). The influence of comorbid personality disorders on recovery from depression. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*, 11, 725–732. <https://doi.org/10.2147/NDT.S80636>

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 on the measure. *Intelligence*, 33 (4), 369-391.

Zuroff, D., Blatt, S., Shahar, G., Kelly, A., & Leybman, M. (2016). Predictors and moderators of between-therapists and within-therapist differences in depressed outpatients' experiences of the Rogerian conditions. *Journal of Counseling Psychology*, 63(2), 162–172. <https://doi.org/10.1037/cou0000139>

11. APÉNDICE

Apéndice A

Résumenes

Apéndice B

Consentimiento informado y CRD

Apéndice C

Guiones de algunas dinámicas de la TIH

APÉNDICE A

Resumen en Castellano

TÍTULO: Ensayo clínico aleatorizado en pacientes con depresión y trastornos de personalidad: eficacia de una terapia integradora humanista. Proyecto AFRONTA

Introducción: las personas que presentan un trastorno depresivo tienen una gran comorbilidad con los trastornos de personalidad, ambos afectan al funcionamiento biopsicosocial de la persona. El tratamiento cognitivo-conductual es uno de los tratamientos más utilizados y probados empíricamente, no obstante, faltan estudios de carácter integrador y humanista que demuestren su eficacia.

Objetivo: aplicar y evaluar un tratamiento psicológico grupal basado en la terapia integradora humanista (TIH) y compararlo con un tratamiento grupal cognitivo-conductual (TCC), ambos de 10 meses de duración, con frecuencia semanal y con un total de 40 sesiones, aplicados por los mismos terapeutas.

Método: la muestra está formada por 121 pacientes de un centro de salud mental público que participan en un ensayo clínico aleatorizado y que han sido diagnosticados de un trastorno depresivo y de un trastorno de personalidad. Los sujetos se evaluaron antes de empezar el tratamiento (pre-test) y una vez finalizado (post-test). Los instrumentos utilizados han sido los siguientes: BDI (Beck Depression Inventory), MCMI-II (Inventario Multiaxial Clínico de Millon II), STAI-R (Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo), BHS (*Beck Hopelessness Scale*), Rosenberg (Escala de Autoestima de Rosenberg), QLS (*Quality of Life Short Version Scale*), TMMS-24 (*Trait Meta-Mood Scale*), Escala ER (Escala de Resiliencia) y FFMQ (*Five Facet Mindfulness Questionnaire*).

Resultados: el tratamiento TIH es más eficaz respecto al TCC en el análisis inter-grupo sobre la disminución de la desesperanza ($p=0,040$) y el aumento de las siguientes capacidades adaptativas: la calidad de vida subjetiva ($p=0,032$), las subescalas claridad ($p=0,001$) y reparación ($p=0,028$) del TMMS-24, la satisfacción personal ($p=0,012$) y sentirse bien solo ($p=0,045$) de la escala de resiliencia, así como en el aumento de la capacidad de describir ($p=0,000$) de *mindfulness*. Además, el rasgo narcisista ($p=0,018$) de personalidad aumenta a niveles normales puesto que partía de niveles muy bajos. En el análisis dentro del grupo, es

decir, cuando se compara los dos grupos de forma diferenciada, la TIH es efectiva sobre la disminución de los rasgos de personalidad dependiente ($p=0,005$), autodestructivo ($p=0,021$) y límite ($p=0,029$), así como en el aumento positivo de rasgo narcisista ($p=0,004$) otra vez. En la TCC no se encuentra ninguna disminución estadísticamente significativa en los rasgos de personalidad, no obstante, los rasgos esquizoide ($p=0,054$) y paranoide ($p=0,055$) se encuentran muy próximos a la significación.

Conclusión: Se concluye que la TIH es más efectiva en las variables adaptativas y que este cambia no solo los síntomas clínicos sino también algunos de los rasgos de personalidad.

PALABRAS CLAVE: *trastorno de personalidad, depresión, psicoterapia, terapia integradora humanista, inteligencia emocional.*

Resumen en Catalán

TÍTOL: Assaig clínic aleatoritzat en pacients amb depressió i trastorns de personalitat: eficàcia d'una teràpia integradora humanista. *Projecte AFRONTA*

Introducció: les persones que presenten un trastorn depressiu tenen una gran comorbiditat amb els trastorns de personalitat, ambdós afecten al funcionament biopsicosocial de la persona. El tractament cognitiu-conductual és un dels tractaments més utilitzats i provats empíricament, no obstant, falten estudis de caràcter integrador i humanista que demostrin la seva eficàcia.

Objectiu: aplicar i avaluar un tractament psicològic grupal basat en la teràpia integradora humanista (TIH) i comparar-lo amb un tractament grupal cognitiu-conductual (TCC), ambdós de 10 mesos de duració, amb freqüència setmanal i amb un total de 40 sessions, aplicats pels mateixos terapeutes.

Mètode: la mostra està formada per 121 pacients d'un centre de salut mental públic que participen en un assaig clínic aleatoritzat i que han estat diagnosticats d'un trastorn depressiu i d'un trastorn de personalitat. Els subjectes es van avaluar abans de començar el tractament (pre-test) i un cop finalitzat (post-test). Els instruments utilitzats han estat els següents: BDI (*Beck Depression Inventory*), MCMI-II (*Inventario Multiaxial Clínico de Millon II*), STAIR (*Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*), BHS (*Beck Hopelessness Scale*), Rosenberg (*Escala de Autoestima de Rosenberg*), QLS (*Quality of Life Short Version Scale*), TMMS-24 (*Trait Meta-Mood Scale*), Escala ER (Escala de Resiliència) i FFMQ (*Five Facet Mindfulness Questionnaire*).

Resultats: el tractament TIH és més eficaç respecte al TCC en l'anàlisi inter-grup sobre la disminució de la desesperança ($p=0,040$) i l'augment de les següents capacitats adaptatives: la qualitat de vida subjectiva ($p=0,032$), les subescales claredat ($p=0,001$) i reparació ($p=0,028$) del TMMS-24, la satisfacció personal ($p=0,012$) i sentir-se bé sol ($p=0,045$) de l'escala de resiliència, així com en l'augment de la capacitat de descriure ($p=0,000$) de *mindfulness*. A més a més, el tret narcisista ($p=0,018$) de personalitat augmenta a nivells normals ja que partia de nivells molt baixos. En l'anàlisi dintre del grup, és a dir, quan es compara els dos grups de forma diferenciada, la TIH és efectiva sobre la disminució dels trets de personalitat dependent ($p=0,005$), autodestructiu ($p=0,021$) i límit ($p=0,029$), així com en

l'augment positiu de tret narcisista ($p=0,004$) un altre cop. En la TCC no es troba cap disminució estadísticament significativa en els trets de personalitat, no obstant, els trets esquizoide ($p=0,054$) i paranoide ($p=0,055$) es troben molts propers a la significació.

Conclusió: Es conclou que la TIH és més efectiu en les variables adaptatives i que aquesta canvia no només els símptomes clínics sinó també alguns dels trets de personalitat.

PARAULES CLAU: *trastorn de personalitat, depressió, psicoteràpia, teràpia integradora humanista, intel·ligència emocional.*

Resumen en Inglés

TITLE: Randomized clinical trial in patients with depression and personality disorders: efficiency of a humanistic integrative therapy. AFRONTA Project.

Introduction: people who have depressive disorder have great comorbidity with personality disorders, as both affect the biopsychosocial functioning of the person. Cognitive-behavioral treatment is one of the most used and empirically tested treatments. However, there is lack of studies approached with an integrative and humanistic nature that might prove their effectiveness.

Objective: to apply and evaluate a psychological group treatment based on humanistic integrative therapy (TIH) and to compare it with a cognitive-behavioral group treatment (CBT), both 10 months long with weekly sessions applied by the same therapists, reaching a total of 40 sessions each treatment.

Method: The sample is made up of 121 patients from a public mental health centre who participate in a randomised clinical trial and have been diagnosed with depressive disorder and a personality disorder. The subjects were evaluated before starting treatment (pre-test) and once finished (post-test). The instruments used were the following: BDI (*Beck Depression Inventory*), MCMI-II (*Millon II Clinical Multiaxial Inventory*), STAI-R (*State Trait Anxiety Questionnaire*), BHS (*Beck Hopelessness Scale*), Rosenberg (*Self-Esteem Scale Rosenberg*), QLS (*Quality of Life Short Version Scale*), TMMS-24 (*Trait Meta-Mood Scale*), ER Scale (*Resilience Scale*) and FFMQ (*Five Facet Mindfulness Questionnaire*).

Results: The TIH treatment is more effective when compared to CBT in the inter-group analysis on the reduction of hopelessness ($p = 0.040$) as well as the increase in the following adaptive capacities: subjective quality of life ($p = 0.032$), subscales clarity ($p = 0.001$) and repair ($p = 0.028$) of TMMS-24, resilience scale regarding personal satisfaction ($p = 0.012$) and feeling good alone ($p = 0.045$), as well as increasing the capacity of describe ($p = 0.000$) of the mindfulness scale. In addition, the narcissistic personality trait ($p = 0.018$) increases to normal levels as it started from low levels. In the analysis within the group, the TIH is effective on the decrease of dependent ($p = 0.005$), self-destructive ($p = 0.021$) and limit (p

= 0.029) personality traits, as well as in the positive increase of narcissistic trait ($p = 0.004$) again. There is no statistically significant decrease in personality traits in CBT. However, schizoid ($p = 0.054$) and paranoid ($p = 0.055$) traits were reduced and are very close to significance.

Conclusion: TIH is proved more effective in some adaptive variables and that these changes are relevant not only regarding clinical symptoms, but also regarding personality traits.

KEY WORDS: *personality disorder, depression, psychotherapy, humanistic integrative therapy, emotional intelligence.*

APÉNDICE B

INFORMACIÓN PARA EL/LA ENTREVISTADO/A

Estudio: *Promoción del bienestar emocional en los trastornos de personalidad y la depresión: Eficacia de una terapia integradora humanista. Proyecto AFRONTA*

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 y Adicciones de Adultos (CSMA) de Mataró (Consorci Sanitari del Maresme).

El objetivo es evaluar la posible efectividad, es decir, la mejoría que pueden experimentar las personas que participan en los tratamientos para la mejora de su estado de ánimo y sus estrategias de afrontamiento en la vida que se ofrece en el servicio de Salud Mental de este centro. Para ello es necesario que los participantes cumplimenten cuestionarios a lo largo del proceso terapéutico y posteriormente cuando éste haya finalizado.

En el presente estudio van a existir 2 grupos para la comparación de la efectividad de la terapia:

- Grupo Experimental (GE): grupo de personas que van a recibir la terapia diseñada para el presente estudio. Estas personas van a recibir una Terapia Integradora Humanista durante 10 meses en el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA). Las sesiones terapéuticas serán semanales y con una duración de 1.30h. Este grupo de personas van a seguir, además, con su tratamiento habitual en el centro de Salud Mental de Adultos (CSMA).
- Grupo Control (GC): grupo de pacientes que van a recibir el tratamiento grupal habitual que se ofrece en el centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) basado en una Terapia Cognitivo-Conductual durante 10 meses. Las sesiones terapéuticas serán semanales y con una duración de 1.30h. Este grupo de personas van a seguir, además, con su tratamiento habitual en el centro de Salud Mental de Adultos (CSMA).

La asignación de los participantes de dicha investigación a uno de los grupos se va a realizar de forma aleatoria mediante un programa informático.

Los investigadores de este estudio se comprometen a:

- Mantener el **anonimato y la confidencialidad** de todos los datos que se obtengan en el estudio, a fin de preservar la intimidad de las personas que participan, asignando un código a cada participante, que solo conocerá el investigador principal.
- Que la participación en el estudio **es voluntaria** por lo que existe la posibilidad de abandonarlo en cualquier momento, si se estima pertinente. En ese caso, sus datos serán eliminados. En ningún caso abandonar el tratamiento implica un perjuicio para usted o su familia.
- El **beneficio** que usted obtiene con su participación es la de recibir un tratamiento psicológico grupal para la depresión y la ideación suicida que le ayudará a reducir los síntomas que presenta y le proporcionará estrategias que le van a favorecer en el aumento de su calidad de vida.

- 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 la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- Comprendo que mi participación es voluntaria
- Sé que puedo abandonar en cualquier momento la investigación, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos o psicológicos.
- No he recibido ningún tipo de presión para colaborar en el estudio.

Declaro haber sido informado/a de que mis datos serán tratados de conformidad con lo que establece el Real Decreto 1720/2007, por el que se aprueba el Reglamento del desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, así como la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica 41/2002.

Y consiento que los datos clínicos referentes a mi enfermedad sean almacenados en un fichero automatizado, cuya información podrá ser manejada exclusivamente para fines científicos, a efectos de este proyecto.

Y he expresado estar de acuerdo en participar en el estudio.

Firma del entrevistado/a

Firma del investigador/a

Mataró, de 20.....



Facultat de Psicologia, Ciències
de l'Educació i de l'Esport Blanquerna

Universitat Ramon Llull



**CONSORCI SANITARI
DEL MARESME**

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

Proyecto AFRONTA

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

CÓDIGO IDENTIFICATIVO DEL PARTICIPANTE _ / _ _

Género

- Masculino
- Femenino

Fecha de nacimiento _ / _ / _ _ _ _

País de nacimiento

- España
- Otros, Especificar: _____

Estado civil

- Casado/a
- Soltero/a
- Separado/da
- Divorciado/da
- Viudo/a
- En pareja

Número de hijos _ _

Unidad de convivencia

- Cónyuge
- Hijos
- Progenitores
- Hermanos
- Familiares de segundo grado
- Otros, Especificar: _____

Situación laboral

- Activo
- De baja
- Paro
- Jubilado
- En sus labores

Nivel sociocultural (indicar el más elevado)

- Estudios de 3r grado (doctorado, màster, etc)
- Estudios superiores (licenciatura, diplomatura, FP3)
- Estudios secundarios (Bachillerato superior/BUP/FP)
- Estudios primarios (EGB)
- Menos de primarios

Nivel socioeconómico (indicar el más elevado)

- Alto (bien acomodado)
- Medio (cubre las necesidades básicas y de ocio)
- Precario (dificultades para llegar a final de mes)
- Otros, especificar _____

Enfermedades conocidas:

Medicación para el estado anímico

Especificar el principio activo

- Medicación antidepresiva _____
- Medicación ansiolítica _____
- Medicación para el insomnio _____
- Otros _____

Consumo de sustancias adictivas

- Sí, ¿Cuáles? _____
- No actualmente
- Estuve en tratamiento

Relaciones sociales y ocio

- Altas
- Medias
- Bajas
- Escasas

Espiritualidad

- Practicante

- No practicante

APÉNDICE C

A continuación se exponen los guiones de algunas de las dinámicas utilizadas en la TIH:

C1. IDENTIFICACIÓN CON EL ROSAL (Stevens, 1971)

Póngase bien cómodo, si es posible tendido de espaldas. Cierre sus ojos y tome conciencia de su cuerpo... Aleje su atención de hechos externos y dese cuenta de lo que está sucediendo dentro de usted... Percátese de cualquier incomodidad y vea si puede lograr una posición más confortable... Dese cuenta de cuáles partes de su cuerpo emergen a su conciencia... y cuáles partes de su cuerpo parecen vagas e indistintas... Si se da cuenta de una parte tensa de su cuerpo, vea si puede soltar la tensión... Si no, trate de tensar deliberadamente esa parte, a fin de ver cuáles músculos está tensando... y luego, vuelva a soltar... Ahora, centre su atención sobre su respiración... Dese cuenta de todos los detalles de su respiración... Sienta el aire penetrar por su nariz o su boca... Siéntalo bajar por su garganta... y sienta su pecho y su vientre moverse mientras respira... Imagine ahora que su respiración es como suaves olas en la playa, y que cada ola lava suavemente alguna tensión de su cuerpo... y lo relaja aún más... Ahora dese cuenta de cualquier pensamiento o imágenes que entren en su mente... sólo dese cuenta de ellos... ¿Qué son y cómo son?... Imagine ahora que coloca todos estos pensamientos e imágenes en un frasco de vidrio y los observa... Examínelos... ¿Cómo son estos pensamientos e imágenes y qué hacen cuando usted los observa?... A medida que más imágenes y pensamientos vayan penetrando en su mente, colóquelos en el frasco también, y vea qué puede aprender acerca de ellos... Tome ahora este frasco y vierta los pensamientos y las imágenes. Observe como se vierten y desaparecen y el frasco se vacía... Ahora me gustaría que se imaginara que es un rosal y descubra cómo es ser un rosal... Sólo deje desarrollarse su fantasía sobre sí misma y vea qué puede descubrir acerca de ser un rosal... ¿Qué tipo de rosal es usted? ¿Dónde está creciendo?... ¿Cómo son sus raíces?... ¿Y en qué tipo de suelo está enraizado? Vea si puede sentir sus raíces creciendo en la tierra... ¿Cómo son su tronco y sus ramas?... Descubra todos los detalles de ser este rosal. ¿Cómo se siente siendo este rosal?... ¿Cómo son sus alrededores?... ¿Cómo es su vida siendo este rosal?... ¿Qué experimenta y qué le sucede cuando cambian las estaciones?... Continúe descubriendo aún más detalles de su vida como este rosal, ¿cómo siente su vida y qué le sucede? Permita que su fantasía continúe por un momento... En un rato más le pediré que abra los ojos y regrese al grupo y exprese su experiencia de ser un rosal. Quiero que lo relate en primera persona del presente

como si sucediera ahora. Por ejemplo, "Yo soy una rosa silvestre creciendo sobre la ladera empinada de un cerro, en un suelo muy rocoso. Me siento muy fuerte y muy bien al sol, pájaros pequeños hacen sus nidos sobre mis ramas" — o cualquiera que sea su experiencia como rosal. También trate de expresar esto a alguien. Hable a quien quiera o a distintas personas en tiempos diferentes, pero comuníquese con alguien, no sólo transmita sus palabras al aire. Abra sus ojos cuando se sienta pronto y exprese su experiencia de ser un rosal...

C2. PREGUNTA DEL MILAGRO (Shazer, 1985)

“Imaginen que esta noche, mientras están durmiendo, sucede una especie de milagro y los problemas que les han traído aquí se resuelven, no como en la vida real, poco a poco y con el esfuerzo de todos, sino de repente, de forma milagrosa. Como están durmiendo no se dan cuenta de que este milagro se produce. ¿Qué cosas van a notar diferentes mañana que les hagan darse cuenta de que este milagro se ha producido?”.

C3. PASEO A CIEGAS (Stevens, 1971)

“Habitualmente dependemos tanto de la visión que tendemos a ignorar nuestros otros sentidos: el oído, el tacto, el olfato y los sentidos de nuestro cuerpo. Quiero que se levanten y se guíen en un "paseo a ciegas", a fin de que puedan tomar más contacto con esos otros sentidos. Uno de ustedes se pondrá una venda (si no hay vendas disponibles puede cerrar los ojos) durante unos veinte minutos, mientras su compañero lo guía. Luego cambiarán de papel y harán el ejercicio durante otros veinte minutos. Decidan ahora con quién les gustaría hacer este paseo a ciegas y reúnanse... La tarea del guía es proporcionar a la persona "ciega" una amplia variedad de experiencias táctiles, olfativas, auditivas, etc. Además, el guía debe conducir al "ciego", protegiéndolo de toda cosa que pueda ser peligrosa, atemorizante o realmente desagradable. Mientras guíe al "ciego", tómelo la mano de este modo. (Demuéstrelo.) El guía toma la mano como si estuviera sosteniendo un vaso pequeño y gordo, y el "ciego" engancha su mano sobre la del guía tocando el centro de la palma de la mano con sus yemas. Este es un modo muy cómodo de tomarse de las manos y permite que el guía pueda sostener fácilmente a la persona "ciega" si tropieza o pierde el equilibrio. Ninguno de los dos puede hablar. Comuníquense mediante la dirección dada al movimiento de las manos y la presión con que se toman. Conduzca lentamente al "ciego" cuando suban escalones o

pasen sobre obstáculos, y emplee su mano libre para indicar la dirección tocándolo, y para guiar la mano libre del "ciego", su cabeza, etc., hacia lo que usted quiere que experimente. Cuando llegue a un gran objeto, como un árbol, ubique ambas manos del "ciego" sobre eso y espere pacientemente hasta que haya terminado de sentirlo antes de llevarlo hacia algún otro sitio o cosa. Dele todo el tiempo necesario para que pueda vivenciar totalmente aquello con lo cual está en contacto. Tome conciencia de sus vacilaciones y no lo apresure ni lo incite. Si va lentamente al principio, él se volverá más confiado a medida que se vaya habituando a la situación.

Ponga a la persona en contacto con una amplia variedad de objetos, tanto naturales como industriales, artesanales, etc., para brindarle una rica experiencia sensorial. En algún momento del paseo asegúrese de incluir alguna persona a la que el "ciego" pueda tocar. Otra linda experiencia es rodar lentamente por una pendiente de pasto, si la hay disponible. Luego, en el paseo intente caminar más ligero y después, si ambos lo desean, traten de correr lentamente. Esta es una experiencia fantástica, pero sólo si ustedes se sienten lo suficientemente seguros para hacerlo. Uno puede calcular el grado de resistencia de una persona mediante la presión de su mano y sus movimientos corporales. No obligue a la persona "ciega" a hacer nada que no quiera, aun estando usted seguro de que eso es inofensivo. ¿Alguna pregunta?... Muy bien. Uno de ustedes póngase la venda y comience su paseo. Recuerden: nada de hablar... (Haga esto en un día lindo, fuera de la casa. Si está atrapado en una ciudad u obligado a permanecer adentro por el mal tiempo, intente explorar a ciegas un objeto, experimento que aparece en el capítulo destinado a Las actividades para el grupo.)”

C4. RINCONES EMOCIONALES (Lizeretti, 2012)

“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.
- La 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 pecera, de forma que aunque se lleva a cabo a nivel Individual se hallan implicados todos los miembros del grupo.

C5. ESCULTURAS FAMILIARES (Satir, 1972)

“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”.

C6. TRABAJO CON LA ASERTIVIDAD

Es el comportamiento que permite a una persona a actuar según sus propias necesidades y que puede expresar sus derechos respetando los de los demás.

Implica la capacidad para:

- Expresar sentimientos negativos y positivos de forma eficaz teniendo en cuenta la sensibilidad de los demás.
- Saber hacer peticiones. Saber expresar las propias necesidades sin esperar que los demás “adivinen” qué nos ocurre.
- Poder decir que no.
- Discriminar: expresarse con personas en momentos y situaciones adecuados.
- Defenderse sin agresión o pasividad frente a la conducta poco cooperadora o razonable de los demás.
- Tomar iniciativa para satisfacer las propias necesidades.

Al inicio de la práctica de estos comportamientos puede aparecer ansiedad o sentimientos de culpa. Es importante que continúes poniéndolos en práctica para que más adelante sean más espontáneos; podrás comprobar que la ansiedad irá disminuyendo.

Inicialmente para ayudarte es importante tener en cuenta las siguientes orientaciones:

- Planificar los mensajes.
- Ser empático: ponerse en el punto de vista del otro.
- No culpabilizar, ni recurrir a las amenazas. Es importante dar alternativas. Es más eficaz una demanda que una queja.
- Saber aceptar los propios errores.
- Mantener la propia posición cuando sea necesario.
- Delante de las críticas:
 - No contestar de forma rápida.
 - Hacer una valoración propia.
 - Preguntar para aclarar la crítica.
 - Disculparse cuando sea necesario sin entrar en justificaciones repetitivas.

| | INSEGURO/PASIVO | ASERTIVO | AGRESIVO |
|------------------------|---|---|---|
| CARACTERÍSTICAS | No ser capaz de expresar abiertamente los sentimientos, pensamientos u opiniones. Expresarlos de manera derrotista, con disculpas o falta de confianza. Falta de respeto hacia las propias necesidades. | Expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos, opiniones sin castigar, amenazar ni violar los derechos de los demás. Implica respeto hacia uno mismo. Reconociendo las propias responsabilidades y de las consecuencias de los actos. | Defensa de los derechos personales y expresión de pensamientos y opiniones de manera impositiva e inapropiada. La agresión puede ser verbal (comentarios ofensivos, amenazas, etc.) o no verbal (gestos hostiles, miradas desafiantes, etc.). |
| CONDUCTA VERBAL | “Quizás, supongo, ¿te importaría mucho?, realmente no es importante, no te molestes, etc.”. | “Pienso, siento, quiero, ¿qué te parece?, ¿qué piensas?, ¿cómo podemos resolver esto?, etc.”. | “Harías mejor en, si no tienes cuidado, debes estar bromeando, deberías, malo, etc.”. |
| EFECTOS | Conflicto personal, tristeza, sentimiento de incompreensión, soledad, etc. | Resuelve los problemas, se siente a gusto consigo mismo y con los demás, se siente satisfecho, crea oportunidades, etc. | Conflictos interpersonales, culpa, frustración, hiera a los demás, pierde oportunidades, se siente enfadado, etc. |

C7. FANTASÍA DE LA OBRA DE TEATRO (Berne, 1973)

“Imagina que han pasado muchos años desde que moriste... Una persona que te conocía mucho decide hacer una obra de teatro sobre tu vida.... Es el día del estreno, en unos minutos empezará la función y tú la vas a ver... Imagina que estás llegando al teatro, y lo observas atentamente... Intenta visualizarlo... ¿qué tipo de teatro es? Estás al vestíbulo del teatro y allá hay un gran cartel donde se anuncia la obra de tu vida, ¿cómo se titularía?

Por el megáfono anuncian que la obra está a punto de empezar, entras a la sala y buscas un lugar para sentar.... ¿dónde te situarías? Desde tu asiento, observas el interior del teatro, imagina como sería..... También observas la otra gente... ¿hay mucha? ¿Puedes identificar a alguien?

Poco a poco se van apagando las luces y se abre el telón... aparece la primera escena de la obra... Ésta hace referencia a tu niñez... ¿qué se está representando? Te dejo unos minutos para que observes y recuerdes esta primera escena.... Intenta posarte en la piel del protagonista, reviviendo sus sentimientos y pensamientos....

Cae el telón y se acaba la primera escena. Observa tu reacción y la del resto del público. ¿Qué tipo de escena se acaba de representar? ¿Ha sido una comedia, una tragedia, etc.?

Al cabo de poco, se vuelve a levantar el telón y se inicia la segunda escena, ésta corresponde a tu adolescencia... Te pido pues, que imagines qué escena podría ser representativa y que lo observes atentamente mientras ésta se va desarrollando, intenta revivir la intensidad de aquel momento....

Poco a poco se va acabando y cae el telón. Vuelve a observar qué reacciones hay en ti y cómo te sientes.... ¿Qué tipo de escena ha estado?

La obra sigue adelante, está a punto de empezar una escena que representa tu estado actual... Observa curiosamente qué se representa, los sentimientos y personajes que aparecen... Intenta revivirlo con intensidad para tener una idea detallada del conjunto de la escena....

Esta escena ya se ha acabado... ¿Qué sentimientos y emociones se te despiertan? ¿Qué reacciones tienen el resto del público? Puedes volver a intentar categorizar esta escena, si quieres, según su género...

La obra va avanzando y ya nos encontramos en la penúltima escena.... Esta representa tu adultez... Es una escena que se sitúa en un futuro... Cuando tú tengas unos 15-20 años más... ¿Qué ves? ¿Qué está pasando?

Cae el telón, escucha tu interior y mira qué sentimientos y emociones se han despertado...

La última escena, representará el día de tu muerte... Fíjate cómo se desarrolla esta escena.... ¿Dónde estás?.... ¿Qué edad crees que tienes?..... ¿Hay alguien acompañándote?.... Vive este último momento....

Ahora te pido que imagines cuál sería tu epitafio.... Y qué te pondrían los otros.

Cae el talón y la obra se ha finalizado... Se abren las luces.... Observa tu reacción y la de los otros.... ¿La gente aplaude? ¿Qué comentarios oyes?

Poco a poco el teatro se va vaciando y tú también marchas....

Toma unos minutos para reflexionar y coger conciencia de todo lo que has visto.... Puedes hacer unas respiraciones muy profundas...

Lentamente, vas moviendo los pies... manos... brazos.... y cuando quieras, te incorporas...”

C8. DISTORSIONES COGNITIVAS (Resumen de Gimeno-Bayón y Rosal, 2001)

- 1- Filtraje: visión de túnel selectiva de los detalles negativos.
- 2- Pensamiento Polarizado: percepción dicotómica y extremista (blanco-negro, persona perfecta fracasada).
- 3- Sobregeneralización: conclusión a partir de un solo evento; se espera que lo negativo ocurra una y otra vez.
- 4- Interpretación De Pensamiento, intenciones y sentimiento de los otros (proyección).
- 5- Visión Catastrófica: se espera el desastre (y si...).
- 6- Personalización: todo lo que la gente hace o dice, es una reacción frente a uno mismo y además ayuda a la comparación.
- 7- Falacias De Control: sentirse impotente, controlado por los otros, u omnipotente, responsable del sufrimiento o felicidad de los otros.
- 8- Falacia De Justicia: la persona cree que conoce lo que es justo, pero los demás no están de acuerdo con ella y pretende la aplicación de normas legales a relaciones interpersonales (si me quisiera..., si me apreciase..., si se limitaran a jugar limpio y valorarme adecuadamente...).

- 9- Razonamiento Emocional: cree que lo que se siente ha de ser verdadero.
- 10- Falacia De Cambio: mi felicidad depende de los actos de los demás y el otro cambiará para adaptarse a mí si presiono o camelo suficiente.
- 11- Etiquetas Globales: se generalizan una o dos cualidades de un juicio negativo global, con una visión exagerada.
- 12- Culpabilidad: si sufro, alguien es culpable o bien, si alguien de mí alrededor sufre yo soy culpable.
- 13- Los Debería: los demás –o yo- deberían conocer la lista que tengo de normas reglas – rígidas- y seguirlas; si las transgreden hay que enojarse o culpar.
- 14- Tener Razón: necesidad de probar continuamente que el propio punto de vista es el correcto, sin detenerse en la posible veracidad de una opción diferente.
- 15- Falacia De La Recompensa Divina: mientras uno se sacrifica, y si no llega la recompensa, lo que sí llega es el resentimiento y la hostilidad.