

Terapia basada en Inteligencia Emocional y Trastorno Límite de la Personalidad en adolescentes institucionalizados

Ferran Burgal Juanmartí

<http://hdl.handle.net/10803/673272>

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:	Terapia basada en Inteligencia Emocional y Trastorno Límite de la Personalidad en adolescentes institucionalizados.
Realizada por	Ferran Burgal Juanmartí
en el Centro	Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna
y en el Departamento	Psicología
Dirigida por	Dr. Jordi Segura Bernal Dra. Victoria Fernández Puig

« C'est par la vanité de cette même imagination qu'il s'égalé à Dieux, qu'il s'attribue les conditions divines, qu'il se trie soi-même et sépare de la presse des autres créatures, tailles les parts aux animaux, ses confrères et compagnons, et leur distribue telle portion de faculté et de force que bon lui semble. Comment connait-il par l'effort de son intelligence les branles internes et secrets des animaux ? Par quelle comparaison d'eux à nous conclut-il la bêtise qu'il leur attribue ? »

Montaigne (Essais, 1580, livre II, chapitre 12.)

«Even plants and animals were mechanized. Around the time that Homo Sapiens was elevated to divine status by humanist religions, farm animals stopped being viewed as living creatures that could feel pain and distress, and instead came to be treated as machines. Today these animals are often mass-produced in factory-like facilities, their bodies shaped in accordance with industrial needs. They pass their entire lives as cogs in a giant production line, and the length and quality of their existence is determined by the profits and losses of business corporations. Even when the industry takes care to keep them alive, reasonably healthy and well fed, it has no intrinsic interest in the animals' social and psychological needs (except when these have a direct impact on production). »

Yuval Noah Harari (Sapiens, 2013, Chapter 17 The wheels of Industry)

Agradecimientos

En primer lugar, quisiera agradecer a todos los participantes de esta investigación. Sin ellos, sin su confianza, esto no hubiese sido posible. Como psicólogo, pero sobre todo como persona, he aprendido tanto de cada uno de los adolescentes de esta investigación como ellos de mí. La sabiduría de muchos de ellos, a tan temprana edad, me han convertido en una persona más sensible y humilde. Gracias.

Me gustaría agradecer a mi familia por su gran apoyo incondicional en este largo camino que ha sido el doctorado. Nunca me han presionado más de lo que necesitaba y siempre me han animado a no desfallecer.

Als meus directors de tesi, al Drs. Jordi Segura i Victoria Fernández, per ajudar-me quan mes ho necessitava. Jordi, gràcies per la teva ajuda incondicional. El teu tacte, la teva paciència i sobretot la teva diplomàcia i capacitat de tranquil·litzar a qualsevol en els pitjors moments, han sigut indispensables per mi. Sense la teva ajuda se m'hagués fet mol difícil seguir endavant. I a tu Victòria, gràcies per la teva ajuda i paciència incommensurable, especialment en el tractament de les dades. Gràcies als dos, crec i espero haver après una mica de lo millor de cadascun.

A tu Míriam, he pogut comptar amb tu quan ho he necessitat. Gràcies per la teva ajuda i recolzament incondicionals.

También me gustaría agradecerle a Sara su fantástica ayuda en todo, no solo en la tesis sino también en la vida en general. I als meus amics eterns i de tota la vida, Gerard, Jeanfi, Jaime, Thibaut i Álvaro, gràcies per estar sempre allà quan ho he necessitat.

À Aurore, toujours là pour me donner des bons moments de rire et soulagement. Merci pour ces inoubliables aventures qu'on a vécu dans d'autres mondes et qui m'ont autant aidé à surmonter les difficultés de la vie.

A tu Núria, m'has ajudat a comprendre el significat real d'aquesta tesi i a tocar de peus a terra quan mes falta em feia.

Quisiera agradecer a las instituciones, investigadores y profesionales que han participado, directa o indirectamente, en esta investigación. A la *Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència* y al *Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya* por el acuerdo que permitió realizar esta investigación en menores institucionalizados, así como al

Grupo de Trabajo en Inteligencia Emocional por brindarme la oportunidad de ser partícipe en este proyecto, así como a la Dra. Lizeretti por sus enseñanzas en el campo de la Inteligencia Emocional. También agradecerle a mi universidad, la *Universitat Ramon Llull*, especialmente a *Blanquerna, FPCEE*, por su buena gestión de todos los asuntos que han surgido a lo largo de esta investigación. Quisiera agradecer al director del plan de Doctorado, el Dr. Jordi Segura, así como al Dr. Xavier Carbonell, su capacidad diplomática en los momentos más difíciles, a la Dra. Ana Andrés por su valiosa ayuda y disposición con lo relacionado a la metodología, al Grupo de Investigación *COMSAL*, así como a todos profesores de esta universidad y de otros lugares que tanto me han ensañado todos estos años y cuyas enseñanzas viajan conmigo. Muy especialmente me gustaría agradecer a Ferran Aliaga, Carol Palma, Núria Farriols, Paco Barón, Carlos Moreno, Julieta Piastro, Sergi Corbella, y tantos otros, de los cuales atesoro un muy bello recuerdo, no solo de lo qué me enseñaron, sino también de su forma de ser y de ver el mundo.

Y a ti Carmen, tu recuerdo siempre me ha guiado en el camino de ser una buena persona, y en los momentos más oscuros, donde otras luces se han apagado, la tuya ha permanecido incandescente. Allí donde estés, gracias.

Título:

Terapia basada en Inteligencia Emocional y Trastorno Límite de la Personalidad en adolescentes institucionalizados.

Resumen:

A día de hoy, pocos estudios han evaluado la Inteligencia Emocional (IE) en el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y menos aún en sus fases previas o iniciales, como sería la adolescencia. De igual forma, muy pocos estudios han valorado la prevalencia de este trastorno en adolescentes institucionalizados. Paralelamente, muy pocas investigaciones en el mundo han evaluado la eficacia de una psicoterapia en este colectivo. Este estudio buscó analizar la prevalencia del TLP en adolescentes institucionalizados, así como estudiar la eficacia de una terapia basada en el desarrollo de la IE (TIE) en dichos menores. Un total de 61 participantes fueron parcialmente aleatorizados para recibir, durante tres meses, o bien Tratamiento Habitual (TH; N=25), o bien la Terapia basada en Inteligencia Emocional (TIE) integrada al TH (N=36). Las variables estudiadas fueron el TLP, la satisfacción vital y la Inteligencia Emocional autopercebida. Los resultados obtenidos indicaron, en la fase pre-intervención, una gran prevalencia de sintomatología bordelinde en menores institucionalizados, así como una correlación negativa entre Trastorno Límite de la Personalidad y satisfacción general con la vida. Y, en la fase post-intervención, los datos mostraron una clara mejoría en satisfacción vital y sintomatología asociada al TLP en los participantes que del grupo TIE+TH, mientras que no hubo cambios significativos en el TH en ninguna de las variables estudiadas. Los hallazgos de la presente investigación sugieren, por una parte, que existe una relación entre experiencias traumáticas en la infancia y elevada presencia de sintomatología borderline y, por otra parte, que la TIE es eficaz para tratar el TLP, como mínimo en sus fases previas, así como para ayudar a menores institucionalizados a que tengan una mayor satisfacción general con la vida.

Palabras Clave:

Inteligencia Emocional (IE), Terapia basada en Inteligencia Emocional (TIE), Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), adolescentes institucionalizados

Títol:

Teràpia basada en Intel·ligència Emocional i Trastorn Límit de la Personalitat en adolescents institucionalitzats.

Resum:

A dia de avui, pocs estudis han avaluat la Intel·ligència Emocional (IE) en el Trastorn Límit de la Personalitat (TLP), i menys encara en les seves fases prèvies o inicials, como seria la adolescència. Igualment, molt pocs estudis ha valorat la prevalença d'aquest trastorn en adolescents institucionalitzats. Paral·lelament, molt poques investigacions en el mon han avaluat la eficàcia de una psicoteràpia en aquest col·lectiu. Aquest estudi va analitzar la prevalença del TLP en adolescents institucionalitzats, així com estudiar la eficàcia de una teràpia basada en el desenvolupament de la IE (TIE) en aquest menors. Un total de 61 participants van ser parcialment aleatoritzats per rebre, durant tres mesos, o be el Tractament Habitual (TH), o be la Teràpia basada en Inteligencia Emocional (TIE) integrada al TH (N=36). Les variables estudiades van ser el TLP, la satisfacció vital i la IE autopercebuda. Els resultats obtinguts van indicar, en la fase pre-intervenció, una gran prevalença de simptomatologia borderline en menors institucionalitzats, així com una correlació negativa entre TLP i satisfacció vital. I, en la fase post-intervenció, les dades van mostrar una clara milloria en satisfacció vital i simptomatologia associada al TLP en els participants del grup TIE+TH, mentre que no va haver-hi canvis significatius en el TH en ninguna de les variables estudiades. Els descobriments de la present investigació suggereixen, per una part, que existeix una relació entre experiències traumàtiques en la infància i elevada presencia de simptomatologia borderline i, per una altra part, que la TIE és eficaç per tractar el TLP, com a mínim en les seves fases prèvies, així com per ajudar a menors institucionalitzats per que tinguin una major satisfacció general amb la vida.

Paraules Clau:

Intel·ligència Emocional (IE), Teràpia basada en Intel·ligència Emocional (TIE), Trastorn Límit de la Personalitat (TLP), adolescents institucionalitzats

Title:

Emotional Intelligence based Therapy and Borderline Personality Disorder on institutionalized teenagers.

Abstract:

Nowadays, few studies have evaluated Emotional Intelligence (EI) in Borderline Personality Disorder (BPD), and even fewer studies have done it on its initial stages, like it would be teenagerhood. Moreover, few researches have investigated the prevalence of this disorder among institutionalized teenagers. Meanwhile, very few investigations all over the world have measured the effectiveness of a psychotherapy on this kind of sample. Thus, this investigation analyzed the prevalence of BPD on institutionalized teenagers, as well as the effectiveness of an emotional intelligence-based therapy (EIT) on these teenagers. 61 participants were partially randomized in order to be submitted, during three months, either to the Treatment as Usual (TAU) or to the Emotional Intelligence-based Therapy (EIT) combined with TAU. The analyzed variables were BPD, life satisfaction and self-perceived EI. Results showed, on the pre-intervention stage, a great prevalence of borderline symptoms, as well as a negative correlation between BPD and life satisfaction. On the post-intervention stage, results proved a clear improvement in life satisfaction and BPD on the EIT+TAU group, whilst there were no significative changes on the TAU group in any variable. The findings on this investigation indicate, in one hand, that there is a link between traumatic experiences in childhood and high prevalence of BPD, and, in the other hand, that EIT is effective in treating BPD, at least in its early stages, as well as for helping institutionalized children in having a better life satisfaction.

Key words:

Emotional Intelligence (EI), emotional intelligence-based therapy (EIT), Borderline Personality Disorder (BPD), institutionalized teenagers

Índice

Agradecimientos	5
Resumen	7
Introducción y presentación	13

Capítulo 1. Marco teórico

1. Las emociones	19
1.1. Perspectivas teóricas en el estudio de las emociones	19
1.2. Función y desarrollo de las emociones	28
1.3. Tipos de emociones	31
1.4. Las emociones en psicoterapia	34
2. La Inteligencia Emocional	37
2.1. Definición de Inteligencia Emocional	37
2.2. El modelo de Salovey y Mayer	38
2.3. Inteligencia Emocional y bienestar	42
2.4. Evaluación de la Inteligencia Emocional	46
3. El Trastorno Límite de la Personalidad	48
3.1. Características del Trastorno Límite de la Personalidad	48
3.2. Trastorno Límite de la Personalidad e Inteligencia Emocional	51
3.3. Tratamientos para el Trastorno Límite de la Personalidad	53
4. Los adolescentes institucionalizados	57
4.1. Características psicosociales de los adolescentes institucionalizados	57
4.2. Intervenciones y tratamientos para los adolescentes institucionalizados	62
5. La Terapia basada en la Inteligencia Emocional	65
	10

5.1. Fundamento y objetivos	65
5.2. Técnicas psicoterapéuticas	70
5.3. Modalidad de aplicación	73
5.4. Efectividad	74

Capítulo 2. Diseño de la investigación

1. Justificación de la presente investigación	79
2. Objetivos e hipótesis	80
3. Método	82
3.1. Tipo de estudio	82
3.2. Características de la muestra	83
3.3. Tratamientos	84
3.4. Materiales	87
3.5. Procedimiento	88
3.6. Análisis de datos	91
4. Consideraciones éticas	92

Capítulo 3. Estudios empíricos

1. Artículo 1: <i>Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad: una revisión.</i>	98
2. Artículo 2: <i>Trastorno Límite de la Personalidad e Inteligencia Emocional en adolescentes institucionalizados.</i>	117
3. Artículo 3: <i>Eficacia de la Terapia basada en Inteligencia Emocional en adolescentes institucionalizados.</i>	135

Capítulo 4. Discusión

1. Consideraciones generales	163
2. Discusión en relación a los estudios empíricos	167
3. Últimas aportaciones	174
4. Limitaciones	177
5. Líneas de investigación futuras	183

Capítulo 5. Conclusiones

189

Capítulo 6. Referencias

195

Capítulo 7. Anexos

1. Anexo 1: Consentimiento informado	223
2. Anexo 2: Convenio con la <i>Direcció i Atenció de la Infància i la Adolescència</i>	225
3. Anexo 3: Valoraciones de los comités de ética	230

Introducción y presentación

Las motivaciones para la realización de esta tesis son múltiples y de carácter muy variado, pero todas ellas podrían reducirse principalmente a dos tipos de factores, unos de carácter personal y otros de carácter académico, intelectual o científico. Las razones científicas para la realización de esta tesis, las cuales sí deben ser justificadas, se basan en la importancia que yo mismo, el autor de este trabajo, consideré en su momento que tenían las habilidades emocionales y psicológicas que tenemos los seres humanos para sobrellevar el sufrimiento, adoptar posturas adaptativas ante las adversidades de la vida, así como el ser capaz de relacionarse con otros de manera sana, plena y auténtica.

De aquí me interesé en la Inteligencia Emocional y las intervenciones que se enfocaban en aumentar las habilidades intrapsíquicas de la persona, fue entonces cuando descubrí la Terapia basada en Inteligencia Emocional (Lizeretti, 2012), y mi objetivo era poder demostrar que todo sufrimiento, incluso el más terrible, puede sobrellevarse con la ayuda adecuada, y que cualquier persona, si ella lo desea, puede cambiar su manera de ser y de funcionar para llegar a una vida más plena. En definitiva, mi objetivo era seguir en la línea de aquellos que creen que el ser humano es un animal que, a base de consciencia, voluntad, aprendizaje y perseverancia, puede sobreponerse a grandes dificultades, siempre y cuando este lo desee de manera auténtica. Lo único que haría falta sería saber el cómo, y este “cómo” nos lo han aportado generaciones de personas; chamanes, monjes, filósofos, médicos, psicólogos, etc., que, cada uno con su granito de arena y su visión particular de la realidad, nos han ido enseñando maneras de vivir de manera más plena con nosotros mismos y con los demás.

A raíz de ello, surgió la pregunta “¿en quién se podría aplicar un tratamiento de este tipo?”. Evidentemente en mucha gente, pero ¿quién lo necesitaría más y quién podría beneficiarse enormemente de algo así? Dos respuestas aparecieron simultáneamente, los menores institucionalizados y la personas con trastorno límite de la personalidad. A priori, parecía que ambos colectivos podrían tener características muy similares, especialmente en lo relacionado a las historias familiares y en los perfiles psicológicos. Así pues, se decidió investigar y, efectivamente, las investigaciones apuntaban en esa dirección. Los menores institucionalizados presentaban graves problemas psicológicos, entre ellos una importante prevalencia del Trastorno Límite de la Personalidad, entre otros trastornos, y al mismo tiempo parecía ser que estaban muy poco atendidos a pesar de la

gravedad psicológica que las investigaciones nos indicaban que presentaba dicho colectivo.

Así pues, se decidió realizar una investigación que estudiara, en un primer lugar, la relación entre sintomatología borderline, satisfacción vital e inteligencia emocional en menores institucionalizados y, en segundo término, ver el efecto que tendría la aplicación de una terapia basada en el desarrollo de habilidades emocionales, en este caso la Terapia basada en Inteligencia Emocional (Lizeretti, 2012), en este colectivo y en dichas variables.

El formato de la tesis se presenta por estudios, dos de ellos publicados en revistas científicas con proceso de revisión de pares e indexadas por el *Institute for Scientific Information* (ISI) en el *Journal Citation Report* (JCR) y uno de ellos pendiente de ser publicado. Este trabajo recoge y estudia principalmente tres grandes temas de investigación; el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), los menores institucionalizados y la Inteligencia Emocional (IE). No obstante, esta investigación no se reduce a una simple evaluación, sino que busca aplicar una intervención basada en el desarrollo de la Inteligencia Emocional en adolescentes institucionalizados de manera a que estos puedan mejorar psicológicamente. La terapia utilizada en esta investigación es la Terapia basada en Inteligencia Emocional (TIE), creada, desarrollada, manualizada y validada empíricamente en pacientes psiquiátricos por la Dra. Lizeretti (2009; 2012).

La primera parte de la tesis engloba pues el marco conceptual relativo a las emociones y a la Inteligencia Emocional, el Trastorno Límite de la Personalidad y los tratamientos utilizados hasta el día de hoy para intervenir con personas con este trastorno, los menores institucionalizados, y la Terapia basada en Inteligencia Emocional.

La segunda parte consiste en el diseño de la investigación, cuyo objetivo principal es valorar la eficacia de la TIE en menores institucionalizados, y la exposición de los resultados de la aplicación de esta terapia en dicho colectivo a través de los tres artículos científicos en cuestión.

Finalmente, la tercera y última fase consiste en la discusión de los resultados, expuestos los diferentes artículos o estudios, y la conclusión general de esta investigación.

Los dos artículos publicados que se derivan de esta tesis son los siguientes:

- Burgical, F., & Lizeretti, N. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 148-156.
- Burgical, F., Segura, J., Fernández-Puig, V. & Sánchez-Matas, M. (2019). Trastorno Límite de la Personalidad e Inteligencia Emocional en adolescentes institucionalizados. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 19 (2), 229-238.

Para facilitar la comprensión del tribunal, deseo especificar que la aportación del autor de la tesis en la elaboración de dichos artículos fue la de elaborar el diseño de la investigación, la realización del trabajo de campo, la recogida de datos, el análisis estadístico y la redacción de los respectivos artículos.

Un tercer estudio, que se recoge en esta tesis, será publicado a posteriori de la entrega de este trabajo. Además de estos tres estudios que forman el cuerpo principal de esta tesis, los resultados de esta investigación abren la puerta a otros estudios hipotéticamente publicables en un futuro. Otros investigadores que han participado en este proyecto, y que han aportado sus respectivas contribuciones, podrían aportar sus datos a los presentados en este trabajo para crear nuevos estudios que analicen las problemáticas aquí tratadas desde otras combinaciones de variables y puntos de vista.

Finalmente, y no menos importante, debemos mencionar que esta tesis se ha llevado a cabo mediante un convenio entre el *Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya* y la *Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència*, órgano dependiente del *Departament de Benestar i Família* de la *Generalitat de Catalunya*, y con la participación de la FPCEE, Blanquerna. Fueron pues investigadores del grupo de trabajo en inteligencia emocional de *Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya* y de la FPCEE Blanquerna los que llevaron a cabo esta investigación.

En todo momento, y por encima de todo, se priorizaron las necesidades de los menores en cuestión. Su participación fue siempre voluntaria, con consentimiento informado, y estos podían abandonar la intervención en cualquier momento si así lo deseaban.

Esta investigación no presenta conflictos de interés, se plantea con independencia, transparencia, honestidad y buenas prácticas de investigación considerando los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, y tiene un interés estrictamente científico y social.

Capítulo 1

Marco teórico

Capítulo 1. Marco teórico

1. Las emociones

Las emociones forman parte de la vida de todas las personas, de prácticamente todo lo que hacen, son inherentes a la propia condición humana y determinan en gran medida nuestra existencia (Limonero, 2003).

Las emociones han interesado desde la antigüedad, tanto a los filósofos como a los médicos, originariamente. Algunos historiadores consideran a Aristóteles un precursor de las teorías cognitivo-emocionales y relatan cómo en la Edad Media los “médicos filósofos” se interesaron por las emociones en términos de “pasión”, y en cómo ésta actúa de motivadora y reguladora del comportamiento humano, como así lo mencionó Vives a principios del siglo XVI. También Huarte de San Juan, o el mismo Spinoza, que notó la relación entre los pensamientos, lo que hoy diríamos funciones cognitivas, y los estados emocionales. Estos y otros famosos intelectuales se ocuparon de este fenómeno, como señalan Martínez-Sánchez, Fernández-Abascal y Palmero (2002). Más adelante, Darwin, en una obra pionera, menciona la importancia de la dimensión expresiva de las emociones por su función adaptativa y de supervivencia (Darwin, 1872).

Pero, ¿qué se entiende científicamente por emociones? El concepto de emoción puede variar en su significado y en sus implicaciones en función de perspectiva científica, incluso de la perspectiva antropológica de la que se parte. La definición del constructo es compleja y multidisciplinar, pudiéndose definir, como se ha apuntado, desde perspectivas tan diversas y complementarias como la filosofía, la neurología y la psicología.

1.1. Perspectivas teóricas en el estudio de las emociones

A día de hoy, son múltiples las teorías y los enfoques para investigar en el campo de las emociones, lo cual condiciona también las metodologías: de intervención, clínica, educativa, comunitaria, etc. No obstante, es posible hacer un recorrido histórico sucinto sobre cómo han evolucionado las diferentes teorías y aproximaciones, con la simple finalidad de hacer un resumen que nos permita posicionar la dirección de la tesis.

1.1.1 Perspectivas fisiológica y adaptativa de la emoción

El interés científico moderno por las emociones viene ya del s. XIX. Uno de los padres de la psicología, de aquellos que dieron el salto desde una ciencia antigua, de base filosófica, a una ciencia moderna, experimental, ya se interesó por investigar sobre la respuesta emocional de los individuos. William James avanzó desde una posición del conocimiento más filosófica hacia una posición experimental, considerando que una emoción se debe entender como un tipo especial de sensación. En sus estudios pioneros, curiosamente de carácter muy neurobiológico (la filosofía, medicina y la psicología no estaban demasiado alejadas), James sugirió que la diferenciación de las emociones se hace en base al feedback del sistema periférico (James, 1884). Más concretamente, afirmó que la percepción de los estados fisiológicos internos es lo que nos hace sentir una cierta emoción. Según él, los cambios corporales siguen directamente la percepción del hecho desencadenante y nuestra sensación de estos cambios, a medida que se producen, es la emoción (James, 1884). Paralelamente, en la misma época, otro científico, Lange (1885), puso énfasis en los cambios vasculares. Mientras que James señalaba cambios en los órganos periféricos y en el sistema motor, Lange se centró en los cambios de presión sanguínea. A pesar de estas pequeñas diferencias, se creó así la teoría de James-Lange, con unos principios básicos. Primero, que por cada experiencia emocional subjetiva ha de haber un patrón específico de reacciones corporales. Segundo, que los cambios corporales son necesarios para que se dé una emoción. Tercero, que la percepción de los cambios corporales ha de producirse en el momento que estos ocurren. Cuarto, que la activación voluntaria de los cambios corporales propios de una emoción debería producir dicha emoción. Y, finalmente, que cada persona posee unas características individuales respecto a las reacciones corporales.

Posteriormente a la teoría de James-Lange, Cannon (1927) propuso una teoría alternativa, la “teoría talámica de las emociones” también llamada “teoría de Cannon-Bard”. Esta teoría postula que para experimentar una determinada emoción ha de haber una serie de acontecimientos que empiecen con la percepción del estímulo que, a su vez, estimulen el tálamo, teniendo dos efectos simultáneos: activación de los músculos y las vísceras, y feedback informativo hacia el córtex produciendo la experiencia emocional. De esta forma, la emoción, en tanto que experiencia subjetiva, y también los cambios

corporales, ocurren prácticamente al mismo tiempo, y no habría una relación causal entre ellos.

Desde la posición estrictamente fisiológica se puede avanzar hacia una posición adaptativa, dado que el organismo interactúa con el ambiente, provocándose una influencia mutua, circular. Así, para expertos ya contemporáneos como LeDoux (1991, 1993), las emociones son mecanismos neurológicos que permiten respuestas adaptativas a las situaciones, señalando dos vías, una de respuesta rápida (tálamo-amígdala) y otra más lenta o en segundo plano (tálamo-córtex-hipocampo-amígdala). De forma parecida, Damasio (1994) describe las emociones como reacciones biorreguladoras que buscan favorecer, directa o indirectamente, aquellos estados psicológicos que garantizan no solo la supervivencia, sino también aquello que identificamos como bienestar. Para Damasio las emociones son “programas de acción razonablemente complejos ..., detonados por un objeto identificable o un evento, un estímulo emocionalmente competente” (Damasio, 2010, p.131). Sensación y acción van íntimamente ligadas y, dado que se dan en un contexto, tienen un significado sociocultural ineludible. Además, la cualidad “programática” significa que las emociones son programas estereotipados, insertados evolutivamente en las personas, influenciados por el contexto. Los estímulos que provocan una emoción son los acontecimientos, no idénticos a cada individuo, porque están interpretados por la historia personal. La influencia sociocultural es a dos niveles: en cuanto a la interpretación y en cuanto a las formas de expresión. Asimismo, al tratarse de programas, la persona puede controlar (anticipar, elegir, etc.) los escenarios de conducta. Damasio en fin, para vincular emoción e influencia social, propone el concepto de *marcador somático, como una memoria emocional (neurológica) asociada a un determinado acontecimiento o situación* (Damasio, 1994).

También Greenberg (2004), de forma parecida, las caracteriza como las tendencias de acción relacionales que actúan para establecer, mantener o alterar nuestra relación con el medio ambiente en forma de una disposición a actuar y como bases de conexión social que nos van dando señales acerca de nuestros vínculos sociales e implican diferentes tendencias de acción.

Asociado a la reactividad emocional se utiliza el concepto de temperamento, que consiste en las diferencias individuales características en cuanto a la manera que las personas experimentan y expresan sus emociones (Goldsmith, 1994). Es la tendencia a responder emocionalmente de una forma particular, y depende de una base biológica y de

unas cualidades psicológicas que interaccionan conjuntamente desde el nacimiento, modulando así la conducta emocional del niño mediante su desarrollo ontogénico (Limone-ro, 2003). En esta línea, Lazarus (1994), aún posicionado de forma distinta como vere-mos, subraya que el temperamento es una disposición que aparece de forma temprana en el neonato y condicionará su vida emocional dado que influirá en la manera en que el niño responderá a las situaciones específicas de su entorno.

1.1.2. Perspectiva cognitiva

El enfoque preferentemente cognitivo de las emociones sigue la línea del “proceso de valoración”, en inglés *appraisal*, que se ha fortalecido desarrollado intensamente en nuestros días, por la potencia del paradigma constructivista, aunque no entronca con el paradigma de esta tesis. Curiosamente, la línea arranca de primeros estudios que fueron los realizados por Magda Arnold y su “teoría excitatoria de la emoción” (Arnold, 1945, 1950). Era una teoría inicialmente centrada en variables de tipo psicofisiológico. Sin embargo, una década después de formular su primera teoría, Arnold evolucionó, cambió su dirección y se centró explícitamente en las variables cognitivas que intervienen en el proceso emocional. Así, Arnold desarrolla una primera teoría de la valoración para la emoción, de carácter fundamentalmente automático, dando importancia a la “valora-ción” como forma de explicar el proceso emocional (Arnold, 1960, 1968, 1970). Arnold entiende que la valoración de los estímulos sirve de complemento a la percepción de los mismos, a la vez que desencadena una tendencia de acción, de manera que cuando esta tendencia de acción es suficientemente intensa se produce el fenómeno emocional. Así pues, las valoraciones positivas o negativas de los estímulos percibidos, que también pueden ser imaginaciones o pensamientos, derivan en respuestas emocionales. Su teoría desarrolla también el concepto de sentimiento como resultado de considerar beneficiosa o perjudicial la valoración llevada a cabo.

La línea se consolidó en su referente más significativo, R. S. Lazarus de quien segui-mos hablando. Los modelos basados en la “valoración” comparten unos presupuestos comunes para explicar el proceso emocional: en una situación se produce un estímulo que se interpreta, de esa interpretación surge la emoción y de esa emoción se produce la conducta. En todo caso, los diferentes autores que han seguido esa línea tienen sus dife-

rencias en cuanto a cómo estudian los procesos cognitivos de la evaluación emocional y, como comentó en su día Fernández-Dols (1994), son múltiples.

1.1.3. Emoción como manifestación afectiva

En el ámbito de la literatura general de las emociones, se alternan otros conceptos, que la cultura popular trata como sinónimos, pero que son distintos desde la perspectiva científica, y aportan cualidades y matices distintos. Así, se habla de sentimientos, afecto o estado de ánimo.

Fridja (1994) describe los **sentimientos** como propensiones o inclinaciones que tienen las personas para responder de manera emocional tanto ante objetos particulares como ante cierto tipo de sucesos. Estos estarían relacionados con las preferencias y aversiones de cada individuo.

El autor antes referido, Damasio (1999), da un enfoque cognitivo a los sentimientos, definiéndolos como la representación mental de los cambios psicológicos que ocurren durante una emoción. Habla de “sentimientos de la emoción”, término cuya esencia es la asignación de un determinado estado emocional a las apropiadas zonas cerebrales encargadas de procesar la información corporal-sensorial. Además, “sentir una emoción” también consiste en la asignación de cambios que ocurren en el proceso cognitivo, así como la evocación de pensamientos que son congruentes con dichos sentimientos. Este enfoque cognitivo enfatiza el papel de la conciencia. Conciencia y sentimientos se refieren a una interacción corporal-cognitivo-emocional, que incluye la producción de imágenes: el cerebro produce conciencia en procesos internos (*interocepción*) y percibe los fenómenos externos al cuerpo (*exterocepción*). La imagen mental es una reproducción cognitiva de las vivencias en la relación con el mundo, y el sustrato corporal tiene un papel fundamental (Damasio, 2018).

Según Lizeretti (2012), los sentimientos son la experiencia subjetiva de la emoción que perdura más allá de la reacción emocional, estados afectivos más duraderos, conscientes, complejos, estructurados y globales, pero menos intensos y con menos implicación fisiológica. Se distinguen sentimientos de emociones porque éstas son modos de sentirse afectado por el mundo exterior y aquellos son modos como nos proyectamos sobre él desde nuestra afectividad (Gimeno-Bayón, 2002).

En cuanto al **afecto**, es un término que se utiliza para describir el tono hedónico o valencia de un estado emocional, es decir, su cualidad positiva (agradable) o negativa (desagradable), y su intensidad, que puede ser alta o baja (Limonero, 2003). Según Fernández-Abascal (1995), el afecto está relacionado con la preferencia y con el valor que tienen para el sujeto las diferentes situaciones a las cuales se enfrenta. Tiene dos dimensiones básicas unipolares: placer / displacer; o atracción / rechazo, y se caracteriza por ser difuso y duradero (Diener & Larsen, 1984).

Merece atención especial, y podemos considerar un constructo sólido, teniendo en cuenta las aportaciones científicas sobre él, el denominado **estado de ánimo**. Siguiendo las ideas de Thayer (1989), el modelo TIE en que se centra nuestro estudio, da importancia al estado de ánimo como una actitud o disposición a la vida emocional. Así, el estado de ánimo o humor, constituye el clima emocional o atmósfera interior de una persona (Gimeno-Bayón, 2002), que puede entenderse como la tendencia básica de la persona para aportar a los estados psíquicos un tono agradable o desagradable y que implica creencias y expectativas en relación a la probabilidad de experimentar un afecto positivo o negativo en el futuro. El estado de ánimo suele ser de baja intensidad y durar varios días, semanas o meses, al contrario que las emociones, y tiene un carácter global y difuso. Y, quizás, lo más interesante sería que la causa de un determinado estado de ánimo puede remontarse indefinidamente en el tiempo, por lo que la persona no siempre sabe por qué se siente de una determinada manera (Lizeretti, 2012).

Los estados de ánimo pueden diferenciarse de las emociones a partir de los siguientes criterios. Según Fridja (1993), los estados de ánimo no tienen especificación, sino un carácter global, y no tienen un objeto específico. También son más duraderos que las emociones: mientras las emociones suelen durar poco tiempo, segundos o minutos en función del objeto o situación evocador, los estados de ánimo pueden durar horas, días e incluso semanas (Goldsmith, 1994). Sintetizando, los estados de ánimo son menos intensos que las emociones (Limonero, 2003), pero están siempre presentes en nuestras vidas (Ekman & Davidson, 1994).

1.1.4. Perspectivas multifactoriales

De las anteriores perspectivas mencionadas, en las que se ha resumido solo algunas aportaciones, destaca la diversidad y complejidad que engloba el concepto de Emoción.

Y si una característica destaca y las engloba es que se trata de un fenómeno tan fundamental para la psique y la vida, como integral, multidimensional o mejor dicho multifactorial. En este sentido, mencionaremos algunos modelos que de algún modo buscan esa aproximación.

Regresamos al mismo período en que Arnold realiza sus trabajos y es cuando nace la teoría bifactorial de las emociones. Algunos ponen como referencia de la teoría el artículo que Schachter & Singer publicaron en 1962 (Schachter & Singer, 1962), pero como bien señala Fernández-Dols, ese artículo no hacía más que comprobar experimentalmente las ideas que sintetizaron en respectivos trabajos Marañón (1920) y posteriormente Schachter (1964). La teoría bifactorial dice que cualquier emoción está formada por dos factores, uno de tipo fisiológico, que es la excitación nerviosa indeterminada, igual para todas las emociones, y un factor cognitivo que describe propiedades evaluativas de aquello que genera un estado emocional. La excitación nos informa que nos encontramos ante una emoción y la cognición nos dice qué tipo de emoción se trata. La cadena es la siguiente: se perciben una situación y los cambios; y se configura una experiencia subjetiva de emoción, que comprende señales viscerales; se da significado emocional a esos cambios, aspectos expresivos; y se realizan evaluaciones subjetivas. Así, puede haber dos tipos de emoción: una de origen psíquico (en base a una percepción emocional de la situación) y una de origen visceral, porque en algunos casos se da primero una activación física. En este caso, si la persona reinterpreta la situación se produce una activación emocional.

A partir de los planteamientos de Arnold (1950, 1960, 1968, 1970) sobre la evaluación de la conducta, Lazarus (1970, 1982, 1991) desarrolla su teoría de la emoción, basada, entre otros aspectos, en la evaluación (apreciación cognitiva) de los acontecimientos que vive la persona y la anticipación de los acontecimientos inmediatos y futuros. Como antes hemos dicho, es una decidida apuesta cognitivista. Para describir este proceso Lazarus se basa en el establecimiento de tres fases: evaluación del objeto, evaluación del contexto y preparación para la acción. En una primera etapa Lazarus centró sus estudios en la primera fase, la evaluación del objeto, donde su modelo se construye a partir del concepto de evaluación primaria y se basa en tres aspectos principales. En primer lugar, las emociones permiten determinar si un hecho es significativo o no. Si un suceso es significativo, se produce una emoción; si no, ésta no aparece. En segundo lugar, si un hecho hace que nos acerquemos hacia un objetivo deseado, entonces se pro-

duce una emoción positiva (alegría, orgullo, etc.), en cambio, si no alejamos del objetivo, se produce una emoción negativa (tristeza, rabia, etc.). Finalmente, el modelo analiza la implicación subjetiva en relación a los hechos. Es decir, qué implicaciones tiene un hecho para la imagen que tiene el sujeto de sí mismo. Posteriormente, Lazarus se interesó por la “respuesta” del individuo: su capacidad de afrontamiento, una línea de trabajo que ha sido desarrollada abundantemente (Lazarus & Folkman, 1982; Lazarus & Folkman, 1991).

A diferencia de la teoría de Schachter, que concibe las emociones como el resultado de la interacción entre la excitación fisiológica y la cognición, la teoría de Lazarus argumenta que la valoración emocional precede la calificación cognitiva, estimulando simultáneamente tanto la excitación fisiológica como la experiencia emocional.

No obstante, estos modelos fueron puestos en duda por Zajonc (1980), quien defiende que no todos los procesos valorativos son iguales y argumenta que existen valoraciones que no pasan por la consciencia, deduciendo así que las emociones son previas a cualquier tipo de cognición y, por lo tanto, pueden aparecer emociones sin que haya cognición. Zajonc demostró en sus experimentos que las preferencias se pueden crear por razones ajenas a la cognición.

Finalmente, desde un enfoque más complejo, LeDoux combina aspectos constructivistas con aspectos biológicos (LeDoux, 1991, 2016). En un momento de su obra, que ha ido evolucionando, propone referirse a los “*circuitos de sobrevivencia*”, unos mecanismos heredados de los animales para protegerse de los riesgos y peligros, para reproducirse o, en definitiva, para adaptarse. Sin embargo, LeDoux considera que las emociones “básicas”, inconscientes o adaptativas, no deberían llamarse “emociones”, porque a éstas les atribuye el concepto de consciencia. Concretamente, dice, “las bases innatas de una especie proveen algunas señales universales que son la base para la interpretación cognitiva... pero el proceso de etiquetaje de estas señales es impreciso y depende del aprendizaje individual y de la interpretación, pues cada persona puede usar los términos de manera diferente” (LeDoux, 2016, p.19 s.). El modelo de este autor, complejo, combina una dimensión emocional biológica, en cuanto a “estados provocados por los circuitos de sobrevivencia” con una dimensión constructivista, centrada en el estudio del lenguaje, pues son las palabras las que sirven “para etiquetar esos estados que sentimos y vemos en otros/as... aunque las palabras no son los estados” (LeDoux, 2016, p. 226). En la dimensión biológica, LeDoux (1991) se refiere a una doble vía neu-

rológica, una de respuesta rápida (tálamo-amígdala) y otra más lenta o en segundo plano (tálamo-córtex-hipocampo-amígdala). La primera vía permite hacer asociaciones básicas, de reconocimiento de patrones y llevar a cabo respuestas rápidas, mientras que la segunda implica al neocórtex, dando respuestas más lentas y meditadas. Según algunos, este modelo implica que no hay un único tipo de emociones, sino dos. Por un lado, tenemos las emociones básicas o primarias, que se transmiten por la vía rápida, sin implicación del neocórtex y, por lo tanto, que no generan procesos cognitivos conscientes. Y, por otro lado, habría emociones complejas, que implican el neocórtex y que son en gran parte procesos cognitivos.

Como señala García-Andrade (2019), el enfoque complejo y multidimensional en el abordaje de las emociones que hace LeDoux parece regresar a las antiguas posiciones de W. James: siguiendo el ciclo: (1) aparición del estímulo, (2) percepción de estímulo, (3) cambios corporales, (4) feed-back ante estos cambios (*feedback*) y (5) aparición del sentimiento consciente de la emoción. Tanto para LeDoux como para Damasio, la percepción no es automática, es un proceso neurológico que implica la cognición automática, interna y del entorno que genera “representaciones de un objeto sensorial particular o de un evento” (LeDoux, 2016). Entonces, los “circuitos de sobrevivencia”, son lo innato, fisiológico, automático, que activan la acción para satisfacer una necesidad o protegerse del peligro. Pero la otra dimensión que propone LeDoux es constructivista y se refiere a la representación del objeto, puesto que el sentimiento emocional requiere memoria, que es *semántica* y *episódica*. La semántica se refiere a los datos empíricos que hemos aprendido en una cultura (por ejemplo, dice él, la memoria del amor romántico en base a las nociones de una sociedad determinada, que pueden ser dos personas, heterosexuales, jóvenes, que buscan complementarse, formar una pareja para toda la vida, y la sensación de que son el uno para la otra). El aspecto episódico de la memoria se refiere al Self, un “yo” consciente que conoce y recuerda los acontecimientos sucedidos a lo largo de su vida. Ambas memorias se complementan (LeDoux, 2016).

La perspectiva multifactorial, sin duda más compleja, pero acaso más real, por estar próxima a la vida humana, se aproxima, desde un paradigma de tipo humanista, al concepto de **experiencia**, como expresión integradora y dinámica. En el amplio abanico teórico sobre las emociones hay planteamientos de consenso aproximados a la “expe-

riencia emocional”, como las del citado Schachter (1964), o de Diener & Larsen (1984) sobre placer/displacer, aunque puedan parecer simples dicotómicos, o de Zajonc (1980), sobre el agrado/desagrado. Según éste, lo dicotómico es porque el afecto y la cognición son controlados por sistemas parcialmente independientes que pueden influirse entre sí de diversas formas, y que ambos constituyen fuentes independientes de efectos en el procesamiento de la información. Así, las reacciones afectivas pueden ocurrir sin una codificación cognitiva y perceptiva extensa, y puede producirse antes o después de los juicios cognitivos (Zajonc, 1980). Nótese el carácter amplio y transversal de dichos planteamientos, en el cual pondremos énfasis en la experiencia.

Un modelo centrado en el concepto de experiencia, en un marco teórico distinto, pero central en esta tesis, es el *ciclo de la experiencia o proceso emocional*, tomado del modelo psicoterapéutico *Gestalt*. El modelo, basado en las leyes experimentales de la Gestalt, especialmente en la ley de figura-fondo, entiende que las personas realizan sus experiencias de un modo cíclico, en un proceso de apertura-contacto-cierre entre el propio organismo y el contexto experiencial (el entorno, los demás...), donde la consciencia de las emociones tiene valor nuclear (Darder & Fernández-Puig, 2020).

El modelo *Gestalt*, aunque elaborado en el ámbito de la intervención psicoterapéutica, toma sus fundamentos científicos de la escuela de psicología experimental de la Gestalt, incorporando aspectos obtenidos de la práctica clínica. Desde esa *perspectiva gestáltica*, el proceso emocional se comprende como un todo de naturaleza indivisible, constituyendo un ciclo de experiencia que genera energía vital y que, una vez iniciado, necesita ser concluido satisfactoriamente a fin de poder iniciar nuevos ciclos (Gimeno-Bayón & Rosal, 2001). La metodología Gestalt pone la atención en la experiencia directa del sujeto: las sensaciones físicas, postura, la mirada, la expresión, los gestos, qué emociones está sintiendo, en qué parte de su cuerpo... (Darder & Fernández-Puig, 2020). Y, aunque se forma en la práctica clínica, se traslada perfectamente a otros ámbitos de la intervención psicológica; educación, comunidad, empresa... En este punto, nos trasladamos a las consideraciones de una perspectiva procesal de la emoción.

1.2. Función y desarrollo de las emociones

Continuando desde el punto anterior, la emoción como proceso implica una dinámica que Gimeno-Bayón y Rosal, dos psicoterapeutas, han descrito de manera metafórica como un conjunto de cañerías en el que se distinguen tres tuberías o conductos: el plano

físico, el cognitivo y el afectivo (Gimeno-Bayón & Rosal, 2001; Gimeno-Bayón, 2002). En dicha metáfora, el agua que fluye por las tuberías representaría los sucesos de la vida, los acontecimientos que ocurren dentro y fuera del individuo y que, si nada lo impide, fluirán libremente por las tres cañerías. Sin embargo, si una de ellas está bloqueada, el flujo se desviará hacia aquellas vías que estén abiertas.

De este planteamiento se deriva el hecho de que prácticamente cualquier estímulo es susceptible de provocar una sensación básica de agrado o desagrado a lo largo de toda la vida y en un ilimitado número de situaciones y circunstancias, y la experiencia emocional específica de cada emoción surgiría de la interacción entre los subsistemas fisiológico, cognitivo y afectivo que procesan los inputs. En base a la intensidad del estímulo y significado que tiene este para la persona, la emoción sería experimentada de manera más o menos consciente. La energía generada durante la experiencia emocional, con o sin consciencia de esta misma por parte del individuo, acaba encontrando siempre una salida que permita el restablecimiento del equilibrio homeostático, entre dichos subsistemas (Lizeretti, 2012).

Siguiendo esa perspectiva procesal o experiencial, las emociones cumplen multitud de funciones a lo largo del ciclo vital de cualquier persona, o animal, y constituyen uno de los principales sistemas de adaptación al entorno. Retomando síntesis previas para identificar las perspectivas acerca de la emoción, la literatura describe principalmente cuatro funciones de la emoción, que ayudan a explicar su condición dinámica: adaptativa, motivadora, interpersonal e intrapersonal.

La **función adaptativa** permite la detección, percepción y evaluación de estímulos ambientales y la preparación de mecanismos de respuesta psicofísicos. Se trata de un sistema de respuesta rápida y automática (Plutchik, 1984; Damasio, 2000), y específica para cada una de las emociones básicas que veremos más adelante.

La **función motivadora** permite orientar el establecimiento de metas y objetivos de la persona asignando valores afectivos a las cosas que nos rodean. El saber, o creer, que una determinada conducta dará placer o alegría, activará los sistemas internos para que se lleve a cabo dicha conducta. O, de igual forma, el miedo a algo llevará a evitar determinadas situaciones o a buscar protección (Ekman & Davidson, 1994; Fridja, 1994; Izard, 1984; Plutchik, 1984).

La **función interpersonal**, o social, hace referencia al papel que tienen las emociones en la adaptación del individuo en el entorno social, y permite comunicar a otros nuestros

estados emocionales a través de expresiones faciales, gestos, tonalidad de la voz, etc., influyendo en las conductas de otros. Las emociones se pueden convertir en formas de comunicación social con un valor adaptativo alto, puesto que señalan los estados internos e intenciones del sujeto a otros, afectando así al comportamiento de otros (Limoneiro, 2003). En este sentido las emociones cumplen cuatro funciones sociales; facilitan la comunicación de los estados emocionales, regulan el comportamiento de otros, facilitan las interacciones sociales y promueven la conducta prosocial (Izard, 1989).

Finalmente, la **función intrapersonal** garantiza la coordinación entre los sistemas de respuesta subjetivos, fisiológicos y conductuales para una mejor adaptación a las demandas ambientales. Esto garantiza dar prioridad a unos estímulos respecto a otros en función de las necesidades del individuo (Lizeretti, 2012).

Desde un punto de vista del desarrollo evolutivo de las emociones, retomamos una integración entre los aspectos más fisiológicos y adaptativos con la dimensión cognitiva, porque hay una influencia recíproca entre el desarrollo socioemocional y el cognitivo (Abe & Izard, 1999). El sistema emocional, anterior al cognitivo, sirve como sistema motivacional primario, y los intercambios emocionales que suceden en el ambiente social promueven los avances en el funcionamiento socio-cognitivo, lo que a su vez estimula el desarrollo emocional (Lizeretti, 2012).

Desde la perspectiva evolutiva no hay que olvidar el propio crecimiento del ser humano, en continuo cambio de estado (según el modelo *Gestalt*). Hasta que el sistema cognitivo no es lo bastante maduro y no llega a un determinado nivel de desarrollo, la única forma de comunicación es a través del sistema emocional. Cuando un bebé tiene hambre, mucho antes de que aprenda a hablar, llora, expresando su malestar por una carencia que siente en su organismo. Cuando crece y adquiere capacidad de habla, no se comunica con el lloro, y pregunta verbalmente cuánto falta para comer. Esta comunicación emocional entre el bebé y el adulto es bidireccional. Avanzando en la riqueza emocional, antes de cumplir el año de vida, el bebé no solo expresa emocionalmente sus necesidades, también sabe comprender, aunque solo sea parcialmente, los estados emocionales de otros (Moses, Baldwin, Rosicky & Tidball, 2001). Entre los dos y cinco años de edad se consolidarían las emociones básicas y empezarían a comunicarse de manera verbal. De los 6 años hasta el principio de la adolescencia, el niño aprenderá a regular sus emociones y sentimientos y a esconder o fingir estados emocionales según sus necesidades, objetivos y reglas sociales de su entorno cercano. Y a partir de la ado-

lescencia, la intensidad emocional aumentaría drásticamente, se haría más inestable, y sería mucho más sensible y receptiva a los estímulos externos, sobre todo hacia aquellos que tengan que ver con la evaluación de los demás (Borke, 1971).

1.3. Tipos de emociones

Existen diversas clasificaciones sobre las emociones que son relevantes para este trabajo.

Según diversa literatura, las emociones pueden clasificarse como:

- *Primarias y Secundarias, o Simples y Complejas.* Es el modelo más extendido, aceptado por la inmensa mayoría de autores, en el que se clasifica la emoción en función de su naturaleza biológica y social. El miedo ante un peligro inmediato es una emoción primaria o simple, mientras que el miedo al “qué dirán”, es decir, el miedo al juicio de otros, una emoción secundaria o compleja.

- *Positivas y Negativas* (Vázquez & Pérez-Sales, 2003), en función de si son agradables o desagradables. En este caso, la alegría es una emoción positiva mientras que la tristeza, rabia y miedo son negativas. Este modelo viene a decir que habría que evitar las emociones negativas y promover la positivas, tal y como corroboran diversos estudios sobre psicopatología (Aspinwall, Richter & Hoffman, 2001; Avia & Vázquez, 1998; Frederickson, 2001; Isen, 1987).

- *Básicas y complejas,* en función del nivel de complejidad de la emoción (Martínez-Sánchez, Fernández-Abascal & Palmero, 2002; Limonero, 2003). Las emociones básicas son aquellas que son innatas y universales, y que poseen una fuerte base biológica. Un aspecto fundamental es que están asociadas a expresiones faciales, así como a patrones neuroendocrinos concretos, cosa que no sucede con las emociones complejas. Según este modelo, las emociones básicas son como mínimo cuatro; la alegría, el miedo, la rabia y la tristeza. Por su parte, las emociones complejas son secundarias, ya que resultan de la evolución social y cultural de las emociones básicas. Por ejemplo, la vergüenza sería una emoción compleja, pero que parte de una emoción básica, el miedo, que viene matizado por factores socio culturales. Otras emociones complejas serían la culpa, o el desprecio (Limonero 2003).

- *Auténticas, prohibidas y parásitas* (Berne, 1985), en función de si éstas son adaptativas a las necesidades auténticas del individuo y cumplen su función de manera adecuada. Esta clasificación pertenece al modelo teórico del Análisis Transaccional, de Berne, que distingue cuatro emociones “auténticas”: el miedo, la tristeza, la rabia y la alegría. Las emociones prohibidas son aquellas emociones que la persona no puede o no se permite expresar porque en algún momento de su vida ha aprendido que dicha emoción no le es funcional, ya sea porque sea una expresión emocional culturalmente inapropiada o porque la persona sabe por experiencias previas que el resultado de su expresión le es contraproducente. En este caso, la energía emocional puede desviarse hacia otra emoción permitida, la emoción parásita, que se experimentará y expresará de manera no correspondida ni adecuada a situación presente.

El modelo de intervención terapéutica TIE (Terapia basada en la Inteligencia Emocional), de cuya aplicación este estudio evalúa resultados, se basa en principios y estrategias del modelo *Gestalt* de Perls y el modelo de Análisis Transaccional (AT) de Berne. En ambos, las emociones ocupan un lugar central; y las emociones cumplen una función evolutiva muy concreta, que es dar respuesta a las necesidades del individuo.

La teoría del Análisis Transaccional (AT) explica la personalidad de los EdY. Un EdY es un sistema de emociones y pensamientos acompañado de su conjunto afín de patrones de conducta (Berne, 1964). La teoría no categoriza las emociones como buenas o malas, ni como positivas o negativas. Considera las emociones desde su manejo experiencial. Entiende que todas las emociones son positivas si se utilizan de manera adecuada, y al mismo tiempo todas las emociones pueden ser muy negativas si aparecen de manera inadecuada. Nos podríamos preguntar, ¿la alegría puede ser “negativa”, “inadecuada” o “indeseable”? La respuesta probablemente sería que sí. Ante una pérdida, una amenaza o una injusticia, sentir alegría sería terriblemente inadaptado. De hecho, hay trastornos psicopatológicos que responden a este paradigma, como por ejemplo el Trastorno Maníaco. Sentir constantemente, de manera desmesurada y ante cualquier situación, una alegría desbordante, es algo que está contemplado como poco sano e inadaptado. Según el planteamiento de modelo AT, la clave de la intervención es facilitar que la persona utilice en cada situación las emociones adecuadas y adaptativas que le permitan satisfacer sus necesidades auténticas, tal y como propone la TIE, como veremos en el tercer capítulo. El concepto de necesidades auténticas y parásitas lo veremos también

con más detalle y responde al mismo principio que al de las emociones parásitas y auténticas. Tener la necesidad de ir de compras de manera constante es una necesidad parásita, mientras que el necesitar sentirse querido es una necesidad auténtica del ser humano.

El modelo se compagina perfectamente con el modelo de emociones *básicas* y emociones *complejas*. Recordemos que las emociones básicas son la alegría, la tristeza, la rabia el miedo y el asco. A continuación, vamos a presentarlas, especialmente desde un punto de vista funcional, puesto que la intervención psicoterapéutica TIE se basa en el desarrollo de las habilidades de gestión de dichas emociones.

- La **alegría**. La función de la alegría es la de mantener el equilibrio homeostático y el bienestar del individuo (Lazarus, 1991; Ortony, Clore & Collins, 1996), así como la liberación de la tensión acumulada y la vinculación afectiva (Izard, 1991), contribuyendo a la reparación de los efectos adversos o emociones desagradables (Fredrickson & Levenson, 1998). Produce efectos positivos sobre el sistema inmunitario y la salud mental (DeCatanzaro, 2001) y ejerce una función de regulación de la interacción social (Schwarz & Clore, 1988). Según Lizeretti (2009), una de las principales funciones de la alegría es la de cambiar tanto a nivel individual o personal como a nivel social o grupal. Es la alegría la que nos mueve en muchas ocasiones a buscar nuevos proyectos, nuevas relaciones, a proponernos nuevos objetivos y a reparar estados emocionales que nos llevan al estancamiento.

- La **tristeza**. La función de la tristeza sería la de la conservación de recursos, interpretada socialmente como una demanda de ayuda, incrementando así la cohesión social y fortaleciendo los vínculos entre miembros de un mismo grupo (Averill, 1979; Izard, 1993). Se trata de una emoción de introspección que facilita la reflexión personal para hacer un balance de la situación, del futuro y de la vida del propio individuo en cuestión. Esto facilita la reconstrucción de la vida de la persona en ausencia de aquello que se ha perdido (Lizeretti, 2009).

- El **miedo**. El miedo tiene como principal función la supervivencia del individuo, manifestándose a través de diferentes procesos psicofisiológicos. Según Mayr (1974), hay tres tipos de miedo; un miedo no comunicativo, producido por seres no vivos, un miedo interespecífico, producido por especies animales, y un miedo intraespecífico, producido por individuos de la misma especie. Una explicación más sencilla es que absolutamente cualquier estímulo, interno o externo, puede causar una reacción de miedo

en el individuo: el miedo permite alertar de un riesgo vital y tomar consciencia de la dificultad de una situación y de lo que se puede perder en ella, desembocando en una decisión de escape o enfrentamiento respecto a dicho estímulo (Lizeretti, 2009).

- La **rabia**. La principal función de la rabia es la de protección y defensa de la integridad física y psicológica del propio individuo o de terceros (Lizeretti, 2009), especialmente de aquellos con los que se tendría un vínculo afectivo. La rabia es la emoción que nos prepara para enfrentarnos y luchar para evitar una eventual pérdida, física o psicológica, produciendo un incremento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la secreción de noradrenalina etc., posibilitando acciones enérgicas y rápidas (Berkowitz, 1999). Más concretamente, en lo que al aspecto psicológico respecta, y más interesante para nuestra investigación, la rabia es la emoción que permite defendernos de la ofensa, el desprecio o la injusticia (Solomon, 1993; Russell & Fehr, 1994).

- El **asco**. Lizeretti (2009) explica que el asco carece de componentes cognitivos susceptibles de ser elaborados en un proceso psicoterapéutico, concluyendo que se trata más bien de una reacción fisiológica, como el frío o el calor, que de una emoción básica.

Finalmente, mencionar brevemente la **culpa**, a pesar de que no forma parte de las emociones básicas. Como emoción está muy presente en los procesos psicoterapéuticos, muy relevante para la psicoterapia en general, y que juega un papel fundamental en el buen desarrollo y regulación de las relaciones sociales y los vínculos afectivos sanos y duraderos (Olthof, Schouten, Kuiper, Stegge & Jennekens-Schinkel, 2000). Se la identifica en los procesos observados en la intervención basada en el modelo TIE, por el tipo de fenómenos vinculados, y, en palabras de Lizeretti (2009) la culpa tiene funciones de “regulación de la motivación social ya que provoca conductas prosociales, de anticipación y prevención, de coherencia y prudencia en las relaciones interpersonales, y si están orientadas a un fin cumplen funciones de regulación social”.

1.4. Las emociones en psicoterapia

En los últimos años el papel de las emociones ha tomado cada vez más importancia, atribuyéndoles un papel fundamental en el funcionamiento humano y en el proceso de cambio (Greenberg, Rice & Elliot, 1996). Esto se debe principalmente al hecho de que

ya nadie pone en duda el poder que ejercen las emociones en nuestra salud y nuestro bienestar. Destacamos los primeros pasos de Adler y colaboradores, poniendo las bases de lo que se conocería posteriormente como psiconeuroinmunología, al descubrir que el sistema inmunológico de los individuos tiene capacidad de aprendizaje (Ader, Felten & Cohen, 1991). Esta materia estudia las interacciones entre el sistema nervioso, el sistema inmunológico y el sistema endocrino y los resultados hasta la fecha muestran que el estrés o ansiedad puede reducir la capacidad del sistema inmunológico, aumentando así la vulnerabilidad de padecer todo tipo de enfermedades (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles & Glaser 2002).

Por otro lado, las emociones negativas crónicas, como la ansiedad o la depresión, pueden favorecer los comportamientos insanos (Limonero, 2003). Por ejemplo, aquellos que padecen estrés docente presentan peores hábitos de salud, con consecuencias como la inferior práctica de deporte, fumar más, dormir menos o comer peor (Fernández-Castro, Doval, Edo & Santiago, 1993). En cambio, las emociones positivas pueden contrarrestar el impacto de las negativas, su intensidad y su duración, y pueden contribuir a una mejor recuperación del paciente y a aumentar su supervivencia (Fernández-Abascal & Palmero, 1999).

Así pues, las emociones juegan un papel fundamental en la salud de las personas, para bien o para mal. Es importante saber gestionarlas de manera adecuada y adaptativa, y, en fin, darles importancia en un proceso psicoterapéutico que busque el bienestar integral de la persona.

En ese sentido, el paradigma de la psicología humanista en el que se incluyen los citados modelos Gestalt y Análisis Transaccional (AT), así como la perspectiva integradora del modelo de intervención terapéutica TIE, basado en ellos, destaca el valor adaptativo de las emociones en el funcionamiento humano, entendiéndolas como un sistema de valoración y orientación para la persona. Desde esa posición, el objetivo terapéutico no es hacer desaparecer dichas emociones sino comprender su significado y aprovechar positivamente la energía que generan de forma orientada (Gimeno-Bayón, 2003; Lizeretti, 2009; Perls, 1973). Este planteamiento es importante porque sirve de base para justificar la aparición de terapias basadas en las emociones. Muchos autores coinciden en considerar que toda psicoterapia que no se centre en las emociones corre el riesgo de no producir cambios significativos (Greenberg, Rice & Elliot, 1996; Greenberg & Pavio, 2000; Greenberg, 2004). Así, la teoría de las emociones de Greenberg sintetiza esta

visión integradora, que encaja perfectamente con los modelos teóricos Gestáltico y del Análisis Transaccional y la dimensión experiencial, clave de los mismos (Greenberg & Pavio, 2000):

- Las emociones son personales e idiosincrásicas, relacionadas con la biografía y sus recuerdos, vivencias, etc. de la persona, retomando lo descrito por LeDoux.
- No se basan solo en los aspectos fisiológicos, si no que integran y sintetizan la totalidad de dimensiones humanas: afecto, cognición, motivación y acción, como también han mencionado otros autores.
- Influyen profundamente sobre la experiencia y la conducta, incluida la interpersonal.
- Contribuyen a diferenciar la experiencia personal y los hechos externos con lo que se distingue una dirección interna, fenomenológica, de una dimensión expresiva y conductual, aparente ante los demás y el mundo.

Para concluir, resaltar que el cambio terapéutico está en la madurez emocional, lo que comporta la posibilidad de experiencias en relación a las emociones y motivaciones más complejas (Lizeretti, 2012).

2. La Inteligencia Emocional

2.1. Definición de Inteligencia Emocional

En el siguiente apartado trataremos el concepto de la Inteligencia Emocional. Uno de los pioneros en la integración de la inteligencia y la emoción fue Thorndike (1920). Para dicho autor, la inteligencia humana se entendía como una capacidad constituida por diferentes variedades de habilidades que corresponden a diferentes tipos de inteligencias. La inteligencia abstracta corresponde a la habilidad para manejar ideas, la inteligencia mecánica se basa en la habilidad para manejar objetos, y la inteligencia social es la habilidad que permite comprender y orientar a los individuos para actuar de forma sabia en las relaciones sociales.

A pesar de que algunos pocos autores (Leuner, 1966) hicieron alguna mención a las capacidades emocionales, no fue hasta a partir de la década de los 80 que apareció la primera teoría bien desarrollada sobre inteligencia emocional, la Teoría de las Inteligencias Múltiples de Gardner (1983). Dicha teoría reconstruye el concepto de inteligencia y ofrece una visión multidimensional sobre el tema. Gardner afirma que existen diferentes siete tipos de inteligencias, más o menos independientes las unas de las otras: lingüística, lógico-matemática, viso-espacial, cinestésica-corporal, interpersonal e intra personal. Más tarde, este mismo autor añadió la inteligencia naturalista y la espiritual. En relación con la Inteligencia Emocional, destacan la inteligencia intrapersonal, la interpersonal y la existencial o espiritual.

- Inteligencia Interpersonal: la capacidad para entender a los demás en sus emociones, motivos, deseos, pensamientos y comportamientos. Próxima al concepto de empatía, es fundamental en las relaciones sociales y permite una buena calidad de las relaciones sociales y afectivas con otras personas.

- Inteligencia Intrapersonal: la capacidad para entenderse a uno mismo en los propios motivos, deseos, pensamientos, emociones y comportamientos. Permite a la persona discernir y comprender sus propios estados de ánimo y procesos psíquicos internos, y así poder orientar su conducta de forma más adaptativa.

- Inteligencia Existencial o Espiritual: la capacidad y la inquietud por comprender la realidad y hacerse preguntas sobre la vida, la muerte y la propia existencia.

En 1990 Mayer y Salovey describen el concepto de Inteligencia Emocional como la habilidad para controlar las emociones, propias y ajenas, discriminar entre ellas y utilizar dicha información para guiar nuestros pensamientos y nuestras acciones. Poco después, Goleman (1995), partiendo de la definición de dichos autores, incluye aspectos como la persistencia, el autocontrol, la automotivación, la evitación del estrés y otros. Paralelamente, Bar-On (1997) definió la IE como un conjunto de capacidades no cognitivas, habilidades y competencias que influyen sobre la capacidad de llegar al éxito al afrontar las demandas y desafíos del entorno. Finalmente, Cooper & Swarf (1997) describieron el “líder emocionalmente inteligente” como alguien capaz de captar, comprender y aplicar de manera eficaz la fuerza y la perspicacia de las emociones, siendo éstas generadoras de energía, información, relaciones e influencias. En vista de las diferentes definiciones sobre la IE, Oberst y Lizeretti (2004) identifican dos principales modelos, uno basado en habilidades y otro mixto. El modelo basado en habilidades, en el que se encuentra el de Salovey y Mayer, concibe la IE como un conjunto de habilidades emocionales y, puesto que son habilidades, pueden ser aprendidas y desarrolladas. Sin embargo, el modelo mixto (Bar-On, 1997; Cooper & Swarf, 1997; Goleman, 1995) otorga a la IE un componente de “carácter”, es decir, de personalidad, y puesto que la personalidad es algo estable en el tiempo, a pesar de que puede ser parcialmente modificada, la IE difícilmente puede ser desarrollada. En definitiva, el modelo mixto considera la IE estable, mientras que el modelo de habilidades considera que puede adquirirse.

Así pues, desde un punto de vista psicoterapéutico, el modelo de Salovey y Mayer puede considerarse un modelo mucho más interesante, ya que implica el poder enseñar al ser humano habilidades emocionales.

2.2. El modelo de Salovey y Mayer

Si bien han sido varios los autores que han definido la IE, como hemos visto en el apartado anterior, fueron Mayer y Salovey (1997) los que dieron mayor importancia al desarrollo de habilidades emocionales. Definieron la IE como un conjunto de habilidades de percepción, evaluación y expresión de las emociones, así como habilidades de comprensión y regulación para fomentar el crecimiento emocional e intelectual. En su modelo de IE, existen cuatro grupos de habilidades jerarquizadas, de forma que no se

puede alcanzar un nivel sin haber superado el anterior. Los cuatro niveles son la percepción, la facilitación, la comprensión y la regulación. En ese sentido, no se puede regular las emociones de manera correcta si no hay primero una comprensión de éstas (Salovey, Mayer, Goldaman, Turvey & Palfai, 1995), y no se puede comprender las emociones si primero no hay una identificación adecuada (Mayer, Paolo & Salovey, 1990). A continuación, se describen con detalle las características de cada nivel de habilidad por orden del más básico al más complejo.

- Nivel 1: Percepción, valoración y expresión emocional

En el primer nivel se agrupan las habilidades de percepción y expresión emocional a través de la comunicación verbal y no verbal. Estas son las siguientes:

- Habilidad de identificación de las emociones y sus implicaciones corporales, sentimientos y pensamientos asociados a ellas.
- Habilidad de identificación de las emociones en otros a través del lenguaje, sonido, apariencia y comportamiento.
- Habilidad para expresar emociones de manera apropiada y expresar necesidades relacionadas con dichas emociones.
- Habilidad para discriminar entre expresiones emocionales apropiadas o inapropiadas, sinceras o falsas.

- Nivel 2: Facilitación y uso de las emociones para guiar el pensamiento

En el segundo nivel se agrupan aquellas habilidades relacionadas con la toma de consciencia de la experiencia emocional y de sus implicaciones cognitivas y afectivas:

- Habilidad de redirigir la atención hacia la información más relevante.
- Habilidad para observar cómo los estados emocionales influyen en las valoraciones y la memoria.
- Habilidad para considerar diferentes puntos de vista.
- Habilidad para abordar los problemas de manera específica, facilitando el razonamiento inductivo y la creatividad.

- Nivel 3: Comprensión, análisis y utilización del conocimiento emocional

En el tercer nivel se juntan las habilidades relacionadas con la comprensión emocional, que permiten dar significado a la experiencia emocional y que contribuyen al bienestar emocional:

- Habilidad para interpretar el significado de las emociones en uno mismo.
- Habilidad para interpretar el significado de las emociones de terceros.
- Habilidad para comprender emociones o sentimientos muy complejos.
- Habilidad para identificar y comprender las transiciones entre distintas emociones.

- Nivel 4: Regulación de las emociones para promover el crecimiento intelectual

Agrupar aquellas habilidades de regulación y gestión emocional relacionadas con la expresión conductual y las estrategias de afrontamiento:

- Habilidad para estar abierto y receptivo a todas las emociones, ya sean agradables o desagradables.
- Habilidad para regular de manera adecuada y adaptativa una emoción, abordarla o desapegarse de ella en función de si se considera útil o no.
- Habilidad para regular de manera adecuada una emoción, ya sea en uno mismo o en terceros.
- Habilidad para gestionar las emociones, en uno mismo o en otros, a través de la moderación de las emociones desagradables y subrayando las agradables, sin reprimir ni exagerar ninguna de estas.

En este último nivel de habilidad, hay que subrayar que, si bien existen diferentes maneras de regular las emociones de manera correcta, adecuada y adaptativa, algunas pueden ser perjudiciales para la persona, como son la supresión, la negación, la evitación o la exageración emocional, puesto que no desembocan en una verdadera regulación emocional. Estas maneras menos adaptativas de regulación tienen un papel relevante en el desarrollo y mantenimiento de trastornos mentales (Bradley, 2000; Kopp & Neufeld, 2003). Más concretamente, se ha visto que la dificultad para regular emociones está relacionada con la depresión (Davidson et al., 2002), con trastornos de conducta alimentaria (Polivy & Herman, 1999; Silva, Pizzagalli, Larson, Jackson & Davidson,

2002) con el trastorno límite de la personalidad (Linehan, 1993), así como en la salud mental en general (Gross & Muñoz, 1995).

Fiori & Vesely-Maillefer (2018) han hecho una revisión teórica de la conceptualización y propuestas de líneas de investigación aplicada acerca de la IE. Proponen considerar la IE como una capacidad formada por dos componentes distintos: el componente de “conocimiento de la emoción” (una inteligencia emocional cristalizada) y el componente “procesamiento de la información emocional” (una inteligencia emocional fluida). El primero, *top-down*, se refiere a la concienciación de las experiencias emocionales, el razonamiento superior sobre las emociones, muy dependiente del conocimiento adquirido y ligado a la influencia cultural acerca de las emociones. El segundo, *bottom-up*, se refiere a los procesos emocionales automáticos; son las respuestas perceptivas a la información emocional y requiere un procesamiento rápido, por lo que es denominado componente fluido de la capacidad. En base a esa doble dimensión, Fiori & Vesely-Maillefer proponen distinguir dos tipos de desempeño emocional y, por lo tanto, de desarrollo metodológico para investigarlos. Este planteamiento nos sugiere que, desde una perspectiva de aplicación del conocimiento, como es el caso de esta tesis, se pueden anticipar dos perspectivas de trabajo; una centrada en el aprendizaje de conductas emocionales conscientemente accesibles y otra centrada en tareas destinadas a "captar la mente en acción", en palabras de los autores inspiradas en el trabajo previo de Robinson y Neighbors (2006), basadas en el procesamiento de la información de las emociones, que pueden explicar principalmente el comportamiento espontáneo y no intencional.

En la línea de lo comentado, el modelo de habilidades que se aplica en la intervención evaluada puede separarse en dos grandes áreas, la experiencial y la estratégica. Los dos primeros niveles de Mayer & Salovey corresponden al área experiencial, es decir, a las habilidades para percibir las emociones, relacionarlas con otros procesos experienciales y utilizarlas para facilitar el pensamiento. Por su parte, los dos últimos niveles corresponden al área estratégica de la IE, es decir, a las habilidades para comprender la información emocional y gestionarla de manera adecuada y adaptativa, permitiendo orientar el pensamiento y la acción hacia aquello que sea sano y adaptativo (Lizeretti, 2012).

2.3. Inteligencia Emocional y bienestar

Keyes (1998) definió el Bienestar como la valoración que la persona hace de las circunstancias y el funcionamiento en la sociedad. Es una definición claramente psicosocial, porque vincula la propia percepción del sí mismo relacionado con la influencia y los condicionantes sociales. Por lo cual, distinguió el bienestar hedónico, la percepción de la calidad en la relación ambiente / nivel de satisfacción experimentado por las personas, del bienestar heudaimónico, como el desarrollo de las capacidades de crecimiento y desarrollo personal entendido como funcionamiento positivo. Sin entrar en este segundo nivel, las emociones actúan claramente en lo que Diener (1994) llamó “satisfacción con la vida”, el juicio que hacen de la misma, y sobre todo en la gestión de la afectividad (afectos positivos y negativos), tal como lo menciona Argyle (1992).

En relación al interés de desarrollar la IE, desde una perspectiva general, las investigaciones realizadas hasta el momento señalan que los individuos con una elevada IE son más optimistas, tienen mejor autoestima y empatía, cosa que contribuye a un mayor bienestar psicológico (Extremera & Fernández-Berrocal, 2004; Brackett & Mayer, 2003; Mayer, Caruso & Salovey, 1999; Salovey, Stroud, Woolery & Epel, 2002; Schutte et al., 1998).

La IE está vinculada con las habilidades sociales, cosa que nos permite relacionarnos de manera más satisfactoria (Schutte et al., 2001), y se ha mostrado como una influencia positiva en la cantidad y calidad de dichas relaciones, ya sean de amistad, familiares o de pareja (Ciarrochi, Chan, Bajgar, 2001; Extremera & Fernández-Berrocal, 2004; Lopes, Salovey & Straus, 2003; Mayer, Caruso & Salovey, 1999). Las personas con una elevada IE tienden a presentar un estado de ánimo más positivo y son más capaces de reparar sus estados de ánimo negativos o inducidos por emociones desagradables (Fernández-Berrocal & Extremera, 2006; Schutte, Malouf, Simunek, McKenley & Hollander, 2002). De igual forma, las personas con elevada claridad y reparación emocional se sienten mejores consigo mismas, sienten mayor satisfacción vital (Cejudo, López-Delgado & Rubio, 2016; Landa, López-Zafra, Antoñana & Pulido, 2006) y tienen conductas más prosociales (Mayer, Caruso & Salovey, 1999). Incluso se ha llegado a señalar que una adecuada claridad emocional tiene más peso sobre la satisfacción vital que los rasgos de personalidad (Palomera & Brackett, 2006). Además, la reparación emocional, entendida como la habilidad para regular o controlar las propias emociones y la

de los demás, se ha mostrado como una de las dimensiones más significativas de la IE, que ejerce un papel importante en el afrontamiento de las situaciones estresantes y ansiógenas, contribuyendo positivamente al bienestar personal (Lengua y Long, 2002; Limonero et al., 2004).

Por otra parte, y desde una perspectiva más focalizada en la sintomatología subclínica, las investigaciones muestran una clara relación entre baja IE y presencia de sintomatología clínica. En relación a la ansiedad, varios estudios han demostrado que una baja IE está asociada a estrategias de afrontamientos menos adaptativas (Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro & Gómez-Benito, 2006; Salovey, Stroud, Woolery & Epel, 2002) y a mayor ansiedad (Velasco, Fernández, Páez & Campos, 2006).

Las investigaciones también señalan que un nivel adecuado de IE ejerce como factor protector de conductas adictivas. En ese sentido, parece ser que el consumo de sustancias adictivas está relacionado con una pobre regulación emocional (Kassel, Stroud & Paronis, 2003) y correlaciona negativamente con la atención y la claridad emocional (Limonero, Gómez-Romero, Fernández-Castro & Tomás-Sábado, 2013). Una elevada IE reduce el riesgo de utilizar sustancias adictivas como recurso para sentirse mejor (Trinidad & Johnson, 2002) y, a menor reparación emocional, antes se empieza a consumir drogas (Limonero, Tomás-Sábado & Fernández-Castro, 2006). De igual forma, en relación a la depresión, las investigaciones han mostrado que una baja IE está asociada a sintomatología depresiva (Fernández-Berrocal, Extremera & Ramos, 2003; Fernández-Berrocal, Salovey, Vera, Extremera & Ramos, 2005; Gómez-Romero, Limonero, Trullero, Montés-Hidalgo & Tomás-Sábado, 2018; Martínez-Pons, 1997; Rude & McCarthy, 2003; Salguero & Iruarrizaga, 2006). Paralelamente, algunas investigaciones también sugieren que una excesiva atención emocional está vinculada a la depresión y a un mayor riesgo de suicidio (Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2014).

Finalmente, ya en población clínica y trastornos psicopatológicos, las investigaciones han resaltado la importancia de la IE en la salud mental. Por ejemplo, en relación a trastornos de ansiedad, se ha demostrado que los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada presentan una excesiva atención a sus emociones y una deficiente claridad y reparación emocional (Borkovec, Alcaine & Behar, 2004). En pacientes con Trastorno de Pánico y/o con Agorafobia, estos también presentan baja IE, con poca comprensión y regulación emocional (Lizeretti, Oberts, Chamarro & Farriols, 2006), así como una baja

percepción de autoeficacia emocional (Lizeretti & Rodríguez, 2012). En pacientes con fobia social, se ha visto que la baja IE se relaciona con la gravedad de los síntomas (Jacobs et al., 2008).

En relación a la depresión clínica, los estudios indican una relación entre baja IE y depresión (Downey et al., 2008) y las personas diagnosticadas de depresión tienen excesiva atención emocional, así como una baja claridad y reparación emocional (Hertel, Schütz & Lammers, 2009; Lizeretti, Extremera & Rodríguez, 2012).

De igual forma, las investigaciones señalan una relación entre importantes déficits en IE, especialmente en comprensión y regulación emocional, y el trastorno por abuso de sustancias (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996; Kassel, Stroud & Paronis 2003).

Por último, se ha encontrado que los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad presentan déficits en IE (Hurtado, Triviño, Arnedo, Roldán & Tudela, 2016), una pobre comprensión y regulación emocional (Hertel, Schütz & Lammers, 2009; Leibe & Snell, 2004; Peter, Arntz, Klimstra & Vingerhoets, 2018), así como una excesiva atención a sus emociones (Lizeretti, Extremera & Rodríguez, 2012). Además, en un metaanálisis sobre la asociación entre TLP y conciencia emocional, se demostró la existencia de una relación moderada entre ambos constructos, entendiendo la consciencia emocional como la habilidad para reconocer y describir una emoción en uno mismo o los demás, y entre TLP y alexitimia (Derks, Westerhof y Bohlmeijer, 2017).

En definitiva, todas estas investigaciones nos muestran que un buen desarrollo de las habilidades emocionales que forman la IE, según el modelo de Mayer y Salovey, contribuyen muy positivamente al ajuste psicológico de la persona y su bienestar emocional. De igual forma, en relación a la psicopatología clínica, también se ha demostrado que importantes déficits en dichas habilidades están relacionados con la presencia de trastornos mentales y presencia de psicopatología clínica, así como en la gravedad de dichos trastornos. Por lo tanto, esto nos demuestra la importancia de desarrollar las habilidades emocionales de manera a tener una IE adecuada y, de esta forma, prevenir el desarrollo de trastornos mentales y promover una buena salud mental y satisfacción vital.

Otro aspecto relevante en el estudio del bienestar y la IE es la resiliencia. La resiliencia se define como la capacidad de sobreponerse a la adversidad, recuperarse y salir

fortalecido pese a estar expuesto a un evento psicosocial altamente estresante (Forés y Granés, 2008). De acuerdo con otros autores, Limonero et al (2012), la resiliencia puede contextualizarse como un proceso dinámico donde los individuos presentan una adaptación positiva a pesar de la adversidad o trauma que experimentan. Las personas capaces de regularse emocionalmente son las que presentan un patrón de afrontamiento resiliente, lo cual estaría relacionado con una capacidad de evaluación cognitiva de las situaciones que deben afrontar (Sinclair y Wallston, 2004).

Estudios más recientes demuestran que hay una relación entre la resiliencia y la inteligencia emocional. Por ejemplo, Di Fabio y Saklofske, (2018) han investigado sobre lo que llaman “resiliencia personal”, entendida como conjunto de recursos de la personalidad del individuo, comprobando cómo, además de determinados factores de personalidad, la IE contribuye a mejorar la resiliencia, especialmente entre los jóvenes. También desde la perspectiva resiliente en la población de adolescentes y jóvenes, entre 14 y 19 años, Trigueros, Aguilar-Parra, Cangas y Bermejo (2019) han comprobado que existe una correlación entre las emociones positivas y las IE; no así entre la IE y las emociones negativas; y que cuando se dan esas condiciones favorables, influye positivamente en la motivación de esos jóvenes hacia la elaboración de hábitos activos, promoviendo actitudes positivas hacia aspectos como el aprendizaje académico y la práctica de actividad física y el deporte. Los mismos Di Fabio y Saklofske (2019) han comprobado cómo entre los jóvenes la IE contribuye a aumentar la capacidad de gestionar las relaciones sociales positivas, lo cual tiene mucho interés de cara a desarrollar programas de entrenamiento en la gestión de la IE llevados a cabo en el interior de organizaciones educativas, como es el caso de la tesis que nos ocupa.

Ese aspecto cognitivo tiene alto significado, porque se relaciona con la gestión de las propias emociones. El uso de estrategias resilientes como el componente reparación emocional de la inteligencia emocional percibida inciden directamente en la satisfacción con la vida, aunque no presentan efectos interactivos. Como señalan Limonero, Fernández-Castro, Soler-Oritja y Álvarez-Moleiro (2015), las personas que utilizan las emociones para guiar el proceso cognitivo son las que se recuperan mejor. Por tanto, es importante que pueden ser guiadas a aprender recursos de gestión. Estos autores aconsejan entrenarlas en habilidades como la percepción de la propia competencia personal, la autoestima, la autoregulación, la valoración de las situaciones (cambiar amenazas por retos) o las estrategias de afrontamiento activo. Así, las propias percepciones sobre el

mundo emocional, afectan a todas las áreas de la vida de las personas, con lo que intervenir acerca de las habilidades cognitivas sobre la experiencia emocional contribuye a mejorar el bienestar general de la persona (Petrides, Sanchez-Ruiz, Siegling, Saklofske y Mavroveli, 2018).

En los modelos de intervención basados en IE sabemos que es fundamental la eficacia de manejar la capacidad cognitiva sobre la propia gestión emocional. Limonero y cols. (2015) ha estudiado la importancia del papel de la IE como factor recuperador de la inducción de emociones negativas en estudiantes de pre-grado, haciendo énfasis en la importancia de las habilidades perceptivas y de autoregulación emocional. Taylor, Oberle, Durlak y Weissberg (2017) han realizado un meta-análisis sobre 82 intervenciones para fomentar el aprendizaje socioemocional, comprobando que pueden fomentar mejoras en aspectos diversos como las actitudes, las habilidades y en general el bienestar de los jóvenes. Otras competencias que pueden mejorar los jóvenes, en este caso que han sufrido malos tratos, son las relacionadas con la comunicación social (Moreno-Manso, García-Baamonde, Guerrero-Barona y Pozueco-Romero, 2017).

2.4. Evaluación de la Inteligencia Emocional

Los instrumentos para medir la IE, según el modelo de Salovey y Mayer, son de dos tipos; las escalas de autoinforme y los test de habilidad. En este trabajo nos centraremos en los más utilizados y los que se han escogido para realizar nuestra investigación.

El Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT; Mayer, Salovey, Caruso & Sitarenios, 2005), creado a partir del modelo de Salovey y Mayer (1997), tiene como objetivo la evaluación de las habilidades emocionales que forman la IE de manera objetiva, es decir, poniendo a prueba dichas habilidades mediante la ejecución de diferentes tareas que permite conocer su nivel de habilidad en cada nivel. Dado que se trata de un test de habilidad, las respuestas son menos susceptibles de ser falseadas y de variar en función del estado de ánimo de la persona. Dicho test está compuesto de 141 ítems con cinco opciones de respuesta por ítem. Hay ocho tipos de tareas para los cuatro niveles de habilidad (atención, facilitación, comprensión y reparación). El test ofrece un índice global de IE, de manera parecida a un coeficiente intelectual, siendo el 100 la

puntuación estadísticamente normal. La validación española del MSCEIT fue llevada a cabo por Extremera, Fernández-Berrocal & Salovey (2006) y los resultados mostraron buena fiabilidad y consistencia interna, y se mostró válida para su aplicación en población española.

El MSCEIT evalúa, pues, la IE objetiva, ya que mide habilidades emocionales. La IE objetiva medida por este test está relacionada con la dimensión interpersonal y social de la emoción y con la inteligencia cristalizada, entendida como el conjunto de habilidades, estrategias y conocimientos que indican el nivel de desarrollo cognitivo alcanzado a lo largo de la historia personal de aprendizaje (Schutte et al., 2004; Bastian et al., 2005; Farrelly & Austin, 2007).

Paralelamente, el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-28; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai, 1995) evalúa de manera específica actitudes personales sobre las emociones y el conocimiento sobre el estado de ánimo propio. En otras palabras, este test mide la Inteligencia Emocional Percibida (IEP), o más exactamente, Inteligencia Emocional Autopercibida. Se trata de una escala de autoinforme, de 48 ítems, de respuesta tipo Likert, siendo 1 “nada de acuerdo” y 5 “completamente de acuerdo”, y evalúa tres factores de la IE; Atención emocional, Claridad emocional y Reparación emocional. La versión española, el TMMS-24 (Fernández-Berrocal, Extremera & Ramos, 2004) es una versión reducida a 24 ítems. Hay que mencionar que, según este test la persona con una adecuada o buena IEP es aquella con elevadas puntuaciones en Claridad y Reparación, pero puntuaciones medias en Atención.

El TMMS evalúa, por lo tanto, la IE subjetiva, la cual responde más a una dimensión intrapersonal de la emoción y está más relacionada con factores de la personalidad (Ferrandiz et al., 2006).

3. El Trastorno Límite de la Personalidad

3.1. Características del Trastorno Límite de la Personalidad

Según el DSM-V, el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. *(Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)*
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). *(Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)*
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. (American Psychiatric Association, 2013).

Los pacientes con TLP presentan una gran variedad de sintomatología, pero las características clínicas más significativas y habituales son la ansiedad por separación o necesidad de dependencia y protección, la volatilidad e inestabilidad del estado de ánimo, irritabilidad y comportamientos autodestructivos. Los estudios afirman que aproximadamente 3 de cada 4 personas con TLP realizan intentos de suicidio, y alrededor de un 9% acaban finalmente con su vida (Rosenbluth & Silver, 1997). Son personas altamente inestables, difícilmente predecibles, y a menudo caóticas; a menudo presentan problemas de identidad, y dificultades para dar coherencia a sus vidas y plantearse objetivos. Por ello pueden mostrarse dependientes de los demás y buscar protección y seguridad en otros. Dicha dependencia se convierte rápidamente en control hostil, por miedo al abandono, cosa que acaba generando rechazo, y eventualmente abandono, lo que finalmente viene a confirmar la teoría del abandono y a alimentar la desconfianza hacia otros y a valorarse a sí mismo de manera excesivamente crítica y destructiva. Este ciclo se va repitiendo una vez tras otra, haciéndose cada vez más intenso y agravando la sintomatología a cada nuevo abandono (Benjamin, 1996).

Las personas con TLP a menudo presentan múltiples trastornos asociados, tanto del eje I, como trastornos de ansiedad, obsesivos-compulsivos, somatomorfos, disociativos, afectivos, y esquizoafectivos, así como del eje II, personalidad dependiente, histriónica, obsesivo-compulsiva o pasivo-agresiva. Incluso algunos autores sugieren que todavía no está claro si el TLP describe un trastorno de la personalidad, un trastorno afectivo, un solapamiento de patología afectiva y patología de personalidad o una mezcla heterogénea (Widiger, Frances, Spitzer & Williams, 1988).

Respecto a su curso y pronóstico, los estudios de seguimiento a corto plazo (5 años) indican que los pacientes con TLP cambian poco con el paso del tiempo. No obstante, los seguimientos a 15 años muestran que muchos pacientes mejoran y ya no cumplen criterios diagnósticos, aunque su recuperación no sea completa. También se ha demostrado que una adecuada atención psicoterapéutica en la infancia, la época más turbulenta y crucial para estos pacientes, conduce a un descenso en los intentos de suicidio, la autodestructividad y los problemas interpersonales (Kjellander, Bongar & King, 1998).

En definitiva, el Trastorno Límite de la Personalidad supone un considerable sufrimiento tanto para la persona que lo padece como para su entorno, así como una elevada utilización de recursos sanitarios (Bender et al., 2001; Zanarini, Frankenburg, Hennen &

Silk, 2004), no solo por su prevalencia, del 1-2% en población general (APA, 2000; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004) y del 10-20% en pacientes psiquiátricos (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001), sino también por su naturaleza (Linehan, Heard & Armstrong, 1993).

En cuanto a la etiología de este trastorno, se ha sugerido que la causa principal es la dificultad para la regulación de la experiencia emocional (Linehan, 1993). Las respuestas desadaptativas de estas personas son consecuencia de la interacción temprana y prolongada entre un niño/niña emocionalmente vulnerable con un medio hostil e invalidante que desalienta e interfiere gravemente con la expresión de las emociones (Linehan & Kehrer, 1993; Linehan, 1993). La vivencia interna de su vulnerabilidad emocional puede dar como resultado que la persona con TLP experimente sus propias emociones como inadecuadas. Esta autoinvalidación proviene de que el individuo asume y acepta como ciertas las actitudes y los mensajes de este medio invalidante y hostil. Suponiendo que el desarrollo emocional en la infancia juega un papel primordial en la correcta identificación de la experiencia emocional en la edad adulta, el haber aprendido a identificar incorrectamente las emociones tiene como resultado una distorsión de la vivencia consciente de las emociones. Por lo tanto, las personas con TLP presentan déficits tanto en la identificación emocional como en la regulación, llevándolas a incrementar las manifestaciones emocionales para aumentar la validación externa. Puesto que las personas cercanas al individuo con TLP percibirán estas expresiones emocionales como exageradas, inadecuadas e incluso hostiles, tarde o temprano rechazan a la persona con TLP, retroalimentando el círculo y llevando a esta persona a aumentar todavía más este tipo de respuestas emocionales. En relación a la aparición del TLP, los estudios empíricos muestran claramente la presencia de experiencias traumáticas en la infancia en forma de malos tratos psicológicos y/o físicos, abusos sexuales o abandonos (Fossati et al., 2015; Martín-Blanco et al., 2015; Nicol, Pope, Romaniuk & Hall, 2015; Wagner & Linehan, 1994).

Paralelamente, y hasta no hace mucho, la teoría biosocial de Linehan (1993) sobre la desregulación emocional en el TLP como factor clave del trastorno no había podido ser contrastada empíricamente. No obstante, estudios relativamente recientes muestran que las personas con TLP tienen claros déficits de IE y dificultades en la regulación emocional (Axelrod, Perepletchikova, Holtzman & Sinha, 2011; Bornovalova et al., 2007;

Ebner-Priemier et al, 2007; Gardner, Qualter & Tremblay, 2010; Lizeretti, Vázquez-Costa & Gimeno-Bayón, 2014).

Si bien esta tesis sigue más la línea de las teorías y estudios mencionados anteriormente, no podemos olvidar otras teorías de modelos psicológicos diferentes ni el propio modelo médico.

El principal modelo alternativo al expuesto hasta ahora es el modelo psicoanalítico. Existen principalmente dos tipos de planteamiento desde la perspectiva psicoanalítica. El primero es que el trastorno límite se considera un punto intermedio entre la organización neurótica y psicótica de la personalidad (Grinker, Werble & Drye, 1968), mientras que el segundo define al TLP como "una organización patológica específica, estable y crónica" (Kernberg, 1975). Para este último autor, los pacientes límite presentan un Yo "débil" donde coexisten estados contradictorios que son consecuencia de relaciones tempranas patológicamente internalizadas. Este Yo débil utiliza defensas muy primitivas y se caracteriza por la falta de control de impulsos, la intolerancia a la ansiedad, las dificultades para sublimar y la presencia de procesos primarios de pensamientos.

Finalmente, respecto al modelo médico, los estudios de metaanálisis no consiguen claridad sobre el perfil neuropsicológico del TLP. Los estudios sobre correlatos neurológicos de desregulación emocional obtienen resultados poco concluyentes (Ruocco, 2006; Zutphen, Siep, Jacob, Goebel & Arntz, 2015). Algunos estudios muestran indicios de cierta hiperactividad en la amígdala (Donegan et al., 2003) y otros señalan déficits de serotonina (Hansenne, Pitchot & Ansseau, 2002). De manera general, se especulan desequilibrios límbicos, reticulares o adrenalínicos que pueden explicar los bajos niveles de activación de estos pacientes, así como umbrales de reactividad bajos en dichas zonas cerebrales.

3.2. Trastorno Límite de la Personalidad e Inteligencia Emocional

Teniendo en cuenta la importancia de la IE como factor de prevención de trastornos mentales y como herramienta de trabajo para mejorar la salud mental, como se ha visto en apartados anteriores, y los indicios de que las personas con TLP presentan importantes desequilibrios o desajustes emocionales, puede ser interesante ver cómo confluyen ambos factores. Es decir, en qué medida las personas con TLP presentan déficits de IE;

y, en el caso que fuera realmente así, cómo el desarrollo de las habilidades emocionales puede ayudar a prevenir o a tratar dicho trastorno.

Los estudios sobre la relación entre TLP e IE indican que pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad presentan déficits en IE (Hurtado, Triviño, Arnedo, Roldán & Tudela, 2016), una pobre comprensión y regulación emocional (Hertel, Schütz & Lammer, 2009; Leibe & Snell, 2004; Peter, Arntz, Klimstra & Vingerhoets, 2018), así como una excesiva atención a sus emociones (Lizeretti, Extremera & Rodríguez, 2012).

En un metaanálisis sobre la asociación entre TLP y conciencia emocional, en tanto que habilidad para reconocer y describir una emoción en uno mismo o los demás, se demostró la existencia de una relación moderada entre ambos constructos, e incluso se relacionó el TLP con la presencia de alexitimia (Derks, Westerhof & Bohlmeijer, 2017).

Por otro lado, en un estudio que analizó la empatía cognitiva y la empatía afectiva en pacientes con TLP y personas sanas (Niedtfeld, 2017), no se hallaron diferencias significativas entre personas con TLP y personas sanas en habilidades de reconocimiento emocional. No obstante, sí que hubo diferencias entre grupos en la seguridad con la que las personas con TLP identificaban las emociones en otros, lo que es la empatía cognitiva. Esto refuerza la idea de la inseguridad que sienten estas personas respecto a los sentimientos de los demás, lo que puede venir a explicar en parte el gran miedo al abandono. Paralelamente, en empatía emocional, las personas con TLP mostraron menos reacción emocional que el GC, lo que indica que a pesar de que las personas con TLP pueden identificar qué sienten otros, no acaban de empatizar con ellos. El estudio también sugiere que el estado emocional del TLP se impone por encima de la reacción empática. No obstante, estos se muestran más empáticos o reactivos ante emociones como el miedo o la tristeza en otros, más que el GC, puesto que va en consonancia con su propio estado emocional. Esto último se ve corroborado en otro estudio sobre narrativas vitales en el TLP (Lind, Thomsen, Bøye, Heinskou, Simonsen & Jørgensen, 2019), donde muestra que personas con estos rasgos de personalidad construyen su narrativa vital enfatizando más en aspectos negativos respecto al GC. Paralelamente, estos pacientes presentan historias vitales en relación a sus padres más negativas que el GC. Además, se sugiere que las personas con TLP tienden a repetir el patrón vital de sus padres.

No obstante, debemos mencionar que, en algunos estudios, los resultados no muestran déficits de IE en personas con TLP o varían en función del test utilizado. En un

estudio en el que se evaluó la IE a través del TEMINT en personas con Síndrome de Estrés Postraumático, personas con TLP y un grupo control sano, no se hallaron diferencias significativas entre el GC y las personas con TLP, pero sí entre el grupo control y las personas con estrés postraumático (Janke, Driessen, Behnia, Wingenfeld & Roepke, 2018). En otro estudio en el que se comparó personas sanas con personas con TLP, y en el que se utilizó tanto el MSCEIT como el EQ-I, los resultados variaron en función del test. Con el EQ-I, los pacientes con TLP presentaron déficits respecto al grupo control en comprensión y regulación emocional, mientras que con el MSCEIT no se encontraron déficits en regulación emocional (Peter, Arntz, Klimstra & Vingerhoets, 2018). Finalmente, en el estudio mencionado anteriormente sobre las narraciones vitales de las personas con TLP, utilizando el MSCEIT, no se encontraron diferencias significativas entre personas con TLP y personas sanas (Lind, Thomsen, Bøye, Heinskou, Simonsen & Jørgensen, 2019). Todo ello plantea que, o bien las habilidades emocionales en el TLP están tan alteradas como en un principio se creía, o bien que los instrumentos de medida de dichas habilidades emocionales están aún por mejorar.

3.3. Tratamientos para el Trastorno Límite de la Personalidad

Actualmente existen múltiples modelos de psicoterapia para el tratamiento del TLP con estudios que avalan su eficacia sobre los diferentes desórdenes que conforman el trastorno. Los más estudiados y con mayor apoyo empírico son: la Terapia Dialectico-Conductual (TDC) (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991), la Terapia basada en la Mentalización (TBM) (Bateman & Fonagy, 2004), la Terapia basada en la Transferencia (TBT) (Clarkin, Kernberg, & Yeomans, 1999), la Terapia basada en Esquemas (TBE) (Ball & Young, 1999), la Terapia Cognitivo-Analítica (TCA) (Ryle, 1990), la Terapia Conversacional de Hobson (TCH) (Hobson, 1985) y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).

La TDC es una psicoterapia manualizada, que combina estrategias conductuales, cognitivas y de apoyo, basada en la dualidad de aceptar al otro en su condición presente, a la vez que se promueve un cambio (Heard & Linehan, 1994). Por el contrario, la TBM y la TBT son psicoterapias psicoanalíticas que se centran en el afecto, la comprensión y la interpretación, aunque también hay importantes diferencias entre ellas. La TBT presta especial atención a la transferencia y centra su acción terapéutica en las externalizacio-

nes del paciente en terapia. Sin embargo, la TBM busca primero la estabilización emocional para, en segundo término, trabajar la mentalización y la comprensión de sí mismo (Bateman & Fonagy, 2004). En cuanto a la TBE, ésta se basa en teorías cognitivo-conductuales, psicodinámicas y tradiciones centradas en las emociones y busca identificar y modificar la estructura interna de la persona (Kellogg & Young, 2006). La TCA (Ryle, 1990) consiste en una terapia breve (16 sesiones), focal e integradora que incluye aspectos psicodinámicos y cognitivos. Finalmente, la Terapia Conversacional de Hobson (Hobson, 1985) se focaliza en las emociones de la persona y en sus problemas interpersonales (ver Tabla 1).

Según recientes estudios de revisión sobre las psicoterapias para el TLP (Burgal & Lizeretti, 2017), una psicoterapia eficaz para el TLP debe incluir algunos ingredientes, *a priori* esenciales, como la modificación de esquemas mentales, la mentalización, la validación y valoración de la persona antes de intentar cualquier cambio. Sin embargo, a pesar de que se reconoce la importancia de la carencia de habilidades de regulación emocional en el TLP, los resultados obtenidos en estas variables no son del todo satisfactorios. Si bien es cierto que hasta hace poco no se ha empezado a hablar de inteligencia emocional, y que aún son pocos los estudios que demuestran la relación entre presencia y gravedad del TLP con una baja IE, parece que sería importante incluir ingredientes que fomentaran el desarrollo de la inteligencia emocional en el tratamiento de este trastorno (Gardner, Qualter & Tremblay, 2010; Lizeretti, Extremera & Rodríguez, 2012; Peter et al., 2013).

Otro punto a tener en cuenta es la viabilidad de las terapias mencionadas en el sistema sanitario público. La mayoría de los estudios revisados en recientes investigaciones (Burgal & Lizeretti, 2017) incluyen entre dos y tres horas de psicoterapia semanal, de forma individual y grupal, durante más de un año. La TDC manualizada consiste en una hora de terapia individual y dos horas de psicoterapia grupal semanales, lo que supone tres horas de psicoterapia por semana durante un año. En la TBM se llevan a cabo entre dos horas y media (Bateman & Fonagy, 2001; Bateman & Fonagy, 2009) y seis horas de intervención semanales (Bateman & Fonagy, 1999) incluyendo las sesiones individuales y grupales durante 18 meses. En resumen, en las últimas décadas se han llevado a cabo múltiples investigaciones sobre diferentes psicoterapias aplicadas al TLP, las cuales han demostrado su eficacia en los síntomas clínicos, pero lo han hecho de manera relativa o poco significativa en variables de tipo emocional (Burgal & Lizeretti, 2017).

Dado que se puede considerar el TLP como un trastorno de las emociones, donde la disregulación emocional juega un papel fundamental (Linehan 1993; Harned, Banawan & Lynch, 2006), estos resultados nos indican la enorme complejidad y dificultad en su tratamiento y lo mucho que queda por recorrer para poder ofrecer tratamientos más específicos para este trastorno.

Finalmente, en cuanto al uso de psicofármacos y de la intervención psiquiátrica del TLP, se utilizan una gran variedad de medicamentos, como antidepresivos, ansiolíticos, estabilizadores del estado de ánimo e incluso antipsicóticos, y a veces, una combinación (Olavi & Hall, 2010). La farmacoterapia ha sido recomendada como un tratamiento adyunto a la psicoterapia y focalizado en los síntomas del TLP (American Psychiatric Association, 2001; Oldham et al., 2004). Los metaanálisis realizados hasta la fecha concluyen que la farmacoterapia para el TLP puede aportar ciertos efectos positivos en algunos aspectos de este trastorno (Binks et al., 2006; Lieb Völlm, Rücker, Timmer & Stoffers, 2010; Mercer, Douglass & Links, 2009; Nose, Cipriani, Biancosino, Grassi & Barbui, 2006) y cada vez hay más evidencias de que diferentes tipos de fármacos, tales como antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, antipsicóticos y neurolépticos pueden ser utilizados en el tratamiento de síntomas específicos (Abraham & Calabrese, 2008; Binks et al., 2006; Nose et al., 2006). La polifarmacia es, pues, muy común en este trastorno. De hecho, esto más bien refleja el fracaso de la psicofarmacología para dar una respuesta adecuada a la mejora sintomatológica global del TLP (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004; Zanarini, Frankenburg, Khera & Bleichmar, 2001). Los fármacos parecen tener ciertos beneficios puntuales y muy localizados en síntomas concretos, pero no hay evidencias que estos aporten mejoras, por sí solos, en el tratamiento de dicho trastorno de manera general (Zanarini, 2004). Hasta día de hoy, las evidencias empíricas demuestran que la psicoterapia sí que puede ser útil en el tratamiento del TLP (Davidson et al., 2006; Zanarini, 2009), y es a menudo la opción preferida y recomendada por encima del tratamiento farmacológico.

En definitiva, y concluyendo este apartado, los estudios muestran que las personas con TLP presentan importantes déficits en IE, especialmente en regulación emocional, y atribuyen a los traumas en la infancia, en forma de malos tratos psicológicos y/o físicos, abusos sexuales o abandonos, como desencadenantes de este trastorno o de la sintomatología asociada a él, la cual cosa viene a enlazar con el siguiente apartado.

Tabla 1. Principales Psicoterapias para el tratamiento del TLP.

Terapia	Autores	Características principales
Terapia Dialéctica Conductual	Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991	Combina estrategias conductuales, cognitivas y de apoyo, basada en la dualidad de aceptar al otro en su condición presente, a la vez que se promueve un cambio.
Terapia Basada en la Mentalización	Bateman & Fonagy, 2004	Se centra en el afecto, la comprensión y la interpretación TBM. Primero busca la estabilización emocional para, en segundo término, trabajar la mentalización y la comprensión de sí mismo.
Terapia Basada en la Transferencia	Clarkin, Kernberg, & Yeomans, 1999	También se centra en el afecto, la comprensión y la interpretación, pero presta especial atención a la transferencia y centra su acción terapéutica en las externalizaciones del paciente en terapia.
Terapia Cognitivo-Analítica	Ryle, 1990	Consiste en una terapia breve (16 sesiones), focal e integradora que incluye aspectos psicodinámicos y cognitivos.
Terapia Basada en Esquemas	Ball & Young, 1999	Se basa en teorías cognitivo-conductuales, psicodinámicas y tradiciones centradas en las emociones y busca identificar y modificar la estructura interna de la persona
Terapia Conversacional de Hobson	Hobson, 1985	Se focaliza en las emociones de la persona y en sus problemas interpersonales

4. Los adolescentes institucionalizados

4.1. Características psicosociales de los adolescentes institucionalizados

El concepto de institucionalización ha sido relacionado con diversas alternativas de actuación en materia de protección infantil que, dependiendo del país, puede recibir otras denominaciones; acogimiento o cuidado residencial, cuidado institucional, colocación en entidad de atención, medida de abrigo, hogares de protección, etc. La institucionalización es una medida de protección que separa al niño de sus progenitores, de tal manera que permanecer en su casa no siga constituyendo un riesgo para su integridad (Benavides & Miranda, 2007; Gómez, Muñoz & Haz, 2007; Ison & Morelato, 2008; Muñoz, Gómez & Santamaría, 2008).

Los niños institucionalizados resultan de la pobreza, el desarraigo, las familias disfuncionales, la orfandad, la carencia de lazos afectivos, el maltrato, la enfermedad, la soledad o el abandono. En consecuencia, son las instituciones públicas y/o privadas, muchas de ellas de tipo caritativo, las que asumen parte de este rol protector. En lo que respecta a los cuidadores de estas instituciones, no está claro si están formados para llevar a cabo el papel que se les asigna. Desde el punto de vista del desarrollo psicoafectivo, esta opción es cuestionable. Algunas investigaciones (Eapen, 2009; Gribble, 2007; Zeanah, Smyke, Koga & Carlson, 2005) indican que las instituciones varían en cuanto a la calidad de la atención que proporcionan. Por lo general, los cuidadores tienen muchos niños a su cargo, lo que no permite una atención individualizada ni permite el establecer vínculos de apego seguro, algo fundamental y crucial para el desarrollo psicoafectivo sano de la persona. En este sentido, Smyke et al., (2007) observaron en su estudio que el comportamiento negativo de los menores estaba asociado a la poca calidad en los cuidados recibidos. Y hay casos donde los derechos del niño se ven gravemente vulnerados y las condiciones para su desarrollo no son las mejores (Eapen, 2009; Gómez, Muñoz & Santelices, 2008; Lieberknecht & Dalbosco, 2007).

Estudios neurobiológicos sobre la atención institucional (Johnson, Browne & Hamilton, 2006; Rutter, 2000; Rutter, O'Connor & The English and Romanian Adoptees Study Team, 2004; Smyke et al., 2007; Smyke, Zeanah, Fox, Nelson & Guthrie, 2010) sugieren que estos ambientes de alto estrés influyen en el desarrollo del cerebro y pueden causar deterioro cognitivo y déficits sociales. Los niños institucionalizados tienen

una tasa mucho mayor de problemas psicosociales y de alto riesgo (Rutter, 2000; Meltzer, Gatward, Corbin, Goodman & Ford, 2003) y muestran problemas tales como: agresividad, delincuencia, aislamiento o alteraciones de tipo emocional (Hetlinger, Simpkins & Combs, 2000; Meltzer, Gatward, Corbin, Goodman & Ford, 2003; Simsek, Erol, Öztop & Münir, 2007). Según Gribble (2007) las privaciones físicas y emocionales de la institucionalización pueden dar lugar a un conjunto de problemas que incluyen dificultad en las relaciones afectivas e interpersonales, retrasos en el desarrollo físico y mental y problemas de lenguaje y de integración sensorial. Por otra parte, la infancia institucionalizada también puede presentar trastornos de apego (Gómez, Muñoz & Haz, 2007; Johnson, Browne & Hamilton, 2006; Meltzer, Gatward, Corbin, Goodman & Ford, 2003; Muris & Maas, 2004; Smyke et al., 2007; Welsh, Viana, Petrill & Mathias, 2007; Zeanah, Smyke, Koga & Carlson, 2005).

En un estudio reciente (Zhang, Cecil, Barker Mori & Lau, 2019) llevado a cabo en Japón, con 457 adolescentes institucionalizados, se halló que el 47,3% presentaba, en su familia de origen, negligencia física, 36,4% pobreza, 33,6% maltrato físico, 31% padres con enfermedad mental, y el 18,7% maltrato psicológico. Los resultados de dicho estudio mostraron que el maltrato parental llevaba a problemas de conducta y problemas de relación con iguales, y que aquellos adolescentes que tenían padres en situación de riesgo psicosocial también presentaban problemas de conducta. También se demostró una relación entre desatención parental e hiperactividad, falta de atención y problemas de conducta. No obstante, la ausencia parental no se relacionó con ninguna de las variables estudiadas. Las conclusiones de este estudio fueron que existe una clara diferencia entre ausencia parental y negligencia parental. Los autores sugieren que el vínculo afectivo inseguro o insano es causante problemas psicológicos. Y de todos los factores, el más importante es el maltrato padres-hijo a la hora de entender dichos problemas en la infancia. Por lo tanto, sería mejor que no haya vínculo a que lo haya y este sea insano.

Según un metaanálisis realizado por Van den Dries, Juffer, Van Ijzendoorn y Bakermans (2009), las experiencias de malos tratos, privación y abandono en los primeros meses de vida pueden tener consecuencias duraderas para la organización del apego. Sin embargo, cuando los niños son adoptados antes de los 12 meses de edad pueden superar la adversidad temprana y formar relaciones seguras con la misma frecuencia que sus homólogos normativos (Dozier & Rutter, 2008). Algunos autores (Ghera et al., 2009; Kreppner, O'Connor, Rutter & The English and Romanian Adoptees Study Team,

2001) indican que el déficit de atención e hiperactividad puede constituir un síndrome de privación institucional. En un estudio, los resultados obtenidos mostraron que el rendimiento escolar de los niños institucionalizados es significativamente inferior que el de los niños que conviven con sus padres. Igualmente, los niños institucionalizados suelen estar escolarizados en cursos inferiores a los que les correspondía a su edad, en los que sí estaban escolarizados los participantes del grupo control. En este caso, las carencias asociadas a la institucionalización y condiciones previas que llevan a este tipo de acogimiento, parecen influir en el rendimiento de los menores (Fernández-Daza & Fernández-Parra, 2013).

En otro estudio se encontró que el 37,9 % de los menores institucionalizados cumplían los criterios DSM-IV para trastorno reactivo de la vinculación, y el patrón de apego con más prevalencia correspondió al tipo ansioso, con un 38,3% (Tapia & Bravo, 2002). También se halló en otra investigación que los jóvenes que han experimentado maltrato, y que se encuentran institucionalizados, exhiben en mayor medida conductas externalizadas, es decir conductas delictivas o problemáticas, al tiempo que conductas de retraimiento. El análisis de los subtipos de maltrato sugirió que el principal responsable de las manifestaciones psicopatológicas procede del abandono y del maltrato emocional (Carrasco-Ortiz, Rodríguez-Testal & Hesse, 2001). Los comportamientos externalizados son aquellos que van dirigidos hacia los demás y causan molestias a otras personas, mientras que los de tipo internalizado incluyen sentimientos o estados que normalmente se consideran que están dirigidos hacia el propio individuo y le causan sufrimiento (Achenbach & Edelbrock, 1983; Mash & Graham, 2001).

Anckarsäter et al., (2007), en un estudio en adolescentes institucionalizados de Suecia, hallaron que el 53% de la muestra presentaba algún trastorno neuro-psiquiátrico, el 39% presentaba Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad, el 15% algún Trastorno del Espectro Autista y el 8% discapacidad intelectual. Finalmente, del total de la muestra, se consideró que el 66% requería de tratamiento psicológico.

A pesar de todo esto, Armsden, Pecora, Payne y Szatkiewicz (2000), evaluando a niños incluidos en programas de acogida (foster care) de EE. UU., concluyen que, aunque un importante número de niños institucionalizados requiere de programas educativos y apoyo terapéutico, otros muchos están funcionando normalmente. Paralelamente, hay que mencionar que, en un estudio que pretendía mediar la resiliencia de estos meno-

res, no se encontró diferencias significativas en resiliencia entre un grupo de niños institucionalizados y otro de no institucionalizados (Gadea, 2012).

No obstante, los estudios publicados indican mayoritariamente que los menores institucionalizados presentan tasas más elevadas de problemas de comportamiento tanto de carácter externalizado como internalizado y mixtos (Anckarsäter et al., 2007; Armsden, Pecora, Payne & Szatkiewicz, 2000; Meltzer, Gatward, Corbin, Goodman & Ford, 2003; Muris & Maas, 2004; Rutter, 2000; Schmid, Goldbeck, Nutzel & Fegert, 2008). Comúnmente, los problemas que combinan ambas características no son agrupados o son considerados como mixtos. Así, los niños y adolescentes institucionalizados parecen presentar problemas internalizados (aislamiento social, alteraciones emocionales), externalizados (conductas desafiantes, agresivas y antisociales) y mixtos, de mayor gravedad que otros niños no institucionalizados. Los problemas de comportamiento que presentan los niños y adolescentes institucionalizados son interpretados habitualmente desde una perspectiva transaccional (Sameroff & Fiese, 2000) e incluso sistémico-conductual (Mash & Graham, 2001). Se considera que la evolución del niño no puede desligarse del ambiente donde se desarrolla, es decir, sin analizar los efectos del medio sobre el niño. En este sentido, el ambiente institucional es considerado como un factor que, principalmente, altera el desarrollo psicológico infantil, afectando de manera significativa el comportamiento (Rutter, 2000).

En un macro estudio llevado a cabo en Inglaterra en más de 2000 menores tutelados por las instituciones públicas, el estudio sobre menores institucionalizados más amplio y exhaustivo que se ha publicado hasta la fecha (Meltzer, Gatward, Corbin, Goodman & Ford, 2003), se puso de relieve la gravedad y la vulnerabilidad psicológica en la que se encuentran estos menores. Se encontró que el 47% de dichos menores, de entre 5 y 17 años de edad y a cargo de las autoridades locales y bajo su tutela legal, presentaban algún trastorno mental. El 37 % presentaba trastorno de la conducta, 12% trastorno del estado de ánimo, ansiedad o depresión clínicas, y 7% presentaba hiperactividad clínica. Dentro de los trastornos de la conducta, el 22% de la muestra presentaba Trastorno Opositor Desafiante. De todos los menores tutelados por las instituciones públicas, los que residían en centros de menores, es decir, aquellos que estaban institucionalizados, fueron los que presentaban más sintomatología clínica. El 72% aproximadamente de los menores institucionalizados presentaban algún trastorno mental, mientras que este porcentaje giraba en torno al 40% en aquellos menores que estaban en familias de

acogida. De manera más específica, el 60% de los menores institucionalizados presentaban trastornos de la conducta, el 18% tenían graves problemas emocionales, el 8% trastornos por hiperactividad y un 13% presentaban otros tipos de trastornos.

Paralelamente, respecto al rendimiento académico, el 60% de los menores tutelados presentaban importantes problemas en lectura y matemáticas, según los propios profesores. Finalmente, el 32% del total de la muestra eran fumadores habituales, y hasta 69% de los menores que estaban institucionalizados fumaban diariamente.

La conclusión de este estudio fue que los menores tutelados, por razón de lo que les ha ocurrido, del apego inseguro, traumas en la infancia etc., presentan abundante psicopatología clínica y problemas emocionales y conductuales de todo tipo. Pero de todos ellos, los que están en peor estado psicológico y son más vulnerables, son los que están institucionalizados en centros de menores.

En la misma línea, otra investigación (Wade, Fox, Zeanah & Nelson 2018) llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado en sobre 220 personas. Este ensayo clínico comparó el nivel de psicopatología de personas que habían sido institucionalizadas con el de personas que habían estado en familias de acogida, a la vez comparado con un grupo control. El estudio demostró que la institucionalización aumenta el riesgo de padecer un trastorno psicopatológico. En cambio, poner a los menores en familias de acogida, con soporte de educadores sociales, hace de factor protector y mitiga las consecuencias psicológicas de los eventuales estresores que hayan podido haber en la familia de origen. Como en otros artículos, citados anteriormente, los menores tutelados (Grupo Experimental), tanto institucionalizados como en familias de acogida., presentaban de base mayor psicopatología que aquellos no estaban tutelados (Grupo Control). A los 8 años no hay diferencias entre los menores que están en familias de acogida y aquellos que están institucionalizados, pero a los 12 y 16 años sí que hay diferencias entre ambos grupos experimentales. Esto demuestra que el acogimiento familiar temprano, evitando la institucionalización, evita en gran medida la aparición de psicopatología.

A pesar de todo ello, la institucionalización es un recurso indispensable cuando las alternativas son mucho peores. La institucionalización es el último recurso al que desgraciadamente tienen que optar muchos niños y niñas. Por desgracia, en España esta cifra es alarmantemente alta en comparación con otros países europeos. En España, en el año 2018, había unos 42000 menores tutelados, de los cuales 14000 vivían institucionalizados en centros residenciales. En Cataluña, del total de 7000 menores tutelados

3000 viven en CRAEs (*Centre Residencial d'Acció Educativa*) de Cataluña, bajo la tutela de la *Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència de Catalunya* (DGAIA). En el conjunto del Estado, solo 14% de los menores tutelados viven en familias de acogida, y en Cataluña la cifra es del 13%, mientras que en Suecia o Reino Unido, por ejemplo, esta cifra se sitúa en el 70%, en Francia es del 55% y en Alemania del 41%. Las instituciones a menudo hacen lo posible por encontrar familias de acogida, pero en muchos casos, debido a una mala formación y preparación, o un mal proceso de información y aclimatación, así como una gran carencia de ayudas económicas, las familias acogedoras son muy pocas, poco más de 600 en Cataluña en el año 2018. Además, por varios motivos, uno de ellos la mala información y preparación, no son pocas las familias que rechazan a dichos menores una vez ya acogidos y los devuelven al centro, provocando un nuevo abandono en el menor en cuestión y agravando todavía más sus problemas afectivos y conductuales, que ya de por sí eran abundantes.

4.2. Intervenciones y tratamientos para los adolescentes institucionalizados

A día de hoy, no hay estudios sobre intervenciones psicoterapéuticas que puedan ser sistematizadas en menores institucionalizados. Lo único que se sabe del cierto sobre el tema es que, según los estudios analizados anteriormente, de todos los menores tutelados, los que están institucionalizados son los que presentan más trastornos y más problemas emocionales y conductuales. Como se ha mencionado anteriormente, en lo que respecta a los cuidadores de estas instituciones, no está claro si están formados para llevar a cabo el papel que se les asigna. Desde el punto de vista del desarrollo psicoafectivo, la opción de la institucionalización es muy cuestionable. Algunas investigaciones (Eapen, 2009; Gribble, 2007; Zeanah, Smyke, Koga & Carlson, 2005) indican que las instituciones varían en cuanto a la calidad de la atención que proporcionan.

Por lo general, los cuidadores tienen muchos niños a su cargo, lo que no facilita una atención individualizada ni permite el establecer vínculos de apego seguro, algo fundamental y crucial para el desarrollo psicoafectivo sano de la persona. En un estudio (Smyke et al., 2007) se observó que el comportamiento negativo de los menores estaba asociado a la poca calidad en los cuidados recibidos. Incluso hay casos donde los dere-

chos del niño se ven gravemente vulnerados y las condiciones para su desarrollo no son las mejores (Eapen, 2009; Gómez, Muñoz & Santelices, 2008; Lieberknecht & Dalbosco, 2007). Estudios neurobiológicos sobre la atención institucional (Johnson, Browne & Hamilton, 2006; Rutter, 2000; Rutter, O'Connor & The English and Romanian Adoptees Study Team, 2004; Smyke et al., 2007; Smyke, Zeanah, Fox, Nelson & Guthrie, 2010) sugieren que estos ambientes de alto estrés influyen en el desarrollo del cerebro y pueden causar deterioro cognitivo y déficit sociales.

No obstante, hay indicios, según sugieren algunos estudios, que, si la institucionalización es adecuada, los males causados por ésta pueden evitarse en cierta medida. En un ensayo clínico con 149 menores (McCall et al., 2016), los resultados mostraron que aquellos menores que han sido institucionalizados a edades tempranas en centros donde se ha tenido debido cuidado de ellos y se los ha estimulado debidamente, estos presentan, a la larga, cuando están ya en familias de acogida, menos problemas conductuales (menos conductas desafiantes y agresivas) que aquellos que han estado en centros donde se les presta menos atención. No obstante, estas diferencias son moderadas. Esto sugiere que mejorando la calidad de la institucionalización se pueden evitar males mayores, pero que, en cualquier caso, hay que priorizar poner a menores tutelados en familias de acogida, antes que recurrir a la institucionalización.

Como se ha mencionado en apartados anteriores, está confirmada la importancia de la IE en aspectos relacionados con el bienestar personal y, por lo tanto, en el equilibrio y la salud mental de las personas, y que intervenir en base a la IE es una estrategia que favorece el aprendizaje en la gestión positiva de las emociones. La IE es un factor clave para mejorar la adaptación personal y el apoyo social es una variable que actúa como mediadora importante. Olenik (2017), basándose en el modelo de Mayer y Salovey (1997) ha comprobado la hipótesis de que los adolescentes de 16 a 17 años, niños y niñas, con elevada IE afrontan eficazmente las situaciones estresantes, logrando más adaptación y por lo tanto un mayor sentido de bienestar, comprobando el papel mediador del apoyo social en la relación entre la IE y la adaptación. La IE correlacionó positivamente con los resultados adaptativos positivos, y negativamente con las estrategias de afrontamiento de evitación que implican conductas no adaptativas.

Confirmados por la opinión de los educadores, los resultados mostraron que, en momentos de estrés, los adolescentes con alta IE dependen de sus capacidades emocionales superiores para construir una red social que les proporcione importantes recursos socia-

les para minimizar el impacto negativo del estrés, ayudarlos a lograr resultados adaptativos positivos y protegerlos del uso de estrategias de afrontamiento no adaptativas. Es decir, cuando se interviene dentro de una organización educativa, el trabajo orientado a la mejora de la IE es eficaz para afrontar experiencias y recuerdos dolorosos y estresantes.

Así pues, en definitiva, podemos remarcar que, por una parte, se trata de unas de las poblaciones más vulnerables de nuestra sociedad, ya que han sufrido experiencias muy traumáticas en el momento más vulnerable de la vida de un ser humano, que es la infancia y la adolescencia. Y, por otra parte, a pesar de ser una de las poblaciones más necesitadas de tratamiento psicológico, ésta carece casi completamente de ello y de cualquier tipo de intervención psicoterapéutica consistente en el tiempo y validada científicamente como un tratamiento eficaz para tratar trastornos psicopatológicos y sintomatología clínica moderada o grave. Finalmente, si bien no sería técnicamente correcto hablar de abandono de este colectivo por parte de las instituciones, ya que se invierten recursos, tanto públicos como privados para ayudar a estos menores, los recursos podrían considerarse limitados o insuficientes.

5. La Terapia basada en Inteligencia Emocional

5.1. Fundamento y objetivos

A partir de la información proporcionada, se ve la necesidad de una intervención que promueva el desarrollo de la IE en menores institucionalizados. En ese sentido, Lizeretti (2012) creó y manualizó una Terapia basada en el desarrollo de la Inteligencia Emocional (TIE). Esta autora, siguiendo el modelo de Salovey y Mayer (1997), y basándose en el paradigma de la Psicología Humanista, desarrolló una psicoterapia cuyo eje fundamental es la emoción, “proceso por el cual podemos lograr el bienestar” (Lizeretti, 2012). Es un tratamiento o programa manualizado de intervención psicoterapéutica que tiene como principal objetivo el desarrollo de las habilidades emocionales según el modelo de IE de Salovey y Mayer (1997).

La TIE busca desarrollar y potenciar la inteligencia emocional como una fuente de conocimiento natural, favoreciendo el crecimiento personal. Esto ayuda a la persona a tomar consciencia de que la expresión correctamente regulada de las emociones auténticas “es la única opción que permite el estado de equilibrio con uno mismo y con el entorno”. La cual cosa produce un estado de bienestar.

Esta terapia se concibe como un proceso de descubrimiento de las propias capacidades y como aprendizaje y desarrollo de las habilidades emocionales. El tratamiento es multimodal, y recurre a estrategias terapéuticas que integran diversos tipos de intervención. Se busca el desarrollo del conocimiento emocional desde las diferentes dimensiones que suponen los fenómenos emocionales. En otras palabras, la TIE aborda de manera integradora las diferentes dimensiones de la persona; corporal, conductual, cognitiva, relacional, creativa, ética, etc.

Según el manual, las características de la TIE son:

- El objetivo principal es el crecimiento personal mediante el aprendizaje y desarrollo de las habilidades de IE, descritas por Salovey y Mayer (1997).
- Enfatiza en los aspectos propiamente humanos, como la libertad, la conciencia, la voluntad, la creatividad etc., siendo así una terapia fundamentalmente humanista.

- Integra las diferentes dimensiones del ser humano a partir del trabajo focalizado en las emociones.
- Es vivencial ya que trabaja en el “aquí y ahora”, trayendo al presente las situaciones del pasado no resueltas.
- Es experiencial, al brindar la oportunidad de reconstruir de forma creativa y singular la experiencia vivida.
- Es integradora, ya que integra procedimientos terapéuticos procedentes de otros modelos teóricos.
- El tratamiento es creativo, no correctivo, dirigido al aprendizaje y al crecimiento. La intervención se centra en la persona como conjunto y no en los síntomas.
- Es una terapia breve, con una duración inferior a los 6 meses.
- Puede realizarse de manera grupal o individual.

El principal objetivo de la TIE es el desarrollo de la inteligencia emocional a partir del conocimiento emocional y el entrenamiento de habilidades emocionales, de manera que la persona pueda potenciar las siguientes capacidades:

- Identificar la emoción auténtica implicada en los conflictos emocionales y reconocer la experiencia emocional de otros.
- Tomar consciencia de cómo la emoción está relacionada con necesidades primarias y ésta activa nuestras motivaciones, constituyendo una guía para nuestras conductas y pensamientos.
- Comprender la naturaleza y adecuación de la experiencia emocional propia o ajena de manera a dar sentido a la experiencia.
- Regular la experiencia y expresión emocional de manera que pueda ser aceptada y reconocida por uno mismo y por terceros.

A partir de estos objetivos principales, se derivan múltiples objetivos específicos que se trabajan a través de las diferentes estrategias de intervención a lo largo de las sesiones. Estos objetivos pueden agruparse en tres niveles: personal, familiar y grupal.

Los **objetivos a nivel personal** son:

- Identificar y hacer explícitos los aspectos problemáticos de la vida del paciente.
- Identificar las propias capacidades, a fin de aumentar la confianza en ellas.

- Identificar los posibles beneficios del síntoma, para que puedan expresarse de forma más creativa las necesidades y motivaciones asociadas.

- Identificar posibles fuentes de bienestar, entendido como una actitud que implica la búsqueda activa del equilibrio funcional y adaptativo, que permite el desarrollo orientado al crecimiento de los distintos elementos del sistema. Cuando se experimenta, el bienestar actúa como indicador de dicho equilibrio.

- Identificar la motivación auténtica que orienta nuestros actos y reconocer el rango de libertad ante cada decisión, a fin de evitar decisiones reactivas, comprendiendo como las decisiones que responden a nuestras motivaciones más íntimas permiten adoptar la responsabilidad de la propia vida.

- Observar si existe rigidez en el esquema que guía la toma de decisiones.

- Comprender el significado y la función del síntoma, en vistas a la integración del mismo como forma de expresión de una parte del sí mismo.

- Comprender el síntoma como indicador de malestar y de insatisfacción vital, de manera que pueda ser visto como una oportunidad del cambio en el funcionamiento general, desbloqueando el flujo vital.

- Comprender la percepción que tiene la persona sobre sí misma a nivel cognitivo, emocional y conductual, y su esquema personal de solución de problemas.

- Comprender el funcionamiento particular de cada una de las emociones permaneciendo en ellas y tomando conciencia del proceso por el cual se convierten en estrategias funcionales, permitiendo la adquisición de recursos alternativos.

- Comprender el proceso vital desde una perspectiva global e identificar las metas que se persiguen, observando como las decisiones conscientes o inconscientes pueden condicionar el proceso y la consecución de dichas metas.

- Reparar los sentimientos de culpa parásita que bloquean el flujo de la experiencia y descubrir la utilidad de la culpa sana, en términos de responsabilidad.

- Regular los estados emocionales que se viven de forma negativa debido al malestar que causan, desarrollando un repertorio más amplio de estrategias adaptativas.

Los **objetivos a nivel familiar** son:

- Identificar las emociones, los juegos psicológicos y esquemas de simbiosis que se encubren tras las dinámicas familiares insanas.

- Observar de qué forma se potencia la adquisición de los diferentes roles.

- Observar de qué modo y en qué grado las personas significativas, el contexto y las circunstancias han ejercido influencia en el proceso vital.
- Comprender la manera en que la persona ha sido cuidada y ha obtenido aprecio en las relaciones significativas, identificando los mensajes afectivos básicos.
- Comprender que el rol condiciona las vivencias emocionales dentro y fuera del núcleo familiar.
- Regular las dinámicas insanas que son generadas por el sistema familiar.

Los **objetivos a nivel grupal** son:

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

Otros objetivos y aprendizajes que se contemplan son:

- Tolerar el proceso que comporta el trastorno, en términos de aprendizaje y finitud.
- Aceptar el sufrimiento, propio y ajeno, como parte del sentirse vivo.
- Aceptar y respetar los propios límites y los de los demás.
- Ser capaz de cuidarse para poder cuidar.
- Mejorar la autoestima y adquirir habilidades asertivas.
- Aprender a escuchar los distintos lenguajes por los que somos capaces de comunicar, de expresar y ser escuchados.
- Realizar un proceso de reconstrucción emocional de la experiencia a través de las diferentes vías de comunicación (verbal y no verbal).
- Detectar los aspectos mágicos de las expectativas que se depositan en la terapia.
- Aprender a decir lo que realmente se quiere decir, lo que realmente se siente y no caer en expresiones sesgadas.

- Aprender a concretar los problemas y los objetivos. Los problemas amplios y ambiguos abruma y bloquean los mecanismos de acción. Los objetivos excesivamente amplios son potencialmente generadores de sentimientos de fracaso o frustración. Es preferible plantearse objetivos pequeños y concretos, alcanzables a corto plazo, que son más realistas y su logro potencia la autoestima.

En cuanto al procedimiento, ya de forma más concreta y específica, la TIE gira en torno a **dos ejes de intervención**, uno longitudinal y otro transversal. El **eje longitudinal** hace referencia a la totalidad del tratamiento que está destinado a trabajar en **cuatro fases** las habilidades de Inteligencia Emocional: identificación, facilitación, comprensión y regulación. Por su parte, el **eje transversal** hace referencia a cada una de las sesiones de psicoterapia. En las sesiones de cada fase se plantea como objetivo principal el desarrollo de un nivel de habilidad emocional, al que se le dará especial énfasis, aunque también se aborda el desarrollo de los cuatro niveles de habilidad en cada una de las sesiones.

En la primera fase de la intervención, la **fase de identificación**, se utilizan estrategias de intervención orientadas a poner de relieve aquellas emociones que generan dificultades y conflictos en la persona, tanto a nivel personal como en referencia a terceros. Se busca identificar en torno a qué emociones se construye la experiencia de la persona, ya sea en relación al síntoma o a la propia identidad. Esta fase permite reconocer la naturaleza de los conflictos del individuo y generar consciencia de sus dificultades. La fase de identificación es fundamental ya que, si no se identifican correctamente los procesos emocionales implicados en la experiencia de la persona, esta difícilmente podrá comprender dichos procesos y mucho menos regularse emocionalmente.

La segunda **fase, de facilitación emocional**, consiste en la toma de consciencia de las implicaciones de las emociones en la experiencia vital de la persona. En ella se trabaja con la emoción básica que causa el malestar del individuo, y que ha sido identificada en la fase anterior. La intervención en este punto permite tomar consciencia de cómo esta emoción está asociada a necesidades básicas, cómo dichas necesidades están vinculadas a motivaciones y cómo estas motivaciones guían nuestros pensamientos y conductas. También se busca observar cómo influyen las emociones parásitas en la experiencia emocional, así como las reacciones emocionales que provoca en terceros. Finalmente,

en esta fase se busca el ser capaz de tolerar el contacto con las emociones de uno mismo y de los demás, exponiéndose así a la experiencia emocional evitada hasta entonces.

La tercera **fase, de comprensión**, se orienta a dar un sentido a la emoción auténtica de la propia persona y de los demás. Se busca perder el miedo a la experiencia emocional cuando ésta no es placentera, para poder aceptarla y valorar su significado vivencial. Se hace una valoración consciente de dicha emoción y se le da un significado a la experiencia emocional, integrando así razón y emoción. El objetivo es aceptar la experiencia emocional, propia y ajena, y comprender su función indispensable en el proceso de crecimiento personal.

Finalmente, en la **fase de regulación**, el objetivo es la aplicación y puesta en práctica de la inteligencia emocional en situaciones cotidianas de la persona, así como el desarrollo de estrategias de reparación tras experiencias emocionales desagradables. Los objetivos se centran en la consolidación de los conocimientos adquiridos a partir de las habilidades que permiten la regulación adecuada de las emociones. En esta fase se enseña al individuo a utilizar sus emociones de manera que sepa satisfacer sus necesidades auténticas, aquello que realmente necesita, y llegar así a un estado de homeostasis emocional, cerrando así el ciclo emocional.

5.2. Técnicas psicoterapéuticas

Las técnicas se entienden como estrategias estructuradas o recursos técnicos al servicio de los objetivos terapéuticos. Eso por eso que el criterio principal que ha permitido el proceso de interacción de diferentes técnicas en el tratamiento de la TIE fue que constituyeran estrategias válidas para trabajar los diferentes niveles de habilidades emocionales. Posteriormente, cada una de las técnicas empleadas fue reformulada y adaptada de manera a que permitieran el abordaje jerárquico de los cuatro niveles de habilidades emocionales descritas en el modelo de Salovey y Mayer (1997). El grado de intensidad con el que se trabaja cada nivel de la IE viene marcado por las características intrínsecas de la técnica y por la ubicación dentro del conjunto de la terapia. Además, se diseñaron varias técnicas específicamente orientadas al desarrollo de las habilidades de IE que posibilitan el trabajo integrado de todas ellas, aunque en función de la ubicación dentro del tratamiento también permiten poner el énfasis en alguno de los niveles.

La TIE busca realizar los objetivos mencionados anteriormente mediante un conjunto de técnicas psicoterapéuticas. El objetivo de este trabajo no es describirlas todas con detalle, pero sí interesa recalcar que cada una de las técnicas que se utilizan en la TIE tiene como objetivo trabajar, en base a los dos ejes mencionados, cada uno de los cuatro niveles de IE. Estas técnicas están perfectamente recogidas, descritas y justificadas en el manual de intervención (Lizeretti, 2012). Es importante afirmar que, a nuestro entender, todas las técnicas se presentan en un orden muy determinado (Tabla 2) respondiendo a qué habilidades se trabajan en cada una de ellas. Para ilustrar al lector y justificar nuestra afirmación, explicaremos brevemente una técnica de cada una de las cuatro fases.

A continuación, vamos a describir en detalle una de las técnicas que consideramos más relevantes de cada una de las cuatro fases. Estas son: la técnica del “rosal” (Stevens, 1976; adaptación Lizeretti, 2009), el “ejercicio de trabajo con la culpa” (Lizeretti, 2012), el “cuento del animal”, adaptación hecha por Lizeretti (2009) del “cuento de los animales” (O’Hearne, 1977), y, en la cuarta fase, “la estrella” (Lizeretti, 2009).

Técnica del “rosal”

Es una técnica creada por Stevens, (1976) y adaptada por Lizeretti (2009), Consiste en una técnica de fantasía guiada que, según Rosal (2002) puede utilizarse como diagnóstico fenomenológico para poner de manifiesto aspectos importantes de la personalidad. A través de esta técnica se intenta “ plasmar la emoción que subyace a la experiencia emocional del paciente y tiene como objetivo principal identificar la emoción vital básica a través de la fantasía y el dibujo, así como aspectos inconscientes de la personalidad” (Lizeretti, 2012). La técnica consiste en cerrar los ojos y pensar “¿cómo sería yo si fuera un rosal?”. Hay que imaginarse que uno es un rosal, atendiendo a su forma, color, dónde se está creciendo, qué tipo de rosal se es, los elementos del ambiente, cómo son las raíces, en qué tipo de suelo se está enraizado, cómo es el tronco, las hojas, las ramas, las flores etc. Una vez la persona tiene una imagen clara de cómo sería su rosal, el siguiente paso sería dibujarlo en papel tal y como se lo ha imaginado.

Esta técnica trabaja todos los niveles de habilidades emocionales. El hecho de trabajar con un dibujo, facilita que la persona pueda proyectar en él cuestiones personales sintiendo que se preserva su intimidad. Si la TIE se realiza en grupo, las impresiones de los demás pueden ayudar a dar perspectiva al análisis del dibujo. También permite a las

demás personas del grupo aprender a decir las cosas de manera sincera pero cuidadosa y empática, teniendo cura de cómo puede sentirse el otro en función de las palabras que se utilizan para hacer valoraciones. En la TIE, esta técnica se realiza en la primera y última sesión, de manera que permite ver los cambios realizados durante el tratamiento y constatar la evolución del/la participante.

“Ejercicio de trabajo con la culpa” (Lizeretti, 2012)

Su objetivo es desbloquear los sentimientos de culpa insanos y poco adaptativos. Consiste en rememorar una o varias situaciones en las que se haya sentido culpable, dar un espacio para que pueda revivirla y describirla verbalmente cómo se sintió. Esta técnica permite dar salida a los sentimientos implicados y reparar aquellas conductas que los generaron. En las situaciones en que la culpa es insana o neurótica, esta técnica facilita que la persona pueda ayudarse a sí misma a perdonarse aquellos actos que la hacen sentir culpable. Este ejercicio permite enseñar al paciente la utilidad de una culpa sana para lograr buena calidad en las relaciones sociales, y lo perjudicial que puede ser para ella una culpa neurótica o la supresión de la culpa sana.

“Cuento del animal”

Es una técnica adaptada por Lizeretti (2009) del “cuento de los animales” (O’Heerne, 1977). Consiste en que el paciente redacte un cuento inventado en el que el protagonista sea un animal, y que el cuento tenga las siguientes partes, “Érase una vez...”, “Y cuando creció...”, “Y al final lo que ocurrió fue...”. Esta técnica tiene como objetivo comprender cómo las emociones básicas influyen en la vida de la persona. Por otra parte, permite vislumbrar el relato vital del paciente y sus expectativas de futuro, y al mismo tiempo brinda la oportunidad de dar un significado a lo sucedido y de tomar decisiones más adaptativas en el presente y el futuro en base a las necesidades auténticas del propio individuo.

“La estrella”

Finalmente, una de las técnicas utilizadas en la cuarta fase es “la estrella” (Lizeretti, 2009). Su objetivo principal es la toma de decisiones y resolución de problemas mediante el uso de las emociones como fuente de sabiduría respecto a las necesidades auténticas. Con ella se busca ampliar el abanico de estrategias para regular la expresión de los

estados emocionales y reparar el eventual malestar que conllevan dichas emociones. Esta técnica consiste en recordar una situación en la que el paciente haya sentido una emoción desagradable (miedo, rabia, tristeza o culpa) e imagine pensamientos y conductas que le puedan permitir sentirse mejor generando alternativas a la situación que se plantea. Para cada uno de dichos pensamientos o conductas la persona debe comprender cómo se siente con dicha alternativa. Tras valorar emocionalmente cada una de las alternativas, el paciente obtiene un repertorio de opciones y alternativas que ofrecen a la persona múltiples salidas y soluciones al problema planteado. Lo único restante es escoger aquella alternativa que a la persona la haga sentir mejor.

5.3. Modalidad de aplicación

La TIE puede aplicarse de manera grupal o individual. Según el propio manual de intervención, la intervención grupal, utilizada en este estudio, presenta ventajas e inconvenientes. Destacamos las siguientes:

Ventajas de la modalidad grupal:

- Permite intervenir sobre las relaciones interpersonales dentro de un espacio controlado.

- Las intervenciones que se llevan a cabo en un individuo también benefician a los demás miembros, puesto que todos escuchan y aprenden de las experiencias y procesos psicológicos de los demás.

- Permite establecer, fortalecer o subsanar los vínculos entre los miembros del grupo. Este aspecto es de mayor interés cuando los participantes cohabitan diariamente.

- Las aportaciones de los miembros del grupo, no solo de los psicoterapeutas, aportan un gran feedback desde una multitud de perspectivas, ampliando y enriqueciendo el abanico de posibilidades respecto a la solución de problemas.

- Los participantes pueden identificar en sí mismos aspectos expresados por los otros. Por un lado, aprenden formas diferentes de percibir y sentir un problema igual o similar, y por otro, se sienten identificados y comprendidos, lo que facilita la expresión emocional.

Desventajas o posibles inconvenientes de la intervención grupal:

- En general, suele ser más difícil, sobre todo en las primeras sesiones, expresar sus emociones con otras personas presentes que de forma individual con un psicoterapeuta.
- Puede ocurrir que algunos comentarios de los demás puedan herir los sentimientos de algún participante. Existe el riesgo de que, por inmadurez, alguna risa, comentario, o reacción poco meditada pueda hacer sentirse juzgado o herido a algún miembro del grupo.

5.4. Efectividad

Finalmente, y para acabar este apartado, añadir que la efectividad de la TIE ha sido demostrada empíricamente en pacientes diagnosticados de Trastorno de Pánico con Agorafobia y Trastorno de Ansiedad Generalizada, mostrándose incluso más eficaz que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en mejoría sintomatológica y desarrollo de la IE (Lizeretti, 2009). De manera más específica, la TIE obtuvo mejorías significativas en Satisfacción Vital, Ansiedad Rasgo, Síndrome Histeriforme, Trastorno de Personalidad Dependiente, Trastorno de Personalidad Compulsivo, Trastorno de Personalidad Pasivo-Agresivo, y en IE tanto subjetiva como objetiva. A nivel comparativo respecto a la TCC, la TIE obtuvo significativamente mejores resultados en Ansiedad Rasgo, Agorafobia, en todas las escalas del SCL-90 excepto “ansiedad fóbica”, “depresión” y “obsesión-compulsión”, en todas las escalas del MCMI-II excepto “neurosis depresiva”, “abuso de alcohol” y “abuso de drogas”, así como en prácticamente todos los trastornos de la personalidad, entre ellos el Trastorno Límite de la Personalidad (Lizeretti, 2009).

Tabla 2. Organigrama de la TIE

Objetivo principal	Sesión	Técnica
Identificación de las emociones	1	Presentación. El Rosal
	2	Construcción del significado del síntoma
	3	Autocaracterización
	4	Pregunta milagro
	5	Esculturas familiares
	6	Esculturas familiares
	7	Sesión de recapitulación
Facilitación emocional	8	Rincón de las emociones
	9	Rincón de las emociones
	10	Rincón de las emociones
	11	Ejercicio de trabajo con la culpa
	12	Espejo
	13	Sesión de recapitulación
Comprensión de las emociones	14	Las dos sillas
	15	Las dos sillas
	16	Las dos sillas
	17	Análisis del cuento de animales
	18	Diálogo con el síntoma
	19	Sesión de recapitulación
Regulación de las emociones	20	La estrella
	21	La estrella
	22	Rincón de las emociones
	23	Rincón de las emociones
	24	El Rosal. Ritual de despedida.

Capítulo 2

Diseño de la investigación

Capítulo 2. Diseño de la investigación

1. Justificación de la presente investigación

Como se ha mencionado anteriormente, los menores institucionalizados son un colectivo extremadamente vulnerable, tanto por su fragilidad psicoafectiva como también por su situación socioeconómica. Además, se trata de un colectivo a menudo olvidado, no solo por la sociedad sino por las propias instituciones que están a cargo de su cuidado. Los recursos invertidos en la cura de estos menores en España son ampliamente insuficientes, desde un punto de vista comparativo respecto a otros países europeos, y la intervención psicoterapéutica que reciben es mínima o inexistente.

Paralelamente, a pesar de que se ha demostrado, en todos los estudios realizados en diferentes países del mundo, que existe una elevada presencia de psicopatología clínica en menores institucionalizados, no hay estudios que evalúen la aplicación de una intervención psicoterapéutica en este colectivo.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto en el marco teórico sobre la importancia de la Inteligencia Emocional como factor protector psicológico, la posibilidad de desarrollar las habilidades emocionales en una terapia y los enormes beneficios que esto puede tener, y subrayando nuevamente la presencia de sintomatología clínica a edades tempranas en menores institucionalizados, así como la relación entre TLP, traumas en la infancia y déficits en regulación emocional, creemos que es fundamental intervenir en este ámbito.

Por lo tanto, esta investigación se justifica tanto por el vacío en la investigación que hay al respecto, así como por la urgencia humana que hay de que se preste atención y se ayude a un colectivo en gran medida abandonado o muy poco tenido en cuenta por la investigación y las propias instituciones.

2. Objetivos e hipótesis

La presente compilación de estudios comprendidos en esta investigación tiene los siguientes objetivos generales y específicos:

Objetivo General

Valorar la efectividad de la aplicación del modelo de intervención grupal de Terapia basada en Inteligencia Emocional, la TIE, en adolescentes institucionalizados en CRAEs y tutelados por la DGAIA, en relación a la efectividad del tratamiento que reciben habitualmente dichos menores.

Objetivos Específicos

1. Evaluar psicológicamente a los menores institucionalizados. Concretamente, evaluar la presencia de sintomatología asociada al TLP, la satisfacción vital y la IE autopercebida.

2. Aplicar la TIE en formato grupal en adolescentes institucionalizados de manera que estos puedan beneficiarse de una intervención psicoterapéutica que pueda ayudarles a sentirse mejor con ellos mismos y con el mundo. Con esta intervención, se busca que dichos menores puedan mejorar tanto a nivel afectivo como conductual y relacional, y que estas mejoras se expresen a corto y medio plazo.

3. Evaluar el impacto de la Terapia basada en Inteligencia Emocional, en términos de mejoría, en las siguientes variables:

- Satisfacción general con la vida
- Inteligencia Emocional
- Trastorno Límite de la Personalidad

4. Comparar la eficacia de la TIE en adolescentes institucionalizados en CRAEs respecto a la intervención habitual que estos reciben.

Hipótesis General

La intervención grupal basada en inteligencia emocional (TIE) se mostrará eficaz a nivel afectivo, conductual y relacional en los menores institucionalizados. Esta intervención se mostrará más eficaz en todos estos aspectos que el tratamiento habitual por sí solo.

Hipótesis Específicas

1. A nivel basal, los menores institucionalizados presentarán elevada sintomatología borderline, baja satisfacción vital y poca IE autopercibida.

2. La TIE obtendrá buena adherencia al tratamiento, y los menores tratados se sentirán mejor con ellos mismos y con su entorno al finalizar el tratamiento.

3. El impacto de la TIE sobre los menores tratados podrá observarse en un aumento de la Satisfacción Vital, un aumento de la Inteligencia Emocional y una disminución de la presencia de Trastorno Límite de la Personalidad y de su sintomatología en general.

4. La intervención con la TIE obtendrá mejores resultados en las variables mencionadas anteriormente respecto al tratamiento habitual que reciben dichos menores.

3. Método

3.1. Tipo de estudio

El estudio fue diseñado en tanto que un estudio cuasiexperimental con grupos no equivalentes, dado que la asignación de los participantes a los grupos experimental y de lista de espera no fue aleatoria. Los sujetos se asignaron de manera no aleatoria para formar parte del GE o del GC. Dicha asignación se realizaba en función de la demanda de cada centro de participar o no en la investigación y dicha intervención se hacía por centros, *ergo* no se mezclaban en un mismo grupo de terapia adolescentes de diferentes centros, exceptuando un solo caso en el que sí se mezclaron menores de dos centros por cuestiones logísticas.

A todos los participantes se les administró la batería de test e, inmediatamente, o empezaron los 3 meses de intervención con la TIE (GE) o esperaron 3 meses (GC). Al finalizar esta primera fase, ambos grupos volvieron a realizar los test. A partir de aquí, al GC se le aplicó la TIE, también en un período de tres meses, lo que se justifica por imperativo ético y en base al principio de justicia.

Como se comentará y justificará con más detalle más adelante, por razones éticas no se podía dejar sin tratamiento a ningún menor que hubiese realizado la batería de test.

VARIABLES DE ESTUDIO: Las variables estudiadas en esta disertación son la Inteligencia Emocional, la Satisfacción Vital y el Trastorno Límite de la Personalidad en adolescentes institucionalizados.

VARIABLE INDEPENDIENTE: La variable independiente en este estudio es la intervención que reciben dichos menores, ya sea una combinación de Terapia basada en Inteligencia Emocional (TIE) y Tratamiento Habitual (TH), o Tratamiento Habitual por sí solo.

También por razones éticas, y que se justificarán en su debido apartado, en ningún caso se podía negar el Tratamiento Habitual a dichos menores, aunque eso implicara una ligera limitación en las conclusiones de este estudio.

3.2. Características de la muestra

Las personas que participaron en esta investigación, y que formaron parte de la muestra de este estudio, fueron 61 adolescentes (31 mujeres y 30 hombres) de entre 13 y 17 años de edad (media de edad de 15 años) institucionalizados en CRAEs (*Centre Residencial d'Acció Educativa*) que estaban bajo tutela legal de la DGAIA (*Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència*), organismo público dependiente de la *Generalitat de Catalunya*. Para realizar esta investigación, se obtuvo el consentimiento informado firmado por la propia DGAIA (ver Anexo 2 p. 225) así como el consentimiento informado y firmado por los propios participantes (ver Anexo 1 p. 223). Así pues, la participación en esta investigación fue completamente libre y voluntaria.

Una vez firmado el convenio entre el Grupo de Trabajo en Inteligencia Emocional del *Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya* y la DGAIA (ver Anexo 2 p. 225), se informó a los directores de los diferentes CRAEs de la provincia de Barcelona sobre la posibilidad de llevar a cabo dicha intervención. Se expuso ante varias decenas de directores y subdirectores de centros tutelados las características de la intervención en Inteligencia Emocional, todos sus posibles beneficios y aquellas posibles dificultades. A partir de allí, los directores de cada centro fueron libres de escoger si querían proponer a los menores de sus respectivos centros la participación en este programa.

Los requisitos para poder participar en la intervención fueron:

- Tener entre 13 y 17 años.
- No presentar algún tipo de discapacidad intelectual moderada o grave
- Participar de forma voluntaria

Finalmente, aproximadamente un total de unos 61 adolescentes participaron en esta investigación. Los centros en los que se intervino fueron los siguientes:

- Fundació Busquest de Terrassa.
- Llar les Vinyes de Cerdanyola.
- Teresa Lema de Gavà.
- Centre de la Jove de Bigues i Riells
- Urrutia de Barcelona
- Minerva de Barcelona

- Pere Quart de Mataró
- Sants Medir de Barcelona
- Llar St Rosalia de Teià

Los lugares en los que se llevaba a cabo la intervención fueron de los más diversos. Algunas veces se realizaba en el propio CRAE, en alguna sala acomodada para la ocasión, y otras veces en lugares facilitados por el CRAE pero fuera de sus instalaciones, ya fuera en casales, alguna sala del propio ayuntamiento, etc. En todos los casos imperó que la sala en la que se realizara la intervención permitiera salvaguardar la intimidad y la confidencialidad de los menores..

3.3. Tratamientos

Terapia basada en Inteligencia Emocional

La Terapia basada en Inteligencia Emocional es la intervención utilizada en esta investigación para intentar promover un cambio significativo en los menores tratados en las variables de estudio mencionadas. Las características principales de esta terapia están descritas en el tercer apartado del marco teórico.

La intervención con la TIE se realizó en 16 sesiones de una hora y media y en grupos de entre 4 y 10 personas, dependiendo de las características de los adolescentes o del propio CRAE. Aproximadamente, se realizaba una sesión por semana, con lo que la intervención completa tenía una duración de 4 meses.

Hay que señalar que el manual de tratamiento original de la TIE organiza la intervención en 24 sesiones, no 16 (ver Tabla 3). No obstante, teniendo en cuenta las características y la naturaleza de la muestra, se adaptó la intervención para que fuera realizada en menos sesiones. Como puede verse en el organigrama original, expuesto en el marco teórico (Tabla 2, p. 75), muchas de las técnicas se repetían en diferentes sesiones. En la versión adaptada y utilizada para esta investigación se emplearon todas las técnicas, pero en la gran mayoría de casos solo en una única sesión tal y como se puede observar en la Tabla 3.

Paralelamente, si bien se trata de una terapia grupal, se ofrecía a aquellos que así lo pidieran entre 10 y 15 minutos al final de cada sesión para poder hablar en privado de

aquellas cosas que el adolescente en cuestión no se atrevía a decir en grupo. Esto fue muy positivo a nivel terapéutico ya que no fueron pocos los menores que, voluntariamente y solicitándolo ellos por sí solos, pedían unos minutos en privado para hablar de temas muy personales. Si bien esto puede representar una posible variable extraña para esta investigación, por razones éticas nos sentimos obligados por imperativo moral a ofrecer dicho espacio y a atender a aquellos que lo necesitaran. Este pequeño espacio permitió que varios menores pudieran expresar por primera vez en su vida experiencias sumamente traumáticas como abusos sexuales, palizas, vejaciones de todo tipo, etc. No obstante, debemos resaltar que este pequeño espacio de 10 minutos no siempre era utilizado, más bien iba en función de las necesidades de cada persona y de cómo se encontrara cada uno ese día. Consideramos que este pequeño espacio extra, aunque solo lo utilizaran unos pocos de manera puntual, ya representa en sí mismo una variable extraña puesto que por sí solo ya puede producir un efecto terapéutico significativo. La manera de controlar relativamente esta variable, fue preguntar al final de cada sesión si alguien quería quedarse 10 minutos si así lo necesitaba. De esta forma, queda bien claro que es algo extra que se ofrece a todo el mundo que participa pero que no forma parte de la intervención estandarizada.

Tabla 3. Organigrama de la TIE adaptada para menores institucionalizados.

Objetivo principal	Sesión	Técnica
Identificación de las emociones	1	Presentación. El Rosal
	2	Construcción del significado del síntoma
	3	Autocaracterización
	4	Pregunta milagro
	5	Esculturas familiares
	6	Esculturas familiares
Facilitación emocional	7	Rincón de las emociones
	8	Ejercicio de trabajo con la culpa
	9	Espejo
Comprensión de las emociones	10	Las dos sillas
	11	Análisis del cuento de animales
	12	Diálogo con el síntoma
Regulación de las emociones	13	La Estrella
	14	Rincón de las Emociones
	15	El Rosal
	16	Ritual de despedida

Tratamiento Habitual

El Tratamiento Habitual es la intervención que reciben los menores institucionalizados en CRAEs de manera habitual. Ésta consiste en la atención y ayuda que pueden recibir diariamente por parte de los educadores sociales del centro donde se encuentran, y en las intervenciones psicológicas ofrecidas por el CSMIJ (Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil). Los adolescentes con los que se intervino visitaban al psicólogo del CSMIJ aproximadamente una vez cada 3 o 6 meses, y en algunos casos una vez al año.

El régimen de visitas variaba en función de la población, el barrio y de las necesidades del propio menor.

3.4. Materiales

Además de recoger datos demográficos como la edad, el sexo, el número de hermanos o el curso académico, se utilizaron los siguientes cuestionarios para evaluar las diferentes variables de estudio:

- *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II disorders (SCID-II)*, (First, Spitzer, Williams & Benjamin, 1997): es un instrumento que evalúa categóricamente los trastornos de personalidad según los criterios del DSM-IV. En relación al TLP, la sintomatología que estudia es: inestabilidad emocional marcada, ira inapropiada e intensa, miedo al abandono, conductas autolesivas y/o autolíticas, sentimientos de vacío, alteración de la identidad, ideación paranoide, inestabilidad en las relaciones e impulsividad.

- *Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)* (Fernández-Berrocal, Extremera, & Ramos, 2004): es un instrumento de evaluación de la Inteligencia Emocional autopercebida compuesto por tres escalas de 8 ítems: Atención, Claridad y Reparación. Las opciones de respuesta se presentan en una escala Likert (0 = *totalmente en desacuerdo* hasta 5 = *totalmente de acuerdo*). La puntuación máxima de cada escala es de 40.

- *Quality of Life Interview-Short Versión (QOL; Lehman,1988; traducción española Bobes, González y Wallace, 1993)*. Se trata de una entrevista estructurada que evalúa la calidad de vida en enfermos mentales crónicos. A través de 144 ítems recoge información sobre variables demográficas y diagnósticas y sobre nueve dominios relacionados con la calidad de vida como la situación vital, la relación familiar, el apoyo social, las actividades de ocio, etc que se dividen en dominios objetivos y subjetivos. Para valorar el grado de satisfacción general con la vida de los pacientes en esta investigación se utilizó únicamente un ítem al que el sujeto respondió con una escala Likert de 1 a 7 (1 = muy insatisfecho; 2 = bastante insatisfecho; 3 = algo insatisfecho; 4 = medio; 5 = algo

satisfecho; 6 = bastante satisfecho; 7 = muy satisfecho), que evalúa la satisfacción general con la vida. Cada punto va acompañado de una cara, de más triste a más contenta. Se escogió utilizar únicamente este ítem para simplificar la respuesta y hacer mucho más práctica y adaptada la administración del instrumento a la muestra en cuestión.

- Cuestionario de elaboración propia para valorar la presencia o ausencia de maltratos físicos o psicológicos, abandonos y abusos sexuales. Consta de los 4 ítems de tipo Sí o No (Ítem 1 = Maltrato Físico; Ítem 2 = Maltrato Psicológico; Ítem 3 = Abandono; Ítem 4 = Abuso sexual). Este cuestionario no se administró a los menores, sino que fueron los psicólogos encargados de la terapia los que lo fueron rellenando progresivamente en base a lo que iban aprendiendo de la vida de cada uno de ellos. Se escogió crear esta escala, y no utilizar alguna otra ya existente, ya que se necesitaba algo muy sencillo, breve y adaptado para la muestra en cuestión. La información recabada a través de este cuestionario es, pues, fruto de lo que expresaban los menores en terapia, la historia de vida que los respectivos educadores nos explicaban, y las suposiciones de los propios psicólogos. Por lo tanto, la información que se extrae de este cuestionario tan solo se utilizó de manera muy breve en esta tesis como un indicativo de los traumas psicológicos que han padecido dichos menores.

3.5. Procedimiento

El procedimiento de este estudio puede verse en la Figura 1. Como se ha mencionado anteriormente, la intervención psicoterapéutica grupal tuvo una duración de 16 sesiones de hora y media, llevadas a cabo a un régimen de dos sesiones por semana en la mayoría de casos.

Un total de 6 psicólogos aplicaron la TIE en diferentes grupos. Siempre había un terapeuta principal y un coterapeuta, todos los terapeutas principales tenían el título de Psicólogo General Sanitario, y todos los psicólogos habían cursado o estaban cursando el Máster en *Inteligencia Emocional en el ámbito Clínico y Social*. Así pues, todos los terapeutas y coterapeutas eran expertos en la aplicación de esta terapia. La asignación de los terapeutas y coterapeutas a los diferentes grupos de intervención se realizó de manera semi aleatoria. Dado que se intervenía en diferentes CRAEs repartidos por buena

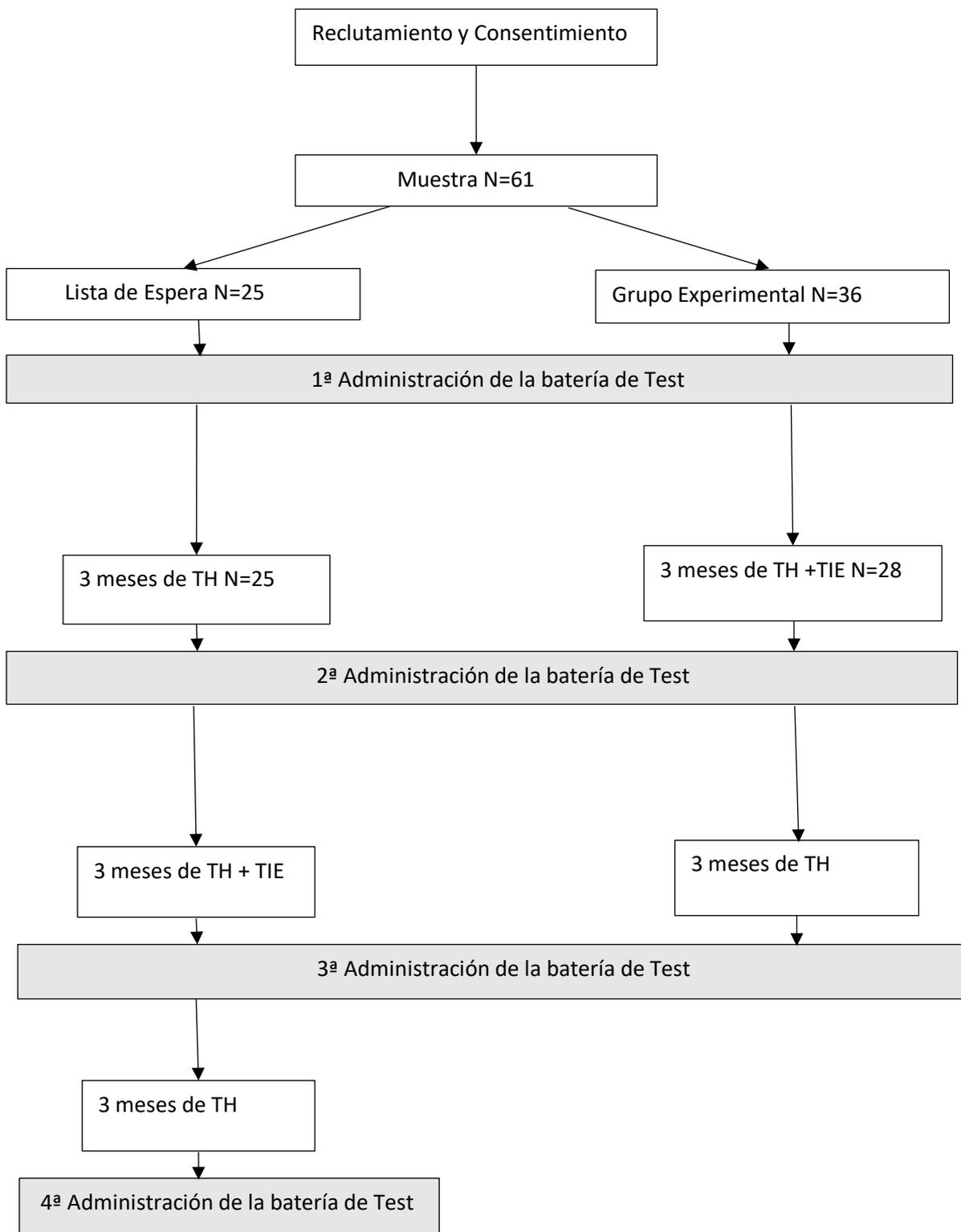
parte de la provincia de Barcelona, en según qué casos se asignaban aquellos psicólogos que estuviesen más cerca o lo tuvieran más fácil para llegar hasta allí. También entraron en juego los horarios de cada terapeuta y el solapamiento con otros grupos que ya se estuviesen llevando a cabo.

Previamente a la intervención, se llevaron a cabo entre una y dos sesiones de hora y media para explicar en qué consistiría la intervención, firmar el consentimiento informado y realizar la batería de test. Al final de las 16 sesiones de terapia, se volvían a realizar dos sesiones para administrar de nuevo todos los test.

- Grupo Experimental (GE): Se aplicó la intervención en IE al GE inmediatamente después de realizar la primera administración de test (pre). Al finalizar el programa se volvió a administrar los test (post). Finalmente, se realizó una tercera administración de test (seguimiento), esta vez no todos (se excluyeron el MSCEIT y el MACI), a los tres meses de haber finalizado la intervención.

- Grupo Control (GC): Se aplicó el mismo procedimiento para el GC que el utilizado para el GE, la única diferencia fue que se administró la batería de test tres meses antes de empezar el tratamiento y justo antes de empezarlo. Es decir, se creó un GC de lista de espera. La única diferencia fue, pues, que el GC realizó los test una vez más que el GE.

Figura 1. Procedimiento



3.6. Análisis de datos

Para realizar los análisis estadísticos se crearon bases de datos, con el programa SPSS 15.0. para Windows. Se obtuvieron puntajes individuales y promedios grupales de los participantes, en cada una de las evaluaciones realizadas. Con el fin de valorar la distribución de las variables medidas en la población estudiada, se utiliza la prueba Lévene, Para una distribución no normal, las comparaciones intragrupal se realizan con la prueba de Wilcoxon para las variables cuantitativas y de McNemar para las categóricas. Para las comparaciones intergrupales se utiliza la U de Mann-Whitney para la variables cuantitativas y Chi-cuadrado para las categóricas.

Paralelamente, se calcula el tamaño del efecto (*d* de Cohen) de la intervención en las variables cuantitativas; Sintomatología TLP total, Satisfacción Vital y Atención, Claridad y Reparación Emocional autopercebida.

4. Consideraciones éticas

La presente tesis doctoral, y los estudios derivados, respetan los principios de la declaración de Helsinki, la legislación española de bioética en el ámbito de la investigación biomédica y la declaración internacional sobre bioética y derechos humanos de la UNESCO. La ética es y debe ser el pilar básico, fundamental y más importante en la investigación clínica, y por ende en el área de psicología. Así pues, es de suma importancia remarcar que la intervención expuesta en esta investigación ha sido desarrollada considerando escrupulosamente los principios éticos de beneficencia, de autonomía y de justicia, además de las reglas básicas de la ética profesional; veracidad, confidencialidad y fidelidad.

Todos los participantes de la presente tesis y de los estudios que la conforman fueron informados de las características de la investigación previamente a su comienzo. Además, hay que resaltar el hecho de que todos los participantes firmaron los pertinentes consentimientos informados de participación posteriormente a la debida explicación detallada de las características de la intervención, y anteriormente al inicio de ésta. Se veló por ofrecer toda la información que los participantes hubiesen necesitado antes de firmar el documento de consentimiento informado creado específicamente para este proyecto.

Los participantes tuvieron la posibilidad de poder retirarse del proyecto en cualquier momento. Además, durante todo el proceso se respetó la intimidad, el derecho al anonimato y confidencialidad de los datos de los adolescentes. La investigación no presenta conflictos de interés, se plantea con independencia, transparencia, honestidad y buenas prácticas de investigación considerando los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. La investigación tiene un interés estrictamente científico y social. En la presente investigación se ha garantizado la privacidad de los datos de todos los participantes según la legislación vigente que se ajustará a la “Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre” de protección de datos de carácter personal. Los datos han sido tratados según la conformidad que establece el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre de desarrollo de la Ley Orgánica de Protección de Datos (desarrollo de la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de 13 de diciembre), 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.

Por otro lado, debemos destacar ciertos aspectos de carácter más específico, relativos al desarrollo de la intervención y la investigación en sí misma, que consideramos importantes poner de manifiesto en este apartado.

Una vez iniciada la terapia grupal, existía la posibilidad de expulsar a un adolescente de la intervención si éste entorpecía o perjudicaba gravemente el buen desarrollo del proceso terapéutico.

Paralelamente, dado que los educadores son los referentes de dichos adolescentes, y tienen una gran influencia en el bienestar de estos menores, se buscó establecer una comunicación y cooperación lo más fluida y bidireccional posible. No obstante, respetando el principio de confidencialidad, los psicólogos del proyecto jamás explicaron nada de carácter específico a los educadores en relación a ninguno de los menores ni sobre lo que se comentaba en sesión. Sin embargo, si se creía conveniente, se orientaba a los educadores sobre cómo ayudar mejor a según qué adolescentes.

Así pues, todo lo que se hacía, o no se hacía, era teniendo en cuenta como prioridad máxima el bienestar de los menores con los que se intervino.

Finalmente, hay que señalar que la presente investigación ha sido valorada por el comité de ética de la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna* de la *Universitat Ramon Llull*. En los anexos adjuntamos el documento expedido por dicho *Comité d'Ètica i Recerca* (Anexo 3 p. 230).

Capítulo 3

Estudios empíricos

Capítulo 3. Estudios empíricos

1. Artículo 1: *Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad: una revisión.*

Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad: una revisión.

Efficacy of psychotherapy for the Borderline Personality Disorder: a review.

Ferran Burgal Juanmartí, Nathalie Pérez Lizeretti.

Universitat Ramón Llull. CIDIE

Resumen

El objetivo principal de este estudio fue comparar la eficacia de diferentes psicoterapias utilizadas para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad (TLP) con el fin de analizar y comprender qué terapias obtienen mejores resultados y por qué. Para ello se llevó a cabo una revisión sistemática de las publicaciones realizadas desde 1990 en las principales bases de datos (PsyInfo, Medline, Psycodoc y Google Scholar). Los resultados mostraron, por una parte, que las principales psicoterapias para el TLP eran la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia Basada en la Mentalización y la Terapia Basada en Esquemas entre otras y, por otra, que todas ellas eran eficaces. Hay que remarcar que cada una de dichas terapias, tal y como indican los resultados, era significativamente eficaz sobre diferentes problemáticas como el control de conductas autolíticas y autolesivas, no obstante, algunos aspectos como la regulación emocional seguían resistiéndose en muchos casos.

Palabras clave: Trastorno Límite de la Personalidad, revisión sistemática, psicoterapia.

Abstract

The main objective of this investigation is the efficacy comparison of the different psychotherapies for Borderline Personality Disorder (BPD) and so to analyze and understand which therapies obtain better results and why. For that, a systematic review about current psychotherapies for BPD was done. First of all, the results showed that the most employed psychotherapies for BPD were Dialectical Behavior Therapy (DBT), Mentalization-Based Treatment (MBT) and Schema-Based Therapy (SBT), among others, and all of them were efficacious. It should be noted that each one of these therapies, as the results showed, were efficacious according to symptoms, like parasuicidal behavior control, however, some aspects like emotional regulation were still resistant to treatment in many cases. Therefore, further investigations should be done about including emotional regulation elements and measuring their efficacy.

Key words: Borderline Personality Disorder, systematic review, psychotherapy.

Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) supone un considerable sufrimiento tanto para la persona que lo padece como para su entorno, así como un elevado consumo de recursos sanitarios (Bender et al., 2001; Zanarini, Frankenburg, Hennen & Silk 2004), no solo por su prevalencia del 1-2% en población general (APA, 2000; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004) y del 10-20% en pacientes psiquiátricos (Torgersen, Kringlen, Cramer, 2001), sino también por su naturaleza (Linehan, Heidi, Heard, Hubert & Armstrong, 1993). Las características del comportamiento límite y la resistencia a los tratamientos farmacológicos hacen de la psicoterapia el elemento clave para la mejoría de estos pacientes.

Actualmente existen múltiples psicoterapias para el tratamiento del TLP con estudios que avalan su eficacia sobre los diferentes desórdenes que conforman el trastorno. A partir de aquí, una posible pregunta a plantear es saber qué psicoterapia es la más eficaz y por qué. Las más estudiadas y con mayor apoyo empírico son: la Terapia Dialectico-Conductual (TDC) (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991), la Terapia basada en la Mentalización (TBM) (Bateman & Fonagy, 2004), la Terapia basada en la Transferencia (TBT) (Clarkin, Kernberg, & Yeomans, 1999), la Terapia basada en Esquemas (TBE) (Ball & Young, 1999), la Terapia Cognitivo-Analítica (TCA) (Ryle, 1991), la Terapia Conversacional de Hobson (TCH) (Hobson, 1985) y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

La TDC es una psicoterapia manualizada, que combina estrategias conductuales, cognitivas y de apoyo, basada en la dualidad de aceptar al otro en su condición presente a la vez que se promueve un cambio (Heard & Linehan, 1994). Por el contrario, la TBM y la TBT son psicoterapias psicoanalíticas que se centran en el afecto, la comprensión y la interpretación, aunque también hay importantes diferencias entre ellas. La TBT presta especial atención a la transferencia y centra su acción terapéutica en las externalizaciones del paciente en terapia. Sin embargo, la TBM busca primero la estabilización emocional para, en segundo término, trabajar la mentalización y la comprensión de sí mismo (Bateman & Fonagy, 2004). En cuanto a la TBE, ésta se basa en teorías cognitivo-conductuales, psicodinámicas y tradiciones centradas en las emociones y busca identificar y modificar la estructura interna de la persona (Kellogg & Young, 2006). La TCA

(Ryle, 1991) consiste en una terapia breve (16 sesiones), focal e integradora que incluye aspectos psicodinámicos y cognitivos. Finalmente, la Terapia Conversacional de Hobson (Hobson, 1985) se focaliza en las emociones de la persona y en sus problemas interpersonales.

Por otra parte, numerosos estudios sugieren que graves dificultades en la gestión emocional constituyen un aspecto nuclear en el TLP (Harned, Banawan & Lynch, 2006; Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg 2007; Gardner & Qualter, 2009; Gardner, Qualter & Tremblay, 2010; Peter et al., 2013). En esta línea, algunas investigaciones han demostrado que en el TLP se da una baja inteligencia emocional (IE), lo que supone una mala comprensión de las emociones propias y ajenas y un mal manejo de ellas (Gardner et al., 2010; Lizeretti, Extremera & Rodríguez, 2012; Peter et al., 2013). Los resultados de estas investigaciones demuestran que las personas con TLP prestan excesiva atención a sus emociones, pero tienen dificultades para identificar claramente diferentes estados emocionales y en consecuencia para manejarlos correctamente. Por tanto, la comprensión y el manejo de las emociones son aspectos fundamentales a tratar en las personas con TLP.

El primer objetivo de este estudio es valorar los resultados de eficacia que obtienen las diferentes psicoterapias en la mejoría del trastorno. Porque si bien existen algunos estudios de revisión sobre la eficacia de la psicoterapia en el TLP (e.g., Díaz, 2001; Lana & Fernández, 2013), son escasos los que analizan detalladamente la eficacia de cada una de ellas a nivel sintomático. Nuestro segundo objetivo es, por lo tanto, ir más allá de ver qué terapia es más eficaz y comprender qué problemáticas son susceptibles de mejora y cuáles no en función de cada psicoterapia.

Método

Estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una revisión de la literatura en las bases de datos PsyInfo, Medline, Psicodoc y Google Scholar entre 1990 y 2015, teniendo en cuenta que la TDC, la TBM y la TBT aparecen a partir de los años 90. Se utilizaron diferentes combinaciones de los siguientes descriptores de búsqueda para la identificación e inclusión de artículos:

(*[borderline personality disorder]* AND [*psychotherapy treatment* OR *dialectical behavior therapy* OR *mentalization based therapy* OR *transference focused therapy* OR *schema based therapy* OR *cognitive behavior therapy*]).

Criterios de selección

Se incluyeron estudios que valorasen la eficacia de una psicoterapia en personas con TLP, estudios que comparasen la eficacia de dos o más psicoterapias y estudios de revisión sistemática. Se excluyeron aquellos estudios cuyo objeto de estudio principal no fuera la aplicación de una psicoterapia. Finalmente, la muestra de nuestro estudio estuvo conformada por un total de 30 artículos, en los que se analizaba la eficacia de una psicoterapia en personas con diagnóstico de TLP o sintomatología límite.

Resultados

Los estudios se distribuyen en tres tablas en función de la psicoterapia estudiada. Todas ellas recogen el tipo de estudio, la muestra, la modalidad terapéutica (individual, grupal o una combinación) y los principales resultados obtenidos.

En la Tabla 1 se incluyen los estudios de eficacia de la TDC, en la Tabla 2 se agrupan los de psicoterapias de orientación psicoanalítica y la Tabla 3 se recogen otras psicoterapias y se incluyen ensayos clínicos sobre la efectividad de la TBE, la TCC y TCA. El estudio de Leppänen, Hakko, Sintonen & Lindeman (2015) también se incluye en esta tabla porque presenta una combinación de la TDC y de la TBE.

Tabla 1. Estudios de efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual.

Referencia	N	Características del estudio	Modalidad Terapéutica	Resultados de efectividad
Linehan et al., (1991)	44 M	ECA. GC (TH). TDC	G+I	Reducción significativa de autolesiones y hospitalizaciones. No hubo mejorías significativas en depresión, sentimientos de desesperación, ideación suicida y motivos para vivir.
Linehan, Heard & Armstrong (1993)	39 M	ECA GC (TH). TDC	G+I	La TDC fue significativamente más efectiva en sentimientos de rabia, funcionamiento global, conductas parasuicidas y ajuste social. No lo fue en ansiedad ruminativa y eficiencia laboral.
Linehan et al., (1999).	28 M	ECA. GC (TH). TDC	G+I	TDC mostró diferencias significativas en abuso de sustancias, adherencia a la terapia, ajuste social y global. No hubo diferencias entre grupos en sentimientos de rabia y conductas parasuicidas.
Turner (2000)	19 M 5 H	ECA. GC (Terapia Centrada en el Paciente). TDC	G+I	TDC supuso una reducción significativa en el número de hospitalizaciones y conductas parasuicidas.
Koons et al., (2001)	20 M	ECA. GC (TH). TDC	G+I	TDC mostró mejoras significativas en depresión, suicidio, disociación y rabia. No hubo mejoría significativa en ansiedad.
Verheul et al., (2003)	58 M	ECA. GC (TH). TDC	G+I	Mayor adhesión y mejoría en conductas autolesivas y autolíticas de la TDC.
Bohus et al., (2004)	50 M	EC no A. GC (TH). TDC	G+I	Mejoría en psicopatología general, conductas autolesivas, disociaciones, depresión, ansiedad, funcionamiento interpersonal y ajuste social. No hubo mejoría significativa en sentimientos de rabia.
Linehan et al., (2006)	101 M	ECA. GC (TCPE). TDC	G+I	El grupo TDC mostró menos hospitalizaciones por ideación suicida y mayor adherencia al tratamiento.
McMain et al., (2009)	165 M 15 H	ECA. GC (Atención psiquiátrica general). TDC	G+I	No hubo diferencias significativas entre grupos en ninguna de las variables analizadas. Mejorías significativas de la TDC y el GC: conductas parasuicidas, síntomas límites, sintomatología general, depresión, rabia, utilización de los servicios sanitarios y funcionamiento interpersonal.

Axelrod, Perepletchikova, Hotlzman & Sinha (2011).	27 M	EC no A. No GC. TDC	G+I	Mejoría significativa en regulación emocional, abuso de sustancias y depresión.
Bedics, Atkins, Comtois & Linehan (2012)	101 M	ECA. GC (TCPE). TDC	G+I	Los individuos del grupo TDC aumentaron la autoafirmación, amor propio y autoprotección, y disminuyeron las conductas autolesivas. Los participantes que percibieron a su terapeuta como protector y reafirmante tuvieron menos conductas autolesivas.
Linehan, et al., (2015)	99 M	ECA. TDC, TDC (Entrenamiento en Habilidades), TDC individual.	G+I	Las tres modalidades reducen significativamente la ideación suicida, depresión, gravedad de las autolesiones y la utilización de servicios médicos por tentativas autolíticas. A nivel general, la TDC estándar obtiene mejores resultados que las otras dos modalidades.
Neacsu et al., (2014)	101 M	ECA. GC (TCPE). TDC	G+I	La TDC muestra una mejoría en la experiencia, expresión y aceptación de emociones negativas. No diferencias significativas en la reducción de la intensidad de experiencias emocionales negativas como rabia, ansiedad, culpa y vergüenza.
Harned, Korsnlund & Linehan (2014)	26 M	ECA. TDC, TDC+ PE (Prolonged Exposure protocol)	G+I	Ambas modalidades se asociaron a mejoras en la severidad del Síndrome por Estrés Post-Traumático, en disociaciones, sentimientos de culpa, ansiedad, depresión y funcionamiento global. TDC+PE significativamente más eficaz en conductas autolíticas y autolesivas.
Stigmayr et al., (2014)	66 M 12 H	EL (4años) No GC	G+I	Disminución de autolesiones y número de ingresos hospitalarios. Mejoría en la severidad de síntomas límites de personalidad, psicopatología general, depresión y disociaciones. Al cabo de un año de tratamiento el 77% de los pacientes, ya no cumplían criterios diagnósticos de TLP.

Notas: N (M=Mujer; H=Hombre), Tipo de Estudio (ECA=Ensayo Clínico Aleatorizado; EC no A=Ensayo Alínico no Aleatorizado; EL=Estudio Longitudinal), GC (TH=Tratamiento Habitual; TCPE=Tratamiento Comunitario Por Expertos); Modalidad Terapéutica (G=Grupal; I=Individual; G+I=Grupal e Individual)

Tal y como se observa en la Tabla 1, los estudios realizados sobre la TDC en el TLP muestran una clara eficacia en múltiples variables. Los cambios más relevantes se dan en conductas autolíticas y autolesivas, lo que lleva a una disminución tanto de los ingresos hospitalarios como de la utilización de los servicios de urgencias (Linehan et al., 1991; Linehan, Heard & Armstrong 1993; Turner, 2000; Verheul et al., 2003; Bohus et al., 2004; Linehan et al., 2006; McMMain et al., 2009; Bedics, Atkins, Comtois & Linehan 2012; Linehan, et al., 2015; Stigmayr et al., 2014; Harned, Korsnlund & Linehan, 2014). También se observan cambios significativos en psicopatología general (Bohus et al., 2004; McMMain et al., 2009; Stigmayr et al., 2014), sintomatología límite (McMMain et al., 2009; Stigmayr et al., 2014), funcionamiento global (Linehan, Heard & Armstrong 1993; Linehan et al., 1999; Bohus et al., 2004; McMMain et al., 2009), disociaciones (Koons et al., 2001; Bohus et al., 2004; Harned et al., 2014; Stigmayr et al., 2014) y depresión (Koons et al., 2001; Bohus et al., 2004; McMMain et al., 2009; Axelrod, Perepletchikova, Hotlzman & Sinha, 2011; Linehan, et al., 2015; Harned, Korsnlund & Linehan, 2014; Stigmayr et al., 2014). Sin embargo, en el estudio de Linehan et al. (1991) no se observó mejoría en depresión ni en las variables sentimientos de desesperación, ideación suicida y motivos para vivir.

Hay que destacar que la TDC se muestra menos efectiva de lo esperado en la regulación de la intensidad de experiencias emocionales negativas como la rabia, la culpa, la ansiedad o la vergüenza (Linehan, Heard & Armstrong 1993; Linehan et al., 1999; Koons et al., 2001; Bohus et al., 2004; Neacsiu et al., 2014). Aunque en dos estudios sí mejoró de forma significativa la rabia expresada y no expresada (Koons et al., 2001; McMMain et al., 2009), en el ensayo de McMMain et al. (2009) esta mejoría no fue superior a la del grupo control. En otros dos estudios la variable ansiedad obtuvo mejoras significativas (Bohus et al., 2004; Harned, Korsnlund & Linehan, 2014) y en un estudio hubo una mejoría en la experiencia, expresión y aceptación de emociones negativas, pero no mejoró la capacidad para su regulación (Neacsiu et al., 2014). Solo en uno de los ensayos realizados desde la TDC los pacientes obtuvieron una mejoría significativa en regulación emocional al finalizar el tratamiento (Axelrod, Perepletchikova, Hotlzman & Sinha 2011).

Tabla 2. Estudios de efectividad de terapias de orientación Psicoanalíticas.

Referencia	N	Características del estudio	Modalidad Terapéutica	Resultados de efectividad
Bateman & Fonagy (1999)	22 M 16 H	ECA. GC (TH). TBM	G+I	Mejoría en conductas autolesivas y autolíticas, depresión, ansiedad, psicopatología general, ajuste social y las relaciones interpersonales.
Meares, Stevenson & Comerford (1999)	60	EC no A. GC (lista de espera) TCH.	I	TCH mostró una disminución significativa en los criterios diagnósticos respecto al GC.
Bateman & Fonagy (2001)	44	EL (18 meses). TBM	G+I	El grupo MBT mantuvo las mejorías a nivel sintomático, social y de utilización de servicios hospitalarios.
López et al., (2004)	10 M	EC no A. No GC. TBT	I	Mejoría en la gravedad sintomática y en la actividad global.
Korner, Gerull, Meares & Stevenson (2006)	33 M 27 H	EC no A. GC (TH). TCH.	I	Mejoría significativa respecto a GC en términos de reducción de la severidad de los síntomas limítrofes y mejoría en el funcionamiento global.
Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg (2007)	83 M 7 H	ECA. TDC, TBT y Terapia de Apoyo.	G+I (TDC) I (TBT) I (Terapia de Apoyo)	TDC supuso una mejoría en 5 de las 12 variables analizadas (depresión ansiedad, funcionamiento global, conductas suicidas, ajuste social), la TBT en 10 (las mismas que la TDC + rabia, Barrat Factor 2, irritabilidad y agresividad verbal y directa), y la Terapia de Apoyo en 6 (depresión, ansiedad, funcionamiento global, ajuste social, Barrat Factor 3 y rabia).
Bateman & Fonagy (2008)	41	EL (5 años). GC (TH). TBM	G+I	Mejoría clínica significativa respecto al GC en suicidio, criterios diagnósticos, utilización de los servicios de salud mental, medicación, funcionamiento global y estatus vocacional.
Bateman & Fonagy (2009)	107 M 27 H	ECA. GC (TH). TBM	G+I	Disminución de intentos de suicidio, autolesiones e ingresos hospitalarios. Mejoría en psicopatología general, ajuste social y funcionamiento interpersonal.

Notas: N (M=Mujer; H=Hombre), Tipo de Estudio (ECA=Ensayo Clínico Aleatorizado; EC no A=Ensayo Clínico no Aleatorizado; EL=Estudio Longitudinal), GC (TH=Tratamiento Habitual); Modalidad Terapéutica (G=Grupal; I=Individual; G+I=Grupal e Individual)

En la Tabla 2 vemos que las psicoterapias de orientación psicoanalítica utilizadas en el TLP son la TBT, la TBM y la Terapia Conversacional de Hobson. La TBT (Clarkin,

Levy, Lenzenweger & Kernberg, 2007; López et al., 2004) mostró mejoría clínicamente significativa en ansiedad, depresión, funcionamiento global, conductas suicidas, ajuste social, irritabilidad y agresividad. La TBM (Bateman & Fonagy 1999; Bateman & Fonagy, 2001 Bateman & Fonagy, 2008; Bateman & Fonagy 2009) en ansiedad, depresión, psicopatología general, síntomas límites y funcionamiento global e interpersonal además de una disminución de las conductas autolíticas y autolesivas. Finalmente, la Terapia Conversacional de Hobson (TCH) supuso una mejoría significativa de la sintomatología TLP y del funcionamiento global.

Tabla 3. Estudios de efectividad de otras psicoterapias.

Referencia	N	Características del estudio	Modalidad Terapéutica	Resultados de efectividad
Ryle & Golyunkina (2000)	16 M 11 H	EC no A. No GC. TCA	I	Al finalizar la intervención se clasificaron los pacientes en dos grupos, en función de si hubo una mejoría o no. El grupo en el que hubo mejoría (N=14) dejó de cumplir criterios diagnósticos para el TLP. El grupo en el que no hubo mejoría (N=13) se dividió en dos subgrupos, "incierto" (n=7) y "no cambio" (n=6).
Davidson et al., (2006)	106	ECA GC (TH) TCC	I	La TCC+TAU mostró mejores resultados que TAU en creencias disfuncionales y ansiedad-estado. No hubo diferencias significativas en tentativas de suicidio, hospitalizaciones, utilización de los servicios de emergencia, ansiedad-rasgo, depresión, funcionamiento interpersonal y calidad de vida.
Giensen-Bloo et al., (2006)	80 M 6 H	ECA GC (TBT) TBE	I	La TBE fue superior a la TBT en la disminución de la sintomatología borderline y de la psicopatología general. Ambos grupos disminuyeron significativamente los síntomas límites, la psicopatología general y aumentaron la calidad de vida de los individuos.
Chanen et al., (2008)	78	ECA GC (Terapia estándar) TCA	I	El grupo TCA mostró diferencias significativas en la variable externalización de psicopatología. No hubo diferencias entre grupos a nivel de conductas parasuicidas y puntuaciones en criterios diagnósticos de TLP.

Nadort et., al (2009)	60 M 2 H	ECA. GC (TBE) TBE+Terapia Telefónica.	I	Disminución de la severidad de síntomas límites y psicopatología general en ambos grupos. No hubo diferencias entre-grupos en ninguna variable.
Farrel, Shaw & Webber (2009)	28 M	ECA GC (TAU) TBE	G	El grupo TBE mostró mejorías en sintomatología límite, psicopatología general y funcionamiento global. En el grupo TAU no hubo mejoría en ninguna variable.
Leppänen, Hakko, Sintonen & Lindeman (2015)	44 M 7 H	ECA GC (TH). TDC + TBE	G+I	La combinación TDC+TBE muestra mejoría significativa en impulsividad, ideación paranoide y disociativa, calidad de vida y variables relativas al suicidio.

Notas: N (M=Mujer; H=Hombre), Tipo de Estudio (ECA=Ensayo Clínico Aleatorizado; EC no A=Ensayo Alínico no Aleatorizado; EL=Estudio Longitudinal), GC (TH=Tratamiento Habitual); Modalidad Terapéutica (G=Grupal; I=Individual; G+I=Grupal e Individual)

En la Tabla 3 se incluyen las investigaciones sobre terapias que no son únicamente la TDC o de orientación psicoanalítica: la Terapia Cognitivo-Analítica (TCA), (Chanen et al., 2008; Ryle & Golyunkina 2000), la TBE (Farrel, Shaw & Webber, 2009; Giensen-Bloo et al., 2006; Nadort et., al 2009), la TCC (Davidson et al., 2006) y una combinación entre TDC y TBE (Leppänen, Hakko, Sintonen & Lindeman, 2015). Respecto a la TCA, Chanen et al. (2008) no encontraron diferencias entre grupos a nivel de conductas parasuicidas y criterios diagnósticos de TLP, la única diferencia significativa entre la TCA y el grupo control fue en externalización de la psicopatología. En el estudio de Ryle & Golyunkina (2000) sólo la mitad de la muestra dejó de cumplir criterios diagnósticos para TLP. Los tres estudios citados anteriormente que evalúan la eficacia de la TBE mostraron una disminución significativa de los síntomas límites, de la psicopatología general y una mejoría de la funcionalidad global. En lo que concierne a la TCC, únicamente se encontró un ensayo clínico que obtuvo diferencias significativas respecto al grupo control en ansiedad-estado y creencias disfuncionales, pero no a nivel de tentativas de suicidio, hospitalizaciones, utilización de los servicios de emergencia, ansiedad-rasgo, depresión, funcionamiento interpersonal y calidad de vida. Finalmente,

Leppänen, Hakko, Sintonen & Lindeman (2015) combinando elementos de la TDC y de la TBE obtuvieron mejorías significativas en impulsividad, ideación paranoide y disociativa, calidad de vida, conductas autolesivas y variables relativas al suicidio.

Discusión

A partir de estos resultados lo primero que podemos afirmar es que en términos generales todas estas psicoterapias parecen obtener mejorías significativas a nivel clínico. Tanto la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia Basada en Esquemas, la Terapia Basada en la Mentalización, la Terapia Basada en la Transferencia, la Terapia Conversacional de Hobson y la Terapia Cognitivo Analítica han demostrado, de forma global, mejorías significativas, aunque las más validadas empíricamente son la TDC y la TBM. No obstante, existen muy pocos estudios que comparen la eficacia entre diferentes terapias, con lo que es difícil saber con exactitud qué terapia es más eficaz y en qué lo es. Por ejemplo, Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg (2007), compararon la eficacia de la TDC y de la TBT y los resultados mostraron que la TDC supuso una mejoría en 5 de las 12 variables analizadas (depresión ansiedad, funcionamiento global, conductas suicidas, ajuste social), mientras que la TBT lo hizo en 10 de 12 (las mismas que la TDC más rabia, impulsividad, irritabilidad y agresividad verbal y directa). Por otra parte, Giensen-Bloo et al., (2006) compararon la TBT y la TBE mostrando que, si bien ambas disminuyeron significativamente los síntomas límites, la psicopatología general y aumentaron la calidad de vida de los participantes, la TBE fue superior en la disminución de la sintomatología borderline y de la psicopatología general.

A partir de aquí, ¿sería correcto concluir o suponer que la TBT es superior a la TDC y que la TBE es a su vez más eficaz que la TBT? En primer lugar, sería imprudente sacar conclusiones generales de sólo dos estudios y, en segundo lugar, hay que tener muy presente el papel del psicólogo en la terapia. No solo es importante qué tipo de psicoterapia se utiliza sino también quien la lleva a cabo. Hay que remarcar que el estudio de Clarkin, et al., (2007), se llevó a cabo por un equipo experto en TBT y el de Giensen-Bloo et al., (2006) por expertos en TBE. Con esto no queremos poner en duda la validez de los resultados, sino remarcar que las psicoterapias son medios para canalizar las habilidades del profesional y cada psicólogo, por su propia manera de entender al ser humano, se sentirá más cómodo con una u otra terapia. Por lo tanto, no sorprende que ex-

perros en TBT obtengan mejores resultados con la TBT que con la TDC. Así pues, lo interesante quizás no sería tanto analizar qué terapia es más eficaz sino más bien qué aporta cada psicoterapia de nuevo y claramente efectivo al tratamiento. A través de esta investigación buscamos identificar elementos que se muestren eficaces para diferentes dimensiones del TLP a fin de tenerlos en cuenta al tratar con los pacientes.

La TDC se muestra eficaz en la reducción de conductas autolíticas y autolesivas, en psicopatología general, funcionamiento global, depresión y ansiedad. Las terapias de tipo psicoanalítico como la TBT, la TBM y la TCH han demostrado ser eficaces en conductas autolíticas y autolesivas, psicopatología general, funcionamiento global, estado de ánimo, depresión, ansiedad e irritabilidad. La TDC parece tener más incidencia sobre conductas automutilantes mientras que las psicoterapias psicoanalíticas lo hacen en variables de regulación emocional. Respecto a la TBE, los pocos estudios que se han hecho muestran una mejoría en psicopatología general, funcionamiento global y en sintomatología límite.

Estos resultados difícilmente pueden llevar a concluir qué psicoterapia es más eficaz en el tratamiento del TLP, pero si pueden ayudar a identificar sobre qué variables tienen mayor incidencia cada uno de los modelos terapéuticos estudiados, de manera que podamos saber qué elementos son esenciales en el tratamiento del TLP. Para ello sería necesario interpretarlos desde un prisma no estrictamente cuantitativo, sino más bien valorarlos como una herramienta para la comprensión y la integración de elementos útiles que ayuden a canalizar las habilidades del psicólogo hacia mejores resultados. Por lo tanto, una psicoterapia eficaz para el TLP debería incluir algunos ingredientes, *a priori* esenciales, como la modificación de esquemas mentales, la mentalización, la validación y valoración de la persona antes de intentar cualquier cambio.

Sin embargo, a pesar de que se reconoce la importancia de la carencia de habilidades de regulación emocional en el TLP, los resultados obtenidos en estas variables no son del todo satisfactorios. Si bien es cierto que hasta hace poco no se ha empezado a hablar de inteligencia emocional y que aun son pocos los estudios que demuestran la relación entre presencia y gravedad del TLP con una baja IE. Parece que sería importante incluir ingredientes que fomentaran el desarrollo de la inteligencia emocional en el tratamiento de este trastorno (Gardner, Qualter & Tremblay, 2010; Lizeretti, Extremera & Rodríguez, 2012; Peter et al., 2013).

Otro punto a tener en cuenta es la viabilidad de las terapias mencionadas en el sistema sanitario público. La mayoría de los estudios revisados incluyen entre dos y tres horas de psicoterapia semanal, de forma individual y grupal, durante más de un año. La TDC manualizada (Tabla 1) consiste en una hora de terapia individual y dos horas de psicoterapia grupal semanales, lo que supone tres horas de psicoterapia por semana durante un año. En la TBM (Tabla 2), se llevan a cabo entre dos horas y media (Bateman & Fonagy, 2001; Bateman & Fonagy, 2009) y seis horas de intervención semanales (Bateman & Fonagy, 1999) incluyendo las sesiones individuales y grupales durante 18 meses. Así pues, aun cuando se haya demostrado que dichas psicoterapias son eficaces, su eficiencia es relativa, por lo que sería de interés que futuros estudios consideraran tanto la eficacia como la eficiencia de las psicoterapias para el TLP.

Finalmente, como limitaciones de esta revisión, hay que remarcar que existe una cierta falta de heterogeneidad metodológica en los estudios analizados a nivel de instrumentos de evaluación. Si bien se suelen medir los mismos constructos, las pruebas utilizadas son muy dispares, lo que dificulta en gran medida poder comparar la eficacia entre distintas terapias y limita la realización de metaanálisis. Por último, debemos remarcar que en la mayoría de los estudios incluidos en esta revisión se utiliza como grupo control “Tratamiento Habitual”. La naturaleza de dicho grupo control es relativamente dispar entre estudios y puede consistir desde el tratamiento privado hasta el ambulatorio, abarca desde una visita al mes o una por semana e incluso en algunos casos puede tratarse de cualquier tipo de tratamiento, sea o no psicológico.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson. (original Washington DC: APA).
- Axelrod, S.R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., y Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(1), 37–42.
- Ball, S.A., y Young, J.E (1999). Dual Focus Schema Therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(1), 270–281.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563–1569.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 36–42.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2008). 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment As Usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631–638.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355–1364.
- Bateman, A.W., y Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36–51.
- Bedics, J.D., Atkins, D.C., Comtois, K.A., y Linehan, M.M. (2012). Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 66–77.
- Bender, D.S., Dolan, R.T., Skodol, A.E., Sanislow, C.A., Dyck, I.R., McGlashan, T.H., Shea, M.T., Zanarini, M.C., Oldham, J.M., y Gunderson, J.G. (2001). Treat-

- ment utilization by patients with personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158,295–302.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M.F., Schmahl, C., Unckel, C., ... Linehan, M.M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 487–499.
- Chanen, A.M., Jackson, H.J., Mccutcheon, L.K., Jovev, M., Yuen, H.P., Germano, D., ... McGorry, P.D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193(6), 447–84.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., y Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922–928. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.6.922>
- Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H., y Palmer, S. (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder study of cognitive (boscot) trial. *Journal of Personality*, 20(5), 450–465.
- Díaz, C. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21 (78), 51-70.
- Ebner-Priemer, U.W., Welch, S.S., Grossman, P., Reisch, T., Linehan, M.M., y Bohus, M. (2007). Psychophysiological ambulatory assessment of affective dysregulation in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 150(3), 265–275.
- Farrell, J.M., Shaw, I.A., y Webber, M.A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317–28.
- Gardner, K.J., y Qualter, P. (2009). Emotional intelligence and Borderline personality disorder. *Personality and Individual Differences*, 47(2), 94-98.
- Gardner, K.J., Qualter, P., y Tremblay, R. (2010). Emotional functioning of individuals with borderline personality traits in a nonclinical population. *Psychiatry*

Research, 176(2-3), 208–212.

- Giesen-Bloo, J., Dyck, R. Van, Spinhoven, P., Tilburg, W. Van, Dirksen, C., Asselt, T. Van, ... Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649–658.
- Harned, M.S., Banawan, S.F., y Lynch, T.R. (2006). Dialectical Behavior Therapy: An Emotion-Focused Treatment for Borderline Personality Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 67-75.
- Harned, M.S., Korslund, K.E., y Linehan, M.M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 55(1), 7–17.
- Heard, H.L., y Linehan, M.M. (1994). Dialectical behavior therapy: An integrative approach to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4(1), 55–82.
- Hobson, R. F. (1985) *Forms of Feeling: The Heart of Psychotherapy*. London: Tavistock.
- Kellogg, S.H., y Young, J.E. (2006). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445–458.
- Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J. L., Lynch, T.R., Gonzalez, A. a., Morse, J. Q., ... Bastian, L.A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371–390.
- Korner, A., Gerull, F., Meares, R., y Stevenson, J. (2006). Borderline personality disorder treated with the conversational model: a replication study. *Comprehensive Psychiatry*, 47(5), 406–411.
- Lana, F., Fernández, I. (2013). ¿Hasta qué punto las psicoterapias específicas para el trastorno límite de la personalidad son eficaces? Una revisión sistemática de los estudio controlados aleatorizados publicados. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 41(4),242-52.
- Leppänen, V., Hakko, H., Sintonen, H., y Lindeman, S. (2015). Comparing Effectiveness of Treatments for Borderline Personality Disorder in Communal Mental Health Care: The Oulu BPD Study. *Community Mental Health Journal*.

- Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M., y Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364,453-61.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., y Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., ... Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757–66.
- Linehan, M.M., Heard, H.L., y Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 971–974.
- Linehan, M.M., Korslund, K.E., Harned, M.S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... Murray-Gregory, A.M. (2015). Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475.
- Linehan, M., Schmidt, H., Dimeff, L., Craft, J., Kanter, J., y Comtois, K. (1999). Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug Dependence. *The American Journal on Addictions*, 8(4), 279–292.
- Lizeretti, N. P., Extremera, N., y Rodríguez, A. (2012). Perceived emotional intelligence and clinical symptoms in mental disorders. *Psychiatric Quarterly*, 83(4), 407–418.
- López, D., Cuevas, P., Gómez, A., y Mendoza, J. (2004). Psicoterapia focalizada en la transferencia para el trastorno límite de la personalidad. Un estudio con pacientes femeninas. *Salud Mental*, 27(4), 44-54.
- McMain, S.F., Links, P.S., Gnam, W.H., Guimond, T., Cardish, R.J., Korman, L., y Streiner, D.L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365–1374.
- Meares, R., Stevenson, J., y Comerford, A. (1999). Psychotherapy with borderline patients: I. A comparison between treated and untreated cohorts. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(4), 467–472.

- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J.H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., ... van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 961–973.
- Neacsiu, A.D., Lungu, A., Harned, M.S., Rizvi, S.L., y Linehan, M.M. (2014). Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 53, 47–54.
- Peter, M., Schuurmans, H., Vingerhoets, A.J.J.M., Smeets, G., Verkoijen, P., y Arntz, A. (2013). Borderline Personality Disorder and Emotional Intelligence. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(2), 99–104.
- Ryle, A., y Golyukina, K. (2000). Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: factors associated with outcome. *The British Journal of Medical Psychology*, 73 (Pt 2), 197–210.
- Stiglmayr, C., Stecher-Mohr, J., Wagner, T., Meißner, J., Spretz, D., Steffens, C., ... Renneberg, B. (2014). Effectiveness of dialectic behavioral therapy in routine outpatient care: The Berlin Borderline Study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1), 20.
- Torgersen, S., Kringlen, E., y Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590–96.
- Turner, R.M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 413-419.
- Verheul, R., Van Den Bosch, L.M.C., Koeter, M.W.J., De Ridder, M.A J., Stijnen, T. y Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 135–40.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., y Silk, K.R. (2004). Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 28-36.

2. Artículo 2: *Trastorno Límite de la Personalidad e Inteligencia Emocional en adolescentes institucionalizados.*

Trastorno Límite de la Personalidad e Inteligencia Emocional Percibida en adolescentes institucionalizados

Ferran Burgal Juanmartí, Jordi Segura Bernal, Victòria Fernández Puig Miriam Sánchez Matas

Universitat Ramón Llull, España.

Abstract

This study analyzed the prevalence of Borderline Personality Disorder between the mentioned collective and the relationship between Emotional Intelligence and this disorder. A total of 61 participants, aged between 13 and 17 years old, took part in this study. The results showed an important prevalence of borderline symptomatology as well as a negative correlation between Borderline Personality Disorder and general life satisfaction. Results of this study showed an important prevalence of Borderline Personality Disorder on institutionalized children in the sample used. Furthermore, there would be a link between child abuses as well as child neglect and Borderline Personality Disorder, which would lead to a great emotional discomfort to the person who suffers it.

Key words: *borderline personality disorder, emotional intelligence, vital satisfaction, institutionalized teenagers.*

Novedad y Relevancia

El Trastorno Límite de la Personalidad es un de los trastornos mentales más graves y más difíciles de tratar de manera exitosa. Las investigaciones realizadas hasta la fecha nos indican que se trata de un trastorno caracterizado por una gran dificultad para regular las emociones, y señalan los traumas en la infancia como potenciales detonantes de este trastorno.

La presente investigación pretende aportar luz sobre la relación entre Inteligencia Emocional, Trastorno Límite de la Personalidad y satisfacción vital en adolescentes institucionalizados y con severos traumas en la infancia. Son muy pocos los estudios que han investigado la relación entre Inteligencia Emocional y Trastorno Límite de la Personalidad, y todavía menos los que lo han hecho en menores institucionalizados.

Introducción

La Inteligencia Emocional (IE) se ha descrito como un conjunto de habilidades de identificación, facilitación, comprensión y regulación emocional, las cuales nos permiten utilizar el conocimiento emocional para alcanzar un mayor ajuste y bienestar psicológico (Mayer & Salovey, 1997). Varios estudios demuestran que pacientes con diferentes psicopatologías o síntomas clínicos presentan notables déficits en IE, medida con el test de habilidades MSCEIT (Jacobs et al., 2008; Hertel, Schütz & Lammers, 2009; Kee et al., 2009; Perna et al., 2010) así como en medidas de IE autopercebida (Lizeretti & Extremera, 2011; Lizeretti, Extremera & Rodríguez, 2012; Lizeretti & Rodríguez, 2012).

En el estudio realizado por Lizeretti, Vázquez-Costa y Gimeno-Bayón (2014) se demostró que uno de los trastornos con menores puntuaciones en IE es el Trastorno Límite de la Personalidad, especialmente en las escalas de comprensión y regulación emocional. Estos resultados se ven corroborados por múltiples investigaciones que demuestran que, en efecto, las personas con TLP tienen bajas puntuaciones en IE y dificultades en la regulación emocional (Bornovalova et al., 2007; Gardner, Qualter & Tremblay, 2010; Axelrod, Perepletchikova, Holtzman & Sinha, 2011; Lizeretti, Vázquez-Costa & Gimeno-Bayón, 2014).

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) supone un considerable sufrimiento tanto para la persona que lo padece como para su entorno, así como un elevado consumo de recursos sanitarios (Bender et al., 2001; Zanarini, Frankenburg, Hennen & Silk, 2004), no solo por su prevalencia del 1-2% en población general (APA, 2000; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004), y del 10-20% en pacientes psiquiátricos (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001), sino también por su naturaleza, que abarca sin-

tomatología depresiva, ansiógena e incluso psicótica (Linehan, Heard & Armstrong, 1993). Por otra parte, en las últimas décadas se han llevado a cabo múltiples investigaciones sobre diferentes psicoterapias aplicadas al TLP, las cuales han demostrado su eficacia en los síntomas clínicos, pero lo han hecho de manera relativa o poco significativa en variables de tipo emocional (Burgal & Lizeretti, 2017). Dado que podríamos considerar el TLP como un trastorno de las emociones, estos resultados nos indican la enorme complejidad y dificultad en su tratamiento y lo mucho que queda por recorrer para poder ofrecer tratamientos más específicos para este trastorno.

A la hora de dar una explicación a la aparición de dicho trastorno, los estudios muestran la presencia de experiencias traumáticas en la infancia en forma de malos tratos psicológicos y/o físicos, abusos sexuales o abandonos (Wagner & Linehan, 1994; Foshati et al., 2015; Martín-Blanco et al., 2015; Nicol, Pope, Romaniuk & Hall, 2015). Por otra parte, a día de hoy es sabido que existen ciertos colectivos que presentan en mayor número o gravedad dichas experiencias traumáticas. Uno de esos colectivos son los menores institucionalizados, cuya custodia legal recae en una institución pública, ya sea porque hubo un abandono o porque se retiró la custodia a la familia de origen por malos tratos, abusos, etc. Los estudios muestran que dichos menores presentan síntomas clínicos, así como una mayor probabilidad de desarrollar trastornos mentales o de personalidad a lo largo del tiempo (Anckarsäter et al., 2007; Yang, Ullrich, Roberts, & Coid, 2007; Ayaz et al., 2011; López-Romero, Gómez-Fraguela & Romero, 2015;). Todo apuntaría a que los menores institucionalizados podrían presentar una elevada prevalencia de TLP o de sintomatología asociada, como inestabilidad emocional marcada, ira inapropiada e intensa, miedo al abandono, conductas autolesivas y/o autolíticas, sentimientos de vacío, alteración de la identidad, ideación paranoide, inestabilidad en las relaciones e impulsividad. Un estudio reciente de (Schäfer, Dornelles & Horta, 2016) ha podido confirmar esta relación.

A partir de aquí, el objetivo principal de esta investigación consistió en valorar la Inteligencia Emocional y la sintomatología asociada al Trastorno Límite de la Personalidad en menores institucionalizados. En relación a este objetivo, nuestra primera hipótesis fue que (a) dichos menores presentan una mayor prevalencia del Trastorno Límite de la Personalidad que la población general. Y siguiendo la línea de resultados obtenidos en anteriores investigaciones sobre IE en personas con TLP, la segunda hipótesis fue que (b) la sintomatología asociada a este trastorno de personalidad es mayor en per-

sonas con una IE baja. Se previó por tanto una correlación negativa entre IE y sintomatología *borderline*.

Una tercera hipótesis fue que (c) a mayor presencia de sintomatología *borderline*, menor sería la satisfacción general con la vida. Por ello se estudió la relación entre TLP y satisfacción vital en menores institucionalizados.

Por último, se estudiaron las relaciones entre las diferentes escalas de IE: Atención, claridad y reparación.

Método

Contextualización

Esta investigación hizo parte de una investigación más amplia realizada con menores institucionalizados a partir de un programa de intervención que consistió en una versión reducida y adaptada de la Terapia Basada en Inteligencia Emocional (TIE) (Lizeretti, 2012) a este colectivo, para promover el desarrollo de su IE y una mejor satisfacción vital. El programa se llevó a cabo en el marco de la colaboración llevado a cabo con la colaboración de la *Direcció General d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència* (DGAIA) y del Grupo de Trabajo en Inteligencia Emocional del *Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya* (COPC). Consistió en la aplicación del tratamiento manualizado mencionado en 16 sesiones grupales de una hora y media de duración.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 61 jóvenes (31 mujeres y 30 hombres) de entre 13 y 17 años de edad (media de edad de 15 años) institucionalizados en diferentes centros residenciales para menores de la provincia de Barcelona en Cataluña (España) y tutelados por la *Direcció General d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència* (DGAIA), organismo que depende del departamento de *Treball, Afers Socials i Famílies* de la *Generalitat de Catalunya*. Los motivos de su institucionalización eran diversos. En la gran mayoría de casos se debe a una retirada de la custodia y la tutela a los padres o grupo familiar de referencia, aunque también puede deberse a temas de inmigración o fallecimiento de la familia. En los casos de retirada de custodia, los malos tratos psicológicos y/o físi-

cos son la razón predominante, así como la falta de recursos para mantener al hijo o hija en cuestión. El tiempo en que dichos menores llevaban institucionalizados era muy variado, pudiendo ir de unos pocos meses a varios años. Su procedencia también era diversa, aunque la mayoría eran de Cataluña, sobre todo de la provincia de Barcelona.

Los únicos criterios de inclusión y exclusión para formar parte de la muestra fueron tener entre 13 y 17 años, y no presentar una discapacidad intelectual moderada o grave.

Materiales

Además de recoger datos demográficos como la edad, el sexo, el número de hermanos o el curso académico, se utilizaron los siguientes cuestionarios.

- *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II disorders (SCID-II)*, (First, Spitzer, Williams & Benjamin, 1997): instrumento que evalúa categóricamente o dimensionalmente los trastornos de personalidad según los criterios del DSM-IV. En relación al TLP, la sintomatología que estudia es: inestabilidad emocional marcada, ira inapropiada e intensa, miedo al abandono, conductas autolesivas y/o autolíticas, sentimientos de vacío, alteración de la identidad, ideación paranoide, inestabilidad en las relaciones e impulsividad.
- *Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)* (Fernández-Berrocal, Extremera, & Ramos, 2004): instrumento de evaluación de la Inteligencia Emocional autopercebida compuesto por tres escalas de 8 ítems: Atención, Claridad y Reparación. Las opciones de respuesta se presentan en una escala Likert (0 = totalmente en desacuerdo hasta 5 = totalmente de acuerdo). La puntuación máxima de cada escala es de 40.
- Escala de Satisfacción Vital: se trata de un ítem de escala Likert, creado para la ocasión y de elaboración propia, de 1 a 7 (1 = muy insatisfecho; 7 = muy satisfecho), que evalúa la satisfacción general con la vida.
- Cuestionario de elaboración propia para valorar la presencia o ausencia de maltratos físicos o psicológicos, abandonos y abusos sexuales. Consta de los 4 ítems de tipo Sí o No.

Procedimiento

Una vez la DGAIA accedió a la realización del programa en Inteligencia Emocional, y este fue aceptado por los directores de los centros implicados, los participantes dieron su consentimiento para participar voluntariamente en la investigación y se procedió a la administración de los cuestionarios señalados de forma grupal y en dos sesiones de una hora y media cada una. Una vez recogidos, los datos fueron analizados. Mencionar el hecho de que las puntuaciones en el SCID-II podían ser modificadas a lo largo de la intervención dado que, en muchos casos, a medida que transcurrían las sesiones y se iba estableciendo el vínculo terapéutico, los participantes revelaban conductas autolíticas o autolesivas, inestabilidad emocional, miedo al abandono, etc., indicadores que se habían negado en la primera administración de los instrumentos. Como ejemplo, si un adolescente negaba en primer término haber realizado o estar realizando conductas autolesivas, pero transcurridas varias sesiones confesaba haberlas realizado, se modificaba el correspondiente ítem.

Para el analizar los resultados se realizaron análisis estadísticos descriptivos, correlaciones y análisis de Varianza, con la ayuda del paquete estadístico SPSS 15.0. para Windows.

Resultados

Estadísticos Descriptivos. Las puntuaciones en la escala de Trastorno Límite de la Personalidad del SCID-II son considerablemente elevadas. El 67.2% de los adolescentes cumplían criterios de diagnóstico para el TLP, es decir, presentaban 5 o más síntomas DSM-IV y el 42.6% entre 7 y 9 síntomas. La media de síntomas fue de 5.64. Las mujeres presentaron una media de 6.16 síntomas y los hombres una media de 5,10 síntomas. Tal y como se recoge detalladamente en la Tabla 1, el síntoma más presente fue la “Ira Inapropiada” (85.2%), seguido de la “Alteración de la Identidad” (67.2%), la “Inestabilidad Emocional” y la “Impulsividad” (65.6% ambas). El 98.3% de dichos menores habían sufrido o bien maltratos físicos o psicológicos, abusos sexuales o una combinación de ambas. En cuanto a las puntuaciones en IE percibida, medida con el TMMS-24, estas fueron de una media de 26.63 en Atención, 24.31 en Claridad y 25.08 en Reparación,

todas ellas dentro de los parámetros de la adecuación. Finalmente, la satisfacción general con la vida fue de una media de 4.1, lo que equivaldría a una satisfacción media.

Tabla 1. Presencia de sintomatología *borderline*.

	Muestra Total N=61	Mujeres N=31	Hombres N=30	P(a)
Evitar abandono	60,7%	71%	50%	.096
Relaciones interpersonales inestables	59%	74%	43%	.015*
Alteración de la identidad	67,2%	71%	63%	.529
Impulsividad	65,6%	68%	63%	.719
Autolesiones y/o tentativas autolíticas	50,8%	55%	47%	.527
Inestabilidad afectiva	65,6%	74%	57%	.153
Sentimientos crónicos de vacío	54,1%	61%	47%	.256
Ira inapropiada e intensa	85,2%	87%	83%	.681
Ideación paranoide	55,7%	55%	57%	.887

a. U de Mann-Whitney

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Correlaciones. La Tabla 2 indica aquellas correlaciones estadísticamente significativas entre la sintomatología *borderline*, medida con el SCID-II, las escalas de Atención, Claridad y Reparación del TMMS-24, así como la satisfacción general con la vida medida con la Escala de Satisfacción Vital. Los síntomas del TLP correlacionaron negativamente con la satisfacción vital pero no lo hicieron, ni positiva ni negativamente, con ninguna de las escalas del TMMS-24. Por otra parte, la escala de Reparación correlacionó positivamente con las escalas de Atención y Claridad. Finalmente, ninguna de las escalas del TMMS-24 correlacionó con la Escala de Satisfacción Vital.

Tabla 2. Correlación entre las escalas del TMMS-24, sintomatología borderline y satisfacción vital.

	Atención	Claridad	Reparación	Sintomatología borderline	Satisfacción con la vida
Atención	1				
Claridad	.244	1			
Reparación	.275*	.501**	1		
Sintomatología borderline	.176	-.202	-.031	1	
Satisfacción con la vida	-.148	.207	.119	-.300*	1

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Análisis de Varianza. Aplicando ANOVA de un factor no se obtuvieron diferencias significativas en las escalas de Atención, Claridad y Reparación entre el grupo que cumplía criterios diagnósticos para el Trastorno Límite de la Personalidad y el que no cumplía dichos criterios. Respecto a la satisfacción vital, no hubo diferencias significativas entre los dos grupos. Y en cuanto al número total de síntomas TLP, tampoco hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres. No obstante, analizando las diferencias entre ambos sexos síntoma por síntoma, tal y como se refleja en la Tabla 1, se hallaron diferencias significativas en el síntoma “Relaciones Interpersonales Inestables” ($P < 0,015$); el 74% de las mujeres presentaban dicho síntoma mientras que en los hombres el síntoma estaba presente en un 43% de todos ellos.

Discusión

Los resultados obtenidos mostraron una elevada presencia de sintomatología *borderline* en los adolescentes institucionalizados. El 67.2% de los adolescentes cumplían criterios de diagnóstico TLP, es decir, presentaban 5 o más síntomas DSM-IV, el 42.6% entre 7 y 9 síntomas, y la media de síntomas fue de 5.64 para el total de la muestra. Solo podemos comparar nuestros resultados con otra investigación en adolescentes institucionalizados de entre 12 y 17 años que mostró una prevalencia del 22.7% en TLP (Schäfer, Dornelles & Horta, 2016). Otras investigaciones en menores institucionalizados muestran una prevalencia del 66% de trastornos psiquiátricos que requieren del tratamiento por un especialista (Meltzer, Gatward, Corbin, Goodman & Ford, 2003; Anckarsäter et al., 2007). De igual forma, en un estudio realizado en niños institucionalizados con edades de entre 3 a 5 años, la prevalencia de trastornos psiquiátricos fue del 64,7% (Ayaz, et al., 2011). Esto nos indica la enorme gravedad y vulnerabilidad psicológica de dichos menores.

La elevada prevalencia de sintomatología *borderline* puede explicarse en gran parte por las experiencias vitales traumáticas de los adolescentes en cuestión (Wagner & Lincohan, 1994; Fossati et al., 2015; Martín-Blanco et al., 2015; Nicol, Pope, Romaniuk & Hall, 2015;) y corrobora lo que estudios anteriores han mostrado sobre la exposición a experiencias vitales estresantes durante la adolescencia. Las experiencias traumáticas o muy estresantes en dicha etapa vital aumentan la vulnerabilidad al desarrollo de trastornos mentales, y el proceso de institucionalización puede ser considerado como un acontecimiento intenso y difícil debido a su impacto vital, lo cual requiere notables esfuerzos de recuperación y rehabilitación así como la necesidad de dar un sentido y un significado a todas esas experiencias de cambio, de separación y de pérdida (Compas et al., 1993; Tinoco & Franco, 2011; Holder & Blaustein, 2014). Dado que el 98.3% de la muestra había sufrido abusos sexuales, o maltratos físicos o psicológicos, o una combinación de estas, se puede comprender una alta prevalencia de sintomatología TLP aun siendo adolescentes. Respecto a las diferencias significativas entre hombres y mujeres en el síntoma “Relaciones Interpersonales Inestables”, no hemos encontrado ninguna investigación que nos ayudara a dar una respuesta contrastada empíricamente a esta cuestión. Y dado que en nuestro propio estudio es la única variable donde se encuentran

diferencias estadísticamente significativas entre sexos, es difícil atribuirle una razón objetiva. No obstante, esto no nos impide inferir alguna posible explicación a este hecho. Si observamos los resultados de la Tabla 1, veremos que los síntomas “Evitar Abandono” y “Inestabilidad Emocional” están presentes en las mujeres en un 71% y 74% respectivamente, mientras en los hombres lo está en un 50% y 57% respectivamente. Quizás por tratarse de una muestra muy pequeña, las diferencias no aparecieron como estadísticamente significativas, pero no lo fueron por muy poco. Suponiendo que realmente las mujeres presentaran más miedo al abandono y más inestabilidad emocional que los hombres, esto sí que podría explicar parte del hecho de que las mujeres tengan relaciones interpersonales más inestables. A nuestro entender, y tal y como subraya Linehan (1993), el miedo excesivo al abandono podría causar que las relaciones interpersonales fueran de carácter más inestable.

En cuanto a la relación entre IE percibida y el TLP, los resultados no mostraron diferencias significativas en ninguna de las tres escalas del TMMS-24 entre el grupo que cumplía 5 o más síntomas DSM-IV y el grupo que no los cumplía. Estos resultados no son consistentes con investigaciones anteriores en las que se halló una correlación positiva entre TLP y atención emocional, habiendo utilizado el TMMS-24 (Lizeretti, Vázquez-Costa & Gimeno-Bayón, 2014). Creemos que esto es debido, no solo al reducido tamaño de la muestra, sino también a su naturaleza. Hay que tener en cuenta que se trata de adolescentes institucionalizados y, tal y como se ha mencionado, su estado psicológico es frágil y el nivel de psicopatología general elevado. Así, el grupo estadístico no-TLP presenta igualmente elevada psicopatología general y baja IE, lo que significa que el grupo TLP no está comparado a un grupo con puntuaciones estadísticamente normales. Tal y como hemos mencionado, se trata de una población en la que estudios anteriores muestran una prevalencia del 66% de trastornos psiquiátricos que requieren tratamiento por un especialista (Meltzer, Gatward, Corbin, Goodman & Ford, 2003; Ankarsäter et al., 2007).

El nivel de sufrimiento emocional de las personas con TLP es alto, tal y como diferentes estudios indican (Bornovalova, 2007; Gardner, Qualter & Tremblay, 2010; Axelrod, Perepletchikova, Holtzman, & Sinha, 2011). Una de nuestras hipótesis respecto a dicho sufrimiento es la excesiva atención a sus emociones, junto a una comprensión y regulación emocional deficitarias. Prestar excesiva atención a las emociones, cuando no hay una comprensión ni una regulación de lo que se está sintiendo, lleva inexorablemen-

te, a nuestro entender, a encallarse en un flujo emocional inestable que impide la reparación emocional de las experiencias dolorosas. No obstante, en este estudio dicha relación no ha podido ser corroborada. En este sentido, recalcar el importante hecho de que la IE medida en esta investigación es subjetiva y no objetiva. El TMMS-24 mide la autopercepción del individuo acerca de su atención, claridad y regulación emocional, pero no refleja objetivamente el nivel de dichas habilidades, pues no se trata de un test de habilidades sino una autovaloración de estas.

Respecto a la relación entre el número de síntomas asociados al TLP, medidos con el SCID-II, y el nivel de satisfacción general con la vida, medida con la Escala de Satisfacción Vital, la Tabla 2 muestra una correlación negativa entre ambas variables. Dicha correlación estaría en la línea de estudios anteriores en los que se indica que, a mayor nivel de sintomatología asociada al TLP, menor es el bienestar emocional y vital de la persona. Sin embargo, en nuestra investigación esta correlación no es tan fuerte como se esperaba. Ello puede ser debido principalmente al factor de deseabilidad social y a la negación como mecanismo de defensa. Al realizar este estudio, se pudo observar como una gran parte de los adolescentes institucionalizados utilizaban la negación de la realidad como forma de evitar el sufrimiento emocional y la desesperación. Dado que los mecanismos de defensa psicológicos no formaban parte de las variables a estudiar en esta investigación, nuestra afirmación solo es una observación hecha de forma subjetiva, no evaluada por ningún instrumento psicométrico. No obstante, dado que resultó especialmente llamativo en las entrevistas, es de suma importancia señalarlo como algo potencialmente significativo. Hay que comprender que se trata de un colectivo que ha sufrido situaciones extremadamente traumáticas en uno de los momentos más vulnerables del ciclo vital; la infancia y la adolescencia. Por lo que se pudo observar, muchos de los menores negaban la realidad de lo ocurrido y en muchos casos explicaban que su vida era fantástica, a pesar de que había un gran dolor emocional que trataban de ocultar. Creemos que el nivel de satisfacción general con la vida de esos adolescentes era considerablemente inferior a la media obtenida de 4.1 sobre 7. No obstante, esta puntuación, que consideramos sesgada, puede ser útil para comprender los mecanismos de defensa, entendidos como defensas del aparato psíquico frente a situaciones estresantes (Freud, 1980), que tienen las personas que han sufrido situaciones traumáticas a edades tempranas.

Los mecanismos de defensa no estaban planteados como objeto de investigación, pero de cara a investigaciones futuras creemos que puede ser un objetivo interesante a estudiar, así como para los profesionales que trabajan con esta población. A nuestro entender, antes de aplicar cualquier tratamiento psicológico habría que considerar no romper o dañar dichos mecanismos de defensa, por muy estructurados que estén, pues podría causar un daño considerable para la persona. La negación de la realidad es un mecanismo de defensa que los menores institucionalizados podrían utilizar para no derribarse emocionalmente ante una realidad traumática. Por lo tanto, es importante poder ofrecer recursos psicológicos adaptados a cada individuo, así como dar un sentido a lo que les ha ocurrido de manera gradual y paulatina, sin forzar a que rompan con su visión de la situación y dándoles tiempo para una eventual aceptación.

En lo que respecta a la relación entre las distintas variables del TMMS-24, tal y como se puede observar en la Tabla 2, existe una marcada correlación positiva entre Claridad y Reparación, así como una ligera correlación también positiva entre Atención y Reparación. Tomando como referencia el modelo de Salovey y Mayer sobre la IE (Mayer & Salovey, 1997), dichas relaciones eran de esperar. Para poder reparar emocionalmente, primero hay que prestar atención a las emociones y comprender lo que se está sintiendo y por qué se está sintiendo algo. Sin embargo, observamos que en los resultados no hay correlación entre las escalas de Atención y Claridad. A nuestro entender, esto puede ser debido a que un exceso de atención emocional lleva a la confusión, y que prestar demasiada atención a las emociones puede tener como consecuencia el no comprender lo que se está sintiendo. Por lo tanto, para poder comprender las emociones haría falta una atención emocional moderada, ni excesiva ni deficiente. Esta hipótesis se muestra en sintonía con los resultados obtenidos en la investigación realizada por Lizeretti & Rodríguez (2012), donde existía una correlación positiva entre atención emocional, también medida con el TMMS-24, y sintomatología clínica, así como una correlación negativa entre las escalas de Claridad y Reparación y los síntomas clínicos.

Para concluir, se analizó la prevalencia del Trastorno Límite de la Personalidad en adolescentes institucionalizados, su IE percibida y su satisfacción general con la vida. Los resultados nos indicaron una elevada presencia de sintomatología borderline, así como de maltratos físicos, psicológicos y/o abusos sexuales. En relación a ello, creemos que queda puesta de relieve la relación entre abusos, maltratos y abandonos en la infancia con el TLP, lo que corroboraría anteriores estudios que así lo sugieren (Bateman &

Fonagy, 1999; Kremers et al., 2007; Chanen et al., 2008). Respecto a la satisfacción con la vida, los resultados siguen la línea de otras investigaciones en las que se muestra una correlación positiva entre el TLP y la insatisfacción vital, a pesar de que en nuestro estudio las puntuaciones en la Escala de Satisfacción Vital son relativamente altas. Ello nos lleva a suponer que los menores institucionalizados utilizan frecuentemente la negación como mecanismo de defensa y planteamos que en el futuro esta hipótesis debe ser objeto de comprobación en las investigaciones, tratando la variable de un modo preciso y riguroso.

Finalmente, señalar que esta investigación presentó una serie de limitaciones. Por un lado, el reducido tamaño de la muestra, debido a las características de la población investigada, así como la falta de un grupo control de adolescentes no institucionalizados. El hecho de no poder comparar los resultados de ambos grupos limitó las conclusiones del estudio. Por otro, la IE medida en nuestra investigación fue autopercebida y no estuvo valorada con un test de habilidades, lo que limitó las implicaciones y la relación entre la IE en el TLP. En futuros estudios se buscará ampliar la muestra, obtener un grupo control de adolescentes no institucionalizados y añadir a las variables la IE medida por un test de habilidades.

Referencias Bibliográficas:

- American Psychiatric Association (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4º edición, texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson (original Washington DC: APA).
- Anckarsäter, H., Nilsson, T., Ståhlberg, O., Gustafson, M., Saury, J.-M., Råstam, M., & Gillberg, C. (2007). Prevalence and configurations of mental disorders among institutionalized adolescents. *Developmental Neurorehabilitation, 10*(1), 57–65.
- Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and *borderline* personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 37*(1), 37–42.

- Ayaz, M., Ayaz, A. B., Basgul, S. S., Karakaya, I., Sismanlar, S. G., Yar, A., ... Dikmen, S. (2011). Prevalence of Mental Disorders and Associated Factors in 3-5 Years Institutionalized Children. *Turkish Journal of Psychiatry*, 23 (2), 82-88.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of *borderline* personality disorder: a randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563–1569.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., ... Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158(2), 295-302.
- Bornovalova, M. A., Gratz, K. L., Daughters, S. B., Nick, B., Delaney-Brumsey, A., Lynch, T.R., Kosson, D., & Lejuez, C.W. (2007). A multimodal assessment of the relationship between emotion dysregulation and *borderline* personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *Journal of Psychiatric Research* 42(9), 717–726.
- Burgal, F., & Lizeretti, N. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 148-156.
- Compas, B. E., Orosan, P. G., & Grant, K. E. (1993). Adolescent stress and coping: implications for psychopathology during adolescence. *Journal of Adolescence*, 16(3), 331–349.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., Mccutcheon, L. K., Jovev, M., Yuen, H. P., Germano, D., ... McGorry, P. D. (2008). Early intervention for adolescents with *borderline* personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 193(6), 447–84.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports* 94(3),751–755.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., & Benjamin L. S. (1997). *SCID-II Personality Questionnaire*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fossati, A., Gratz, K. L., Somma, A., Maffei, C., & Borroni, S. (2015). The Mediating Role of Emotion Dysregulation in the Relations Between Childhood Trauma History and Adult Attachment and *Borderline* Personality Disorder Features: A Study of Italian Nonclinical Participants. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 1–24.

- Freud, A. (1980). *El yo y los mecanismos de defensa*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Gardner, K. J., Qualter, P., & Tremblay, R. (2010). Emotional functioning of individuals with *borderline* personality traits in a nonclinical population. *Psychiatry Research*, 176(2–3), 208–212.
- Hertel, J., Schütz, A., & Lammers, C. H. (2009). Emotional intelligence and mental disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 65(9), 942–954.
- Holder, M. K., & Blaustein, J. D. (2014). Puberty and adolescence as a time of vulnerability to stressors that alter neurobehavioral processes. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(1), 89–110.
- Jacobs, M., Snow, J., Geraci M., et al., (2008). Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1487–1495.
- Jahangard, L., Haghghi, M., Bajoghli, H., Ahmadpanah, M., Ghaleiha, A., Zarrabian, M. K., & Brand, S. (2012). Training emotional intelligence improves both emotional intelligence and depressive symptoms in inpatients with *borderline* personality disorder and depression. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 16(3), 197–204.
- Kee, S., Horan, P., Salovey P., et al., (2009). Emotional intelligence in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 107(1), 61–68.
- Kremers, I. P., Van Giezen, a. E., Van der Does, a. J. W., Van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2007). Memory of childhood trauma before and after long-term psychological treatment of *borderline* personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(1), 1–10.
- Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M., & Bohus, M. (2004). *Borderline* personality disorder. *Lancet*, 364, 453–461.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal *borderline* patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 971-974.
- Lizeretti, N. P. (2012). *Terapia basada en inteligencia emocional*. Barcelona, España: Editorial Milenio.

- Lizeretti, N. P., & Extremera, N. (2011). Emotional intelligence and clinical symptoms in outpatients with Generalized Anxiety Disorder (GAD). *Psychiatric Quarterly*, 82(3), 253–260.
- Lizeretti, N. P., Extremera, N. & Rodríguez, A. (2012). Perceived emotional intelligence and clinical symptoms in outpatients with mental disorders. *Psychiatry Quarterly*, 83(4), 407–418.
- Lizeretti, N. P., & Rodríguez, A. (2012). Perceived emotional intelligence in patients diagnosed with panic disorder with agoraphobia. *Anxiety and Stress*, 18(1), 43–53.
- Lizeretti, N. P., Vázquez-Costa, M., & Gimeno-Bayón, A. (2014). Emotional Intelligence and Personality in Anxiety Disorders. *Advances in Psychiatry*, 132, 492–496.
- López-Romero, L., Gómez-Fraguela, J. A., & Romero, E. (2015). Assessing callous-unemotional traits in a Spanish sample of institutionalized youths: The Inventory of Callous-Unemotional traits. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(3), 392–406.
- Martín-Blanco, A., Ferrer, M., Soler, J., et al., (2015). The role of hypothalamus–pituitary–adrenal genes and childhood trauma in *borderline* personality disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 266 (4), 307-316.
- Mayer J. D., & Salovey P. What is emotional intelligence? In Emotional Development and Emotional Intelligence Educational Implications, P. Salovey and D. J. Sluyter, Eds., pp.3–31, Basic Books, New York, NY, USA, 1997.
- Meltzer, H., Gatward, R., Corbin, T., Goodman, R., Ford, T. (2003). The mental health of young people looked after by local authorities in England. London: The Stationary Office.
- Millon, T., Millon, C. y Davis, R. (1993). MACI Manual. Millon Adolescent Clinical Inventory. Minneapolis: National Computer Systems.
- Nicol, K., Pope, M., Romaniuk, L., & Hall, J. (2015). Childhood trauma, midbrain activation and psychotic symptoms in *borderline* personality disorder. *Translational Psychiatry*, 5(5), e559.
- Perna, G., Menotti, R., Borriello, G., Cavedini, P., Bellodi, L. & Caldirola, D. (2010). Emotional intelligence in panic disorder. *Rivista di Psichiatria*, 45(5), 320–325.
- Schäfer, J. L., Dornelles, V. G., & Horta, R. L. (2016). *Borderline* personality disorder typical symptoms among Brazilian adolescents in a foster care institution. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 11(1), 13–23.

- Tinoco, V., & Franco, M. H. P. (2011). O luto em instituições de abrigo de crianças. *Estudios de Psicologia*, 28(4), 427–434.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 50, 991–999.
- Wagner, A. W., & Linehan, M. M. (1994). Relationship Between Childhood Sexual Abuse and Topography of Parasuicide Among Women with *Borderline* Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8(1), 1–9.
- Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A., & Coid, J. (2007). Childhood institutional care and personality disorder traits in adulthood: findings from the British national surveys of psychiatric morbidity. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 77(1), 67–75.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., & Silk, K.R. (2004). Mental health service utilization by *borderline* personality disorder patients and axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *Journal of Clinical Psychiatry* 65(1), 28–36.

3. Artículo 3: *Eficacia de la Terapia basada en Inteligencia Emocional en adolescentes institucionalizados.*

Eficacia de la Terapia basada en Inteligencia Emocional en adolescentes institucionalizados.

Efficacy of the Emotional Intelligence Therapy on institutionalized teenagers.

Autores (por orden): Ferran Burgal Juanmartí, Jordi Segura Bernal, Victòria Fernández-Puig, Miriam Sánchez-Matas.

Resumen

El principal objetivo de este estudio es investigar la eficacia de la Terapia basada en el desarrollo de la Inteligencia Emocional (TIE), en el Trastorno Límite de la Personalidad, en una muestra de adolescentes institucionalizados. Un total de 61 participantes fueron distribuidos para recibir, durante tres meses, o bien Tratamiento Habitual (TH; N=25), o bien la TIE integrada al TH (N=36). Las variables estudiadas fueron el TLP, la satisfacción vital y la Inteligencia Emocional autopercebida. Los resultados muestran una clara mejoría en satisfacción vital y sintomatología TLP en los participantes del grupo TIE+TH, mientras que no hubo cambios significativos en los del grupo TH en ninguna de las variables estudiadas.

Palabras clave: *TIE, TLP, Inteligencia Emocional, satisfacción vital, adolescentes institucionalizados.*

Abstract

The aim of this study was to investigate the efficacy of the Emotional Intelligence Therapy (EIT), on the Borderline Personality Disorder (BPD), in a sample of institutionalized children. A total of 61 participants were randomized to receive, for length of three months, either Treatment As Usual (TAU; N=25) or the EIT integrated to the TAU (EIT+TAU; N=36). Measures studied were borderline symptoms, life satisfaction and self-perceived emotional intelligence. Results showed clear improvements on life satisfaction and BPD symptoms on the EIT+TAU group, whereas no improvements of any kind were found on the TAU group in none of the measures studied.

Key words: *Borderline Personality Disorder, Emotional Intelligence, Vital Satisfaction, institutionalized teenagers.*

Introducción

La presente investigación es la continuación de un estudio sobre prevalencia en menores institucionalizados (Burgal, Segura, Fernández-Puig & Sánchez-Matas, 2019) en el que se midió principalmente la Inteligencia Emocional Autopercebida (IEP), la satisfacción general con la vida y la prevalencia del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Dicho estudio puso de relieve la enorme presencia del TLP en adolescentes institucionalizados. El 42,6% presentaba 7 o más síntomas de 9 señalados por el DSM-IV (2000) para este trastorno, cifra realmente alarmante teniendo en cuenta que la prevalencia de este trastorno en la población general es del 1-2% (APA, 2000; APA, 2014 Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004) y del 10-20% en pacientes psiquiátricos (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001).

La Inteligencia Emocional (IE) se ha descrito como un conjunto de habilidades de identificación, facilitación, comprensión y regulación emocional, las cuales nos permiten utilizar el conocimiento emocional para alcanzar un mayor ajuste y bienestar psicológico (Mayer & Salovey, 1997). Varios estudios en población clínica demuestran que pacientes con diferentes psicopatologías o síntomas clínicos presentan notables déficits en IE medida con el test de habilidades MSCEIT (Jacobs et al., 2008; Hertel, Schütz & Lammers, 2009; Kee et al., 2009; Perna et al., 2010) así como en IE autopercebida, medida con el TMMS-24 (Lizeretti & Extremera, 2011; Lizeretti, Extremera & Rodríguez, 2012; Lizeretti & Rodríguez, 2012), y lo mismo sucede cuando se utilizan otros instrumentos de medida de la IE (Downey et al., 2008).

Paralelamente, el Trastorno Límite de la Personalidad supone un considerable sufrimiento tanto para la persona que lo padece como para su entorno, así como un elevado uso de recursos sanitarios (Bender et al., 2001; Zanarini, Frankenburg, Hennen & Silk, 2004), no sólo por su prevalencia del 1-2% en población general (APA, 2000; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004) y del 10-20% en pacientes psiquiátricos (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001), sino también por su naturaleza (Linehan, Heard & Armstrong, 1993). Por otra parte, en las últimas décadas se han llevado a cabo múltiples investigaciones sobre diferentes psicoterapias aplicadas al TLP, las cuales han demostrado su eficacia en los síntomas clínicos, pero lo han hecho de manera relativa o poco significativa en variables de tipo emocional (Burgal & Lizeretti, 2017). Dado que podríamos considerar el TLP como un trastorno de las emociones, donde la desregula-

ción emocional juega un papel fundamental (Linehan 1993; Harned, Banawan & Lynch, 2006), estos resultados nos indican la enorme complejidad y dificultad en su tratamiento y lo mucho que queda por recorrer para poder ofrecer tratamientos más específicos para este trastorno.

A la hora de dar una explicación a la aparición del TLP, los estudios muestran la presencia de experiencias traumáticas en la infancia en forma de malos tratos psicológicos y/o físicos, abuso sexual o abandono (Wagner & Linehan, 1994; Fossati et al., 2015; Martín-Blanco et al., 2015; Nicol, Pope, Romaniuk & Hall, 2015). Uno de los colectivos que presentan en mayor número o gravedad dichas experiencias traumáticas es el de los menores institucionalizados, es decir, menores cuya custodia legal recae en una institución pública, ya sea porque hubo un abandono o porque se retiró la custodia a la familia de origen por malos tratos, abusos, etc. Los estudios muestran que dichos menores presentan elevados síntomas clínicos, así como una mayor probabilidad de desarrollar trastornos mentales o de personalidad a lo largo del tiempo (Anckarsäter et al., 2007; Yang, Ullrich, Roberts, & Coid, 2007; Ayaz et al., 2011; Fragoso, Rueda & Benítez, 2012; López-Romero, Gómez-Fraguela & Romero, 2015; Burgal, Segura, Fernández-Puig & Sánchez-Matas, 2019). Así pues, el objetivo principal de nuestra investigación es valorar la eficacia y la eficiencia de la Terapia basada en el desarrollo de la Inteligencia Emocional (TIE) en este colectivo. La TIE es una psicoterapia breve que ha sido manualizada (Lizeretti, 2012) y validada en trastornos de ansiedad (Lizeretti, 2009) dando incluso mejores resultados que la Terapia Cognitivo-Conductual en el tratamiento de síntomas clínicos, trastornos de personalidad, inteligencia emocional y satisfacción vital en pacientes psiquiátricos. La TIE es una terapia humanista e integradora, que tiene como principal objetivo el desarrollo de la IE y de las habilidades emocionales descritas en el modelo de Inteligencia Emocional de Salovey y Mayer (1997). En concreto, ayuda a identificar las emociones auténticas implicadas en los conflictos emocionales, tomar consciencia de cómo la emoción está relacionada con necesidades primarias, comprender la naturaleza y adecuación de la experiencia emocional, propia o ajena, y regular tanto la experiencia como la expresión emocional de forma que pueda ser reconocida y aceptada por uno mismo y por los demás.

La aplicación de la TIE a los adolescentes institucionalizados tiene como objetivo principal aumentar las capacidades de identificación, comprensión y regulación emocional a través de diferentes técnicas psicológicas. En la presente investigación analiza-

mos las siguientes variables: IE autopercebida, prevalencia del Trastorno Límite de la Personalidad y satisfacción general con la vida. Nuestra principal hipótesis es que, tras la aplicación de la TIE, las puntuaciones en IE autopercebida y satisfacción vital aumentarán, mientras que la sintomatología asociada al TLP disminuirá. Nuestra segunda hipótesis es que los resultados obtenidos con la TIE y la TH serán significativamente mejores que los obtenidos sólo con la TH en dichas variables.

Método

Contextualización

Esta investigación hizo parte de una investigación más amplia realizada con menores institucionalizados a partir de un programa de intervención que consistió en una versión reducida y adaptada de la Terapia basada en Inteligencia Emocional (Lizeretti, 2012) a este colectivo, para promover el desarrollo de su IE y una mejor satisfacción vital. El programa se llevó a cabo en un marco de colaboración con la *Direcció General d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència* (DGAIA) y del Grupo de Trabajo en Inteligencia Emocional del *Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya* (COPC).

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 61 jóvenes (31 mujeres y 30 hombres) de entre 13 y 17 años de edad (media de edad de 15 años) institucionalizados en diferentes centros residenciales para menores de la provincia de Barcelona en Cataluña (España) y tutelados por la *Direcció General d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència* (DGAIA), organismo que depende del departamento de *Treball, Afers Socials i Famílies* de la *Generalitat de Catalunya*. Los motivos de su institucionalización eran diversos. En la gran mayoría de casos se debía a una retirada de la custodia y la tutela a los padres, o grupo familiar de referencia, aunque también podía ser debido a temas de inmigración o fallecimiento de la familia. En los casos de retirada de custodia, los malos tratos psicológicos y/o físicos eran la razón predominante, así como la falta de recursos para mantener al hijo o hija en cuestión. El tiempo en que dichos menores llevaban institucionalizados era muy variado, pudiendo ir de unos pocos meses a varios años. Su procedencia tam-

bién era diversa, aunque la mayoría eran de Cataluña, sobre todo de la provincia de Barcelona.

Los criterios de inclusión han sido residir en un CRAE y tener entre 13 y 17 años. Los criterios de exclusión han sido presentar una discapacidad intelectual moderada o grave, o alguna discapacidad psíquica que impidiera el buen funcionamiento del grupo, y presentar rasgos psicopáticos. Otro criterio de exclusión fue el no comprender mínimamente ni catalán ni castellano. Finalmente, señalar que la eventual medicación que estuviesen tomando dichos adolescentes no se utilizó como criterio de inclusión ni exclusión.

Diseño del estudio

El estudio fue diseñado en tanto que un estudio cuasiexperimental con grupos no equivalentes, dado que la asignación de los participantes a los grupos experimental y de lista de espera no fue aleatoria. Los sujetos se asignaron de manera no aleatoria para formar parte del GE o del GC. Dicha asignación se realizaba en función de la demanda de cada centro de participar o no en la investigación y dicha intervención se hacía por centros, *ergo* no se mezclaban en un mismo grupo de terapia adolescentes de diferentes centros, exceptuando un solo caso en el que sí se mezclaron menores de dos centros por cuestiones logísticas.

A todos los participantes se les administró la batería de test e, inmediatamente, o empezaron los 3 meses de intervención con la TIE (GE) o esperaron 3 meses (GC). Al finalizar esta primera fase, ambos grupos volvieron a realizar los test. A partir de aquí, al GC se le aplicó la TIE, también en un período de tres meses, lo que se justifica por imperativo ético y en base al principio de justicia

Tratamientos

Terapia basada en Inteligencia Emocional (TIE), (Lizeretti, 2009). Se aplicó la TIE en un formato de 16 sesiones grupales, de una hora y media de duración por sesión. El objetivo principal es el crecimiento personal mediante el aprendizaje y desarrollo de las habilidades de IE, descritas por Salovey y Mayer (1997). Se busca el desarrollo de la

inteligencia emocional a partir del conocimiento emocional y el entrenamiento de habilidades emocionales. La TIE gira en torno a dos ejes de intervención, uno longitudinal y otro transversal. El eje longitudinal hace referencia a la totalidad del tratamiento que está destinado a trabajar en cuatro fases las habilidades de Inteligencia Emocional: identificación, facilitación, comprensión y regulación. Por su parte, el eje transversal hace referencia a cada una de las sesiones de psicoterapia. En las sesiones de cada fase se plantea como objetivo principal el desarrollo de un nivel de habilidad emocional, al que se le dará especial énfasis, aunque también se aborda el desarrollo de los cuatro niveles de habilidad en cada una de las sesiones.

La TIE fue llevada a cabo por diferentes psicólogos formados y especializados en la aplicación de esta terapia, y a su vez acreditados como Psicólogos General Sanitarios. Cada grupo de terapia fue llevado por dos de estos psicólogos; la asignación de los terapeutas a cada grupo era determinado por razones de localización geográfica, disponibilidad y número de grupos terapéuticos ya realizados.

Tratamiento Habitual (TH). por parte de las instituciones responsables de los adolescentes, consistían en que estaban a su cargo en visitas de un psicólogo en el CSMIJ a régimen de unos 30 minutos por sesión, y aproximadamente entre una vez al mes y una vez cada tres meses y en la atención diaria de los educadores sociales. El TH no fue modificado en ningún momento en el curso de la aplicación de la TIE. Por razones éticas, esta investigación no podía ni debía restar soporte psicológico a ninguno de los menores en cuestión. Respecto a la medicación psicofarmacológica, ninguno de los menores con los que se llevó a cabo la intervención tomaba psicofármacos.

Grupo Experimental (GE). A los sujetos asignados al GE se les aplicó la TIE nada más haber finalizado la batería de test. Dichos adolescentes siguieron recibiendo TH a lo largo de los 3 meses de aplicación de la TIE. Al finalizar la intervención, estos realizaron por segunda vez la batería de test.

Grupo Control (GC). consistió en una lista de espera, que más adelante también se beneficiaría de la intervención psicoterapéutica, con el mismo proceder que el GE.

Materiales

Además de recoger datos demográficos como la edad, el sexo, el número de hermanos o el curso académico, se utilizaron los siguientes cuestionarios.

- *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II disorders (SCID-II)*, (First, Spitzer, Williams & Benjamin, 1997): instrumento que evalúa categóricamente o dimensionalmente los trastornos de personalidad según los criterios del DSM-IV. En relación al TLP, la sintomatología que estudia es: inestabilidad emocional marcada, ira inapropiada e intensa, miedo al abandono, conductas autolesivas y/o autolíticas, sentimientos de vacío, alteración de la identidad, ideación paranoide, inestabilidad en las relaciones e impulsividad.
- *Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)* (Fernández-Berrocal, Extremera, & Ramos, 2004): instrumento de evaluación de la Inteligencia Emocional autopercebida compuesto por tres escalas de 8 ítems: Atención, Claridad y Reparación. Las opciones de respuesta se presentan en una escala Likert (0 = *totalmente en desacuerdo* hasta 5 = *totalmente de acuerdo*). La puntuación máxima de cada escala es de 40.
- *Quality of Life Interview-Short Versión* (QOL; Lehman, 1988; traducción española Bobes, González y Wallace, 1993). Se trata de una entrevista estructurada que evalúa la calidad de vida en enfermos mentales crónicos. A través de 144 ítems recoge información sobre variables demográficas y diagnósticas y sobre nueve dominios relacionados con la calidad de vida como la situación vital, la relación familiar, el apoyo social, las actividades de ocio, etc que se dividen en dominios objetivos y subjetivos. Para valorar el grado de satisfacción general con la vida de los pacientes en esta investigación se utilizó únicamente un ítem al que el sujeto respondió con una escala Likert de 1 a 7 (1 = muy insatisfecho; 2 = bastante insatisfecho; 3 = algo insatisfecho; 4 = medio; 5 = algo satisfecho; 6 = bastante satisfecho; 7 = muy satisfecho), que evalúa la satisfacción general con la vida. Cada ítem va acompañado de una cara, de más triste a más contenta. Se escogió utilizar únicamente este ítem para simplificar la respuesta y hacer mucho más práctica y adaptada la administración de test a la muestra en cuestión.

Procedimiento

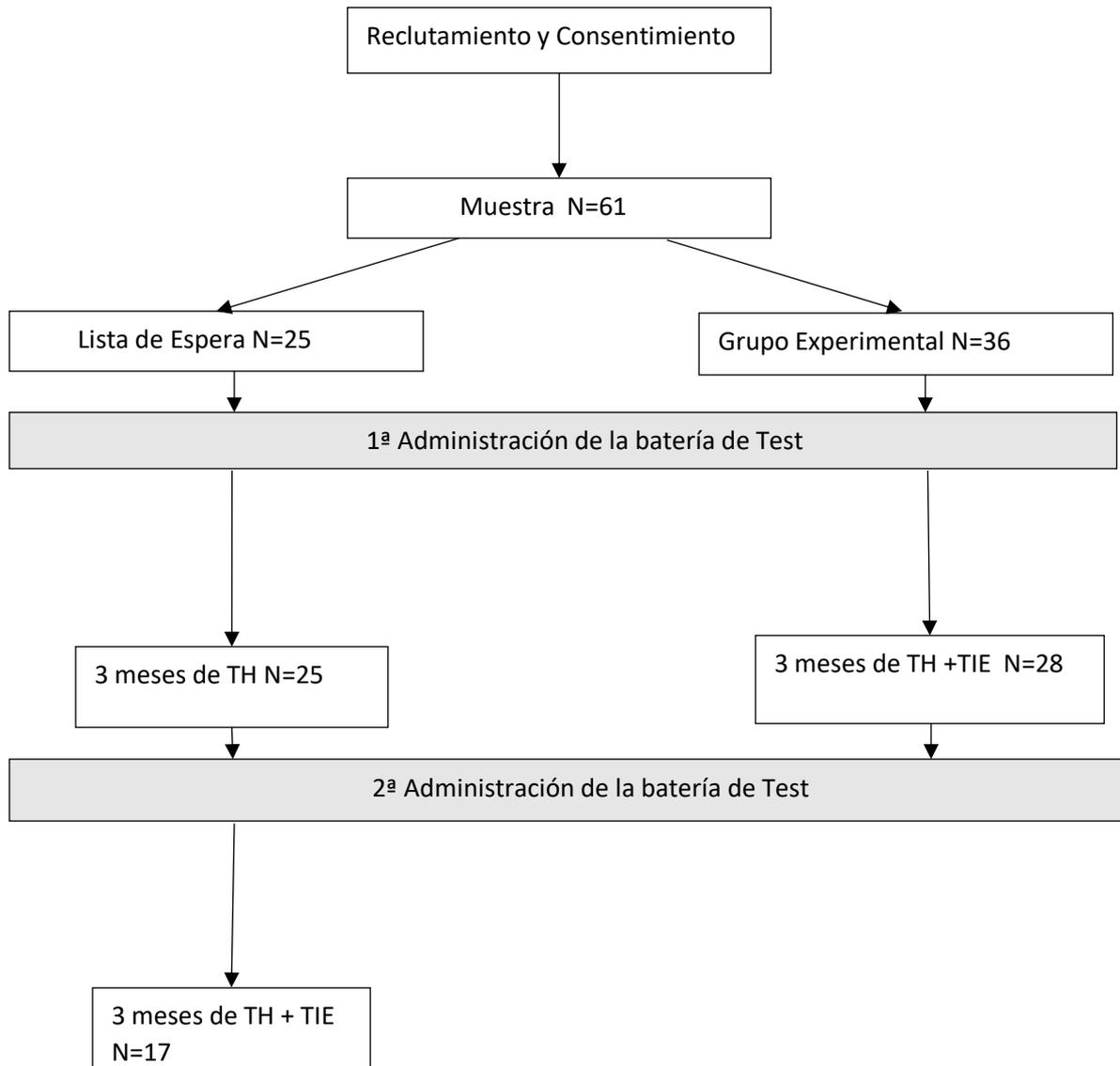
Una vez la DGAIA accedió a la realización del programa en Inteligencia Emocional, y este fue aceptado por los directores de los centros implicados, los participantes dieron su consentimiento para participar voluntariamente en la investigación y se procedió a la administración de los cuestionarios señalados de forma grupal y en dos sesiones de una hora y media cada una. Hay que mencionar el hecho de que las puntuaciones en el SCID-II podían ser modificadas a lo largo de la intervención dado que, en muchos casos, a medida que transcurrían las sesiones y se iba estableciendo el vínculo terapéutico, los participantes revelaban conductas autolíticas o autolesivas, inestabilidad emocional, miedo al abandono, etc., indicadores que se habían negado en la primera administración de los instrumentos. Como ejemplo, si un adolescente negaba en un primer término haber realizado o estar realizando conductas autolesivas, pero transcurridas varias sesiones confesaba haberlas realizado, se podía modificar el correspondiente ítem según se considerara oportuno.

Paralelamente, únicamente se escogieron aquellos casos que hubiesen asistido a como mínimo 75% de las sesiones de terapia, es decir, a 12 sesiones de las 16 sesiones en total.

Un total de 61 adolescentes fueron asignados por conveniencia en los dos grupos de intervención, GE (N=36) y GC (N=25). El GE tuvo 8 pérdidas entre la primera y segunda fase, es decir, durante el periodo de aplicación de la TIE: 4 de ellos no empezaron el tratamiento por diferentes razones (cambio de horarios, cambio de centro o reticencias de última hora), 2 empezaron el tratamiento pero no lo concluyeron por un cambio de horarios, 1 empezó el tratamiento pero fue expulsado por presentar importantes rasgos psicopáticos y poner en riesgo el buen funcionamiento de la dinámica de grupo, y finalmente uno de ellos no fue incluido en los resultados post-intervención, ya que no había asistido a como mínimo el 75% de las sesiones.

Los grupos estaban compuestos por entre 4 y 11 individuos, en función del tamaño del CRAE donde se hacía la intervención y las demandas de este. Las sesiones se realizaban en espacios cedidos o facilitados por el propio centro, en todos los casos eran espacios acomodados y adecuados para la correcta realización de una terapia de grupo, donde se pudiera salvaguardar la confidencialidad y donde los participantes se encontrasen a gusto.

Figura 1. *Procedimiento*



Análisis de datos

Para realizar los análisis estadísticos se crearon bases de datos, con el programa SPSS 15.0. para Windows. Se obtuvieron puntajes individuales y promedios grupales de los participantes, en cada una de las evaluaciones realizadas. Con el fin de valorar la distribución de las variables medidas en la población estudiada, se utiliza la prueba Lévene. Para una distribución no normal, las comparaciones intragrupal se realizan con la prueba de Wilcoxon para las variables cuantitativas y de McNemar para las categóricas.

Para las comparaciones intergrupales se utiliza la U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas y Chi-cuadrado para las categóricas.

Paralelamente, se calcula el tamaño del efecto (*d* de Cohen) de la intervención en las variables cuantitativas; Sintomatología TLP total, Satisfacción Vital y Atención, Claridad y Reparación Emocional autopercebida.

Resultados

Descripción de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 61 jóvenes (31 mujeres y 30 hombres) de entre 13 y 17 años de edad (media de edad de 15 años) institucionalizados en diferentes centros residenciales para menores de la provincia de Barcelona en Cataluña (España) y tutelados por la *Direcció General d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència* (DGAIA), organismo que depende del departamento de *Treball, Afers Socials i Famílies* de la *Generalitat de Catalunya*. El tiempo en que dichos menores llevaban institucionalizados era muy variado, pudiendo ir de unos pocos meses a varios años. Su procedencia también era diversa, aunque la mayoría eran de Cataluña, sobre todo de la provincia de Barcelona. Los únicos criterios de inclusión y exclusión para formar parte de la muestra fueron tener entre 13 y 17 años, y no presentar una discapacidad intelectual moderado o grave.

Eficacia de las Intervenciones

La Tabla 1 muestra las diferencias intragrupalas a nivel de cambios en sintomatología TLP en su número total de síntomas, así como en cada síntoma específico, en satisfacción vital e IE autopercebida, esta última desglosada en sus tres escalas, atención, claridad y reparación. Se aplicó la prueba estadística de Wilcoxon para las variables cuantitativas y McNemar para las dicotómicas.

Respecto al GC, no hubo mejorías significativas con la aplicación exclusiva del TH durante tres meses en ninguna de las variables estudiadas.

En cuanto al GE, tras los tres meses de aplicación de la TIE+TH, se hallaron mejorías significativas en síntomas TLP totales ($p < .001$), satisfacción vital ($p = .004$) y claridad

emocional ($p = .036$). También se encontraron diferencias significativas en todos los síntomas asociados al TLP excepto en el síntoma “ideación paranoide”.

Paralelamente, la Tabla 2 muestra las diferencias intergrupales en las mismas variables mencionadas anteriormente. Se aplicó la prueba estadística U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas y Chi-cuadrado para las dicotómicas. Se hallaron diferencias significativas entre grupos en síntomas TLP totales tanto en la fase pre-intervención ($p < .001$) como en la fase post-intervención ($p = .032$) y en claridad emocional ($p = .009$). Respecto a los síntomas asociados al TLP, se hallaron diferencias significativas entre grupos, en la fase pre-intervención, en las variables “conductas autole-sivas / autolíticas” ($p = .014$) “inestabilidad afectiva” ($p = .007$) “sentimientos crónicos de vacío” ($p = .032$) “ideación paranoide” ($p = .018$) y en “alteración de la identidad” ($p < .001$) en la fase post-intervención.

Finalmente, la Tabla 3 muestra, mediante la d de Cohen, el tamaño de efecto de las intervenciones. La TIE obtuvo un gran efecto en sintomatología TLP total ($d = 1.218$), un efecto moderado en satisfacción vital ($d = 0.664$) y un efecto leve en claridad ($d = 0.454$) y reparación emocional autopercebida ($d = 0.430$). Por su parte, la TH no obtuvo ningún efecto significativo en ninguna de las variables.

Tabla 1. Diferencias intragrupalas

	GE			GC		
Variables cuantitativas (a)	Pre TIE	Post TIE	p	Pre TH	Post TH	p
Sintomatología TLP total	6,33	3,39	.000**	4,44	4,64	.265
Satisfacción Vital	3,83	4,96	.004**	4,56	4,72	.463
Atención Emocional	25,21	26,23	.589	27,88	28,56	.413
Claridad Emocional	22,65	25,69	.036*	27,84	26,56	.444
Reparación Emocional	24,15	27,00	.054	27,12	26,36	.903
Variables Categóricas (b)	Pre TIE	Post TIE	p	Pre TH	Post TH	p
Evitar abandono	67%	36%	.004**	48%	52%	1.00
Relaciones inestables	69%	39%	.012*	56%	44%	.250
Alteración Identidad	61%	18%	.006**	68%	76%	.625
Impulsividad	72%	39%	.006**	48%	56%	.625
Conductas autolesivas / autolíticas	64%	21%	.001**	32%	32%	1.00
Inestabilidad afectiva	78%	50%	.016*	44%	48%	1.00
Sentimientos crónicos de vacío	64%	36%	.021*	36%	40%	1.00
Ira inapropiada e intensa	92%	57%	.001**	76%	76%	1.00
Ideación paranoide	67%	43%	.065	36%	40%	1.00

a. Wilcoxon

b. McNemar

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Tabla 2. Diferencias intergrupales

	Pre			Post		
	GE	GC	p	GE	GC	p
Variables cuantitativas (a)						
Sintomatología TLP total	6,33	4,44	.000**	3,39	4,64	.032*
Satisfacción Vital	3,83	4,56	.128	4,96	4,72	.462
Atención Emocional	25,21	27,88	.105	26,23	28,56	.146
Claridad Emocional	22,65	27,84	.009**	25,69	26,56	.756
Reparación Emocional	24,15	27,12	.096	27,00	26,36	.590
Variables Categóricas (b)						
Evitar abandono	67%	48%	.145	36%	52%	.232
Relaciones inestables	69%	56%	.282	39%	44%	.728
Alteración Identidad	61%	68%	.582	18%	76%	.000**
Impulsividad	72%	48%	.055	39%	56%	.224
Conductas autolesivas / autolíticas	64%	32%	.014*	21%	32%	.384
Inestabilidad afectiva	78%	44%	.007**	50%	48%	.884
Sentimientos crónicos de vacío	64%	36%	.032*	36%	40%	.783
Ira inapropiada e intensa	92%	76%	.090	57%	76%	.148
Ideación paranoide	67%	36%	.018**	43%	40%	.883

a. U de Mann-Whitney

b. Chi-cuadrado

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Tabla 3. Tamaño del efecto pre-post mediante la *d* de Cohen.

	GE			GC		
	Pre TIE	Post TIE	<i>d</i>	Pre TH	Post TH	<i>d</i>
Sintomatología TLP total	6,33	3,39	1.218***	4,44	4,64	0.203
Satisfacción Vital	3,83	4,96	0.664**	4,56	4,72	0.145
Atención Emocional	25,21	26,23	0.053	27,88	28,56	0.140
Claridad Emocional	22,65	25,69	0.454*	27,84	26,56	0.197
Reparación Emocional	24,15	27,00	0.430*	27,12	26,36	0.081

* Tamaño del efecto pequeño; ** Tamaño del efecto moderado; *** Tamaño del efecto grande.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que la psicoterapia breve basada en el desarrollo de la IE en menores institucionalizados tiene efectos positivos, y clínicamente significativos en la sintomatología asociada al TLP, así como en la satisfacción vital de los pacientes, mientras que la TH no los produce.

Dado que, a día de hoy, este es el primer estudio de la aplicación de una psicoterapia basada en el desarrollo de la IE en menores institucionalizados, no podemos comparar nuestros resultados con los de otras investigaciones. De igual forma, tampoco podemos comparar nuestros resultados a otras investigaciones que hayan aplicado una psicoterapia manualizada en menores institucionalizados. En nuestro caso, hubiese sido interesante poder comparar nuestros resultados con algún estudio que aplicara la Terapia Dialéctica Conductual, la psicoterapia más utilizada y más validada hasta la fecha en el tratamiento del TLP en menores institucionalizados. Las investigaciones presentes hasta la fecha se limitan al estudio de las características psicológicas de dicha población y, en algunos casos, al estudio de la aplicación de intervenciones basadas en el desarrollo de habilidades sociales por parte de los educadores sociales de los centros en cuestión, lo que vendría a corresponder en el mejor de los casos al tratamiento habitual de nuestra investigación (Burgal, Segura, Fernández-Puig & Sánchez-Matas, 2019).

Los análisis de las diferencias pre-post de la TIE en el TLP, síntoma a síntoma, mostraron diferencias significativas de la intervención en este trastorno. Del total de 9 síntomas contemplados en el DSM-IV, 8 mejoraron de manera significativa con la TIE+TH, mientras que el TH por sí solo no obtuvo mejorías significativas en ninguno de ellos. Hay que recalcar que solo dos síntomas, “Ira Inapropiada” e “Inestabilidad afectiva”, estuvieron presente en más de la mitad de la muestra (57% y 50 % respectivamente) tras la aplicación de la TIE+TH.

Debemos recordar que pre intervención, los 9 síntomas estaban presentes, de media, en más de la mitad de la muestra. No obstante, se debe señalar el hecho que, previamente a la intervención, el 92% de los adolescentes del GE presentaban el síntoma “Ira Inapropiada” y el 78% presentaban “Inestabilidad Afectiva”, También se puso de manifiesto en otras investigaciones en esta población y que corrobora el hecho de la gran presencia de ira inapropiada y comportamientos agresivos como patrón de conducta predominante (Anckarsäter et al., 2007; Ayaz et al., 2011; Frago, Rueda & Benítez, 2012).

Respecto a la IE autopercebida, medida con el TMMS-24, el GC no obtuvo mejorías significativas en ninguna de las tres escalas, mientras que el GE presentó mejorías significativas en la escala de Claridad Emocional autopercebida. Hay que remarcar que la escala de Reparación no obtuvo mejorías significativas con TIE+TH por muy poco (.054). Estos resultados pueden compararse con otra investigación (Lizeretti, 2009) en la que se aplicó la TIE en trastornos de ansiedad y donde los pacientes presentaron mejorías en las puntuaciones de estas dos escalas. Hay que señalar el importante hecho de que, de las tres escalas, la escala de Atención es la única en la que no es recomendable obtener una puntuación muy alta, tal y como menciona el propio TMMS-24, y como se puso de relieve en otras investigaciones (Mennin, Heimberg, Turk & Fresco, 2005; Extremera & Fernández-Berrocal, 2006; Lizeretti & Extremera, 2011; Lizeretti, Extremera & Rodríguez, 2012). Una excesiva atención emocional, por encima de 33, tendería a producir mayor ansiedad y malestar emocional. Por otro lado, hay que añadir que las puntuaciones del TMMS-24 en el GC estaban todas dentro del rango de la adecuación pre TH, post TH, pre THIE+TH y post TIE+TH, es decir, en todas las fases de la investigación. Sin embargo, el GE presentaba ligeros déficits de claridad y reparación emocional autopercebida en la fase pre TIE+TH. Así pues, en este aspecto, los resultados de nuestro estudio ponen de manifiesto que la TIE no solo aumenta la percepción de Clari-

dad, y posiblemente también de Reparación Emocional, sino que enseñaría a los individuos tratados a prestar atención a sus emociones de manera justa y adecuada, ni excesiva ni deficiente.

Paralelamente, los datos sobre las diferencias intergrupales, expuestos en la Tabla 2, ponen de manifiesto un importante contratiempo para la interpretación de los resultados de esta investigación. Esto es el hecho que, a nivel basal, pre intervención, el GC presentaba mejores puntuaciones en todas las escalas. La más notable es en sintomatología TLP, donde el GC presentaba de manera muy significativa menos sintomatología borderline que el GE. Las consecuencias de esto son que, a nivel post intervención, solo se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en una sola variable, Sintomatología TLP total. No obstante, puesto que el GC partía de una significativamente mejor puntuación que el GE pre-intervención, el hecho de que post-intervención el GE presente mejor puntuación que el GC da cierta validez al impacto positivo que tiene la TIE en el TLP. Nótese que, en el GE, el número de síntomas totales presentes del TLP se reduce en un 50% prácticamente, pasando de una media de 6,33 a 3,39.

Por último, el tamaño de efecto de las intervenciones, expuesto en la Tabla 3, muestra como la TIE tuvo un importante impacto en la mejoría de la sintomatología borderline, así como un impacto moderado en la satisfacción vital y leve en claridad y reparación emocional. Por su parte, la TH no tuvo efecto alguno en ninguna de las variables. Esto vendría a reforzar la hipótesis de que, en este estudio, la TIE tuvo realmente un impacto importante, y muy positivo, en la salud mental de los adolescentes tratados, y más concretamente en sintomatología asociada al TLP.

Todos estos hallazgos vienen a confirmar parcialmente los resultados de un anterior estudio sobre la TIE (Lizeretti, 2009), en el que se demuestra su eficacia y la del modelo de desarrollo de la IE como eje fundamental para el bienestar psicológico. Paralelamente, respecto al TLP, el presente estudio pone de relieve el hecho de que es en efecto posible obtener mejorías significativas en la sintomatología de este trastorno con una intervención breve y basada en el desarrollo de la IE, como se puso de relieve en una revisión sistemática sobre los tratamientos psicoterapéuticos más utilizados en el TLP (Burgal & Lizeretti, 2017). Hasta día de hoy las intervenciones para este trastorno se han focalizado en una perspectiva o bien psicodinámica o bien cognitiva-conductual. Los resultados de esta investigación muestran el impacto y el potencial de una intervención psicoterapéutica basada en el desarrollo de la IE. Con todo, recalcar que en este estudio

los participantes eran adolescentes de entre 13 y 17 años, mientras que las investigaciones precedentes estudiaron la eficacia de diferentes psicoterapias en el TLP en población adulta. Con todo, estos resultados subrayan la enorme importancia que tiene la intervención temprana, en este caso sobre el desarrollo del TLP, y posiblemente en otros trastornos de la personalidad. Intervenir psicoterapéuticamente con premura, y en las primeras fases de un trastorno como el TLP, incluso en casos tan graves como es el de los adolescentes que componen esta muestra, puede implicar un cambio radical y una mejoría muy significativa en su bienestar.

Finalmente, señalar que esta investigación presenta una serie de limitaciones. Una primera limitación es el hecho de que se mide la Inteligencia Emocional autopercebida, y no la IE objetiva. Por otro lado, el reducido tamaño de la muestra, debido a las características de la población investigada, supone un importante contratiempo a la hora de dar relevancia a los resultados obtenidos. Posiblemente una muestra mayor hubiera dado unos resultados más reveladores.

Sin desmerecer los resultados obtenidos, otra limitación está relacionada con el riesgo de trabajar con muestras pequeñas asignadas a dos centros diversos. Se trata de una población de adolescentes institucionalizados, lo cual plantea interrogantes nada despreciables acerca del tipo de medidas de intervención: el estilo educativo, la calidad relacional o la metodología de trabajo, por hablar de temas relevantes que deben influir en el desarrollo psicosocial de los menores.

En futuras investigaciones, sería interesante comparar los resultados de tipos de intervención que se utilizan en centros diversos que atienden a menores. Hay diversidad de factores institucionales que, además del método, pueden influir en la eficacia de la intervención. Cuestiones como la localización del centro, las características arquitectónicas como el tamaño del edificio, la ratio de niños por metro cuadrado o por habitación o el número de educadores por niño, pueden ser factores relevantes, y también el factor humano, es decir, el estilo educativo de los profesionales. No menos importante sería el rol del director del centro, fundamental en la toma de decisión sobre el personal y los protocolos de intervención. También, otros aspectos que pueden estar relacionados con la posibilidad de mejorar la calidad de vida y el bienestar de dichos menores.

Respecto a la metodología de evaluación de la IE, sería importante desarrollar un instrumento objetivo, práctico y asumible para una población de estas características. En un principio se intentó administrar el MSCEIT (Mayer, Salovey, Caruso & Sitarenios,

2005), el único test de IE objetiva que existe actualmente. No obstante, su administración fracasó debido a ser poco práctica su administración.

En relación a la TIE, si bien los resultados parecen indicar que funciona muy bien en sintomatología asociada al TLP y que fomenta la satisfacción vital, nuestro objetivo era abrir el abanico en relación a las intervenciones que pueden aplicarse. Consideramos que en la práctica clínica es importante la integración y, con esta investigación se propone una nueva manera de tratar según qué problemáticas psicológicas. También creemos que puede ser interesante integrar la TIE y la práctica del Mindfulness. Dado que se ha demostrado la eficacia de la práctica del Mindfulness en TLP (Linehan, 1993; Wupperman, Neumann, Whitman & Axelrod, 2009; Soler et al., 2012), la integración de ambos modelos puede ser una posibilidad, y por supuesto sería necesario investigar sus efectos. La TIE se ha mostrado eficaz en la mejoría de la sintomatología TLP y la satisfacción vital de los adolescentes institucionalizados en CRAEs, mientras que no ha sido así el tratamiento habitual. Por este motivo, en el trabajo con menores institucionalizados, generalmente con muy elevada sintomatología *borderline* esta intervención breve basada en el desarrollo de las habilidades emocionales, podría ser una alternativa interesante. Esto nos lleva a recomendar su aplicación en este colectivo, como mejor que un tipo genérico de intervención.

Referencias Bibliográficas:

- American Psychiatric Association (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición, texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson (original Washington DC: APA).
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed. --). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Anckarsäter, H., Nilsson, T., Ståhlberg, O., Gustafson, M., Saury, J.-M., Råstam, M., & Gillberg, C. (2007). Prevalence and configurations of mental disorders among institutionalized adolescents. *Developmental Neurorehabilitation, 10*(1), 57–65.
- Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and

- borderline* personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(1), 37–42.
- Ayaz, M., Ayaz, A. B., Basgul, S. S., Karakaya, I., Sismanlar, S. G., Yar, A., ... Dikmen, S. (2011). Prevalence of Mental Disorders and Associated Factors in 3-5 Years Institutionalized Children. *Turkish Journal of Psychiatry*, 23 (2), 82-88.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of *borderline* personality disorder: a randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563–1569.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., ... Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158(2), 295-302.
- Bornovalova, M. A., Gratz, K. L., Daughters, S. B., Nick, B., Delaney-Brumsey, A., Lynch, T.R., Kosson, D., & Lejuez, C.W. (2007). A multimodal assessment of the relationship between emotion dysregulation and *borderline* personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *Journal of Psychiatric Research* 42(9), 717–726.
- Burgal, F., & Lizeretti, N. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 148-156.
- Compas, B. E., Orosan, P. G., & Grant, K. E. (1993). Adolescent stress and coping: implications for psychopathology during adolescence. *Journal of Adolescence*, 16(3), 331–349.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., Mccutcheon, L. K., Jovev, M., Yuen, H. P., Germano, D., ... McGorry, P. D. (2008). Early intervention for adolescents with *borderline* personality disorder using cognitive analytic therapy: randomized controlled trial. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 193(6), 447–84.
- Downey, L., Johnston, P., Hansen, K., Schembri, R., Stough, C., Tuckwell, V., et al. (2008). The relationship between emotional intelligence and depression in a clinical sample. *European Journal of Psychiatry* 22(2),93–98.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports* 94(3),751–755.

- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., & Benjamin L. S. (1997). *SCID-II Personality Questionnaire*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fossati, A., Gratz, K. L., Somma, A., Maffei, C., & Borroni, S. (2015). The Mediating Role of Emotion Dysregulation in the Relations Between Childhood Trauma History and Adult Attachment and *Borderline* Personality Disorder Features: A Study of Italian Nonclinical Participants. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 1–24.
- Freud, A. (1980). *El yo y los mecanismos de defensa*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Gardner, K. J., Qualter, P., & Tremblay, R. (2010). Emotional functioning of individuals with *borderline* personality traits in a nonclinical population. *Psychiatry Research*, 176(2–3), 208–212.
- Hertel, J., Schütz, A., & Lammers, C. H. (2009). Emotional intelligence and mental disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 65(9), 942–954.
- Holder, M. K., & Blaustein, J. D. (2014). Puberty and adolescence as a time of vulnerability to stressors that alter neurobehavioral processes. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(1), 89–110.
- Jacobs, M., Snow, J., Geraci M., et al., (2008). Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1487–1495.
- Jahangard, L., Haghghi, M., Bajoghli, H., Ahmadpanah, M., Ghaleiha, A., Zarrabian, M. K., & Brand, S. (2012). Training emotional intelligence improves both emotional intelligence and depressive symptoms in inpatients with *borderline* personality disorder and depression. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 16(3), 197–204.
- Kee, S., Horan, P., Salovey P., et al., (2009). Emotional intelligence in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 107(1), 61–68.
- Kremers, I. P., Van Giezen, a. E., Van der Does, a. J. W., Van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2007). Memory of childhood trauma before and after long-term psychological treatment of *borderline* personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(1), 1–10.
- Lehman, (1988). Quality of Life Interview-Short Versión (QOL). (Traducción española Bobes, González & Wallace, 1993).

- Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M., & Bohus, M. (2004). *Borderline personality disorder. Lancet*, 364, 453–461.
- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: Implications for the treatment of substance abuse. *NIDA research monograph series: Behavior treatments for drug abuse and dependence*. 201-215.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E., (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal *borderline* patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 971-974.
- Lizeretti, N., P. (2009). *Tratamiento de los trastornos de ansiedad: Diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la Inteligencia Emocional* (tesis doctoral). Universitat Ram3n Llull, Barcelona, Espa1a.
- Lizeretti, N. P. (2012). *Terapia basada en inteligencia emocional*. Barcelona, Espa1a: Editorial Milenio.
- Lizeretti, N. P., & Extremera, N. (2011). Emotional intelligence and clinical symptoms in outpatients with Generalized Anxiety Disorder (GAD), *Psychiatric Quarterly*, 82(3), 253–260.
- Lizeretti, N. P., Extremera, N. & Rodr3guez, A. (2012). Perceived emotional intelligence and clinical symptoms in outpatients with mental disorders. *Psychiatry Quarterly*, 83(4), 407–418.
- Lizeretti, N. P., & Rodr3guez, A. (2012). Perceived emotional intelligence in patients diagnosed with panic disorder with agoraphobia. *Anxiety and Stress*, 18(1), 43–53.
- Lizeretti, N. P., V1azquez-Costa, M., & Gimeno-Bay3n, A. (2014). Emotional Intelligence and Personality in Anxiety Disorders. *Advances in Psychiatry*, 132, 492–496.
- L3pez-Romero, L., G3mez-Fraguela, J. A., & Romero, E. (2015). Assessing callous-unemotional traits in a Spanish sample of institutionalized youths: The Inventory of Callous-Unemotional traits. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(3), 392–406.
- Mart3n-Blanco, A., Ferrer, M., Soler, J., et al., (2015). The role of hypothalamus–pituitary–adrenal genes and childhood trauma in *borderline* personality disorder.

- der. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 266 (4), 307-316.
- Mayer J. D., & Salovey P. What is emotional intelligence? In *Emotional Development and Emotional Intelligence Educational Implications*, P. Salovey and D. J. Sluyter, Eds., pp.3–31, Basic Books, New York, NY, USA, 1997.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. & Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*, 3(1), 97-105.
- Meltzer, H., Gatward, R., Corbin, T., Goodman, R., Ford, T. (2003). The mental health of young people looked after by local authorities in England. London: The Stationary Office.
- Millon, T., Millon, C. y Davis, R. (1993). MACI Manual. Millon Adolescent Clinical Inventory. Minneapolis: National Computer Systems.
- Nicol, K., Pope, M., Romaniuk, L., & Hall, J. (2015). Childhood trauma, midbrain activation and psychotic symptoms in *borderline* personality disorder. *Translational Psychiatry*, 5(5), e559.
- Perna, G., Menotti, R., Borriello, G., Cavedini, P., Bellodi, L. & Caldirola, D. (2010). Emotional intelligence in panic disorder. *Rivista di Psichiatria*, 45(5), 320–325.
- Salovey, P., Stroud, L., Woolery, A., & Epel, E. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology and Health* 17(5),611–627.
- Schäfer, J. L., Dornelles, V. G., & Horta, R. L. (2016). *Borderline* personality disorder typical symptoms among Brazilian adolescents in a foster care institution. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 11(1), 13–23.
- Soler, J., Valdepérez, A., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Portella, M. J., ...Pérez, V. (2012). Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(2), 150-157.
- Tinoco, V., & Franco, M. H. P. (2011). O luto em instituições de abrigo de crianças. *Estudios de Psicologia*, 28(4), 427–434.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 50, 991–999.

- Wagner, A. W., & Linehan, M. M. (1994). Relationship Between Childhood Sexual Abuse and Topography of Parasuicide Among Women with *Borderline Personality Disorder*. *Journal of Personality Disorders*, 8(1), 1–9.
- Wupperman, P., Neumann, C. S., †; Whitman, J. B., & Axelrod, S. R. (2009). The role of Mindfulness in Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(10), 766-771.
- Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A., & Coid, J. (2007). Childhood institutional care and personality disorder traits in adulthood: findings from the British national surveys of psychiatric morbidity. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 77(1), 67–75.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., & Silk, K.R. (2004). Mental health service utilization by *borderline* personality disorder patients and axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(1), 28–36.

Capítulo 4

Discusión

Capítulo 4. Discusión

1. Consideraciones generales

La presente investigación consiste en un estudio sobre la efectividad de la aplicación del modelo de intervención de Terapia basada en Inteligencia Emocional sobre sintomatología limítrofe en menores tutelados. La novedad del proyecto es que se trata de evaluar una intervención basada en inteligencia emocional sobre Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) en una población de menores institucionalizados.

El TLP ha sido estudiado recientemente pero su relación con la Inteligencia Emocional, en cuanto a tratamiento o intervención psicoterapéutica, no acumula demasiados estudios. La mayoría de estudios que evalúan el impacto de un tratamiento en el TLP lo hacen en terapias centradas en los aspectos cognitivo-conductuales (Bohus et al., 2004; Linehan et al., 1991; Stigmayr et al., 2014; Turner, 2000; Verheul et al., 2003) o psicodinámicos (Bateman & Fonagy, 1999; Clarkin, Levy, Lezenwerger & Kernberg, 2007; Meares, Stevenson & Comerford, 1999), pero en este colectivo pocos o ningún estudio evalúa la eficacia de un tratamiento basada en el desarrollo de la Inteligencia Emocional.

En lo que al TLP respecta, los estudios a menudo se han centrado en el adulto, pero no en el adolescente, una fase considerada clave en el desarrollo de la personalidad. Así pues, esta investigación brinda substanciales aportaciones en relación al tratamiento del TLP en sus fases más tempranas.

Paralelamente, esta investigación aporta luz a la situación clínica que presentan los menores institucionalizados, colectivo que ha sido el centro de atención de este proyecto. Se ha llevado a cabo una investigación en menores institucionalizados para comprobar qué beneficios aporta a esta población una intervención psicoterapéutica manualizada.

Los estudios que integran esta tesis se centran pues en evaluar el impacto de una intervención psicoterapéutica breve, basada en el desarrollo de la Inteligencia Emocional, en menores institucionalizados. Con el objetivo de no alterar el funcionamiento de los CRAEs, ni los horarios de los propios menores, se optó por un muestreo por convenien-

cia. Se intervino en todos los centros que solicitaron la intervención, y la asignación de los respectivos terapeutas se realizó en función de la localización del lugar de intervención, horarios y número de grupos de terapia ya realizados en el transcurso del proyecto.

Los participantes de ambos grupos de intervención, experimental y control, realizaron el mismo número de sesiones de terapia. La única diferencia entre ellos fue que los miembros del grupo control cumplieron los test una vez más que los del grupo experimental.

Por otro lado, para ser incluido dentro de la muestra analizada se consideró que un participante debía de asistir al 75% de las sesiones de terapia. Se contaba como ausencia cuando la persona no asistía a una sesión, llegaba excesivamente tarde o se iba excesivamente temprano. Las razones por las que un participante faltaba eran de lo más variopintas, pero normalmente tenían que ver con visitas familiares al centro, exámenes que tenían que estudiar, deberes del colegio, etc. Mencionar que, en todos los centros, tanto educadores como directores priorizaron la asistencia a la terapia por encima de cualquier cosa excepto visitas familiares, lo cual nos pareció muy razonable. Si tenían exámenes, los educadores procuraban que los participantes estudiaran o hicieran los deberes con antelación para poder asistir a la intervención.

En relación al diseño del estudio, se trata de un estudio cuasi-experimental con grupos no equivalentes, dado que la asignación de los participantes a los grupos experimental y de lista de espera no fue aleatoria. Tal y como se ha comentado en apartados anteriores, se decidió utilizar un grupo control en lista de espera, el cual recibió el mismo tratamiento y la misma intervención que el GE. Si bien es cierto que por razones metodológicas los datos post-TIE+TH del GC no fueron utilizados, quizás en un futuro podrían serlo. Lo importante es que tanto el GC como el GE se beneficiaron de la misma intervención; la única diferencia entre ambos grupos fue que el GC tuvo que contestar los test una vez más que el GE.

Al tratarse de menores institucionalizados en situación de riesgo y gran vulnerabilidad, por razones estrictamente éticas el diseño de la investigación difícilmente podía ser otro.

Un total de 61 adolescentes fueron distribuidos de manera no aleatoria a los grupos experimental y de lista de espera. En los dos grupos de intervención, GE (N=36) y GC (N=25). El GE tuvo 8 pérdidas entre la primera y segunda fase, es decir, durante el periodo de aplicación de la TIE: 4 de ellos no empezaron el tratamiento por diferentes

razones (cambio de horarios, cambio de centro o retenciones de última hora), 2 empezaron el tratamiento pero no lo concluyeron por un cambio de horarios, 1 empezó el tratamiento pero fue expulsado por presentar importantes rasgos psicopáticos y poner en riesgo el buen funcionamiento de la dinámica de grupo, y finalmente 1 de ellos no fue incluido en los resultados post-intervención ya que no había asistido a como mínimo el 75% de las sesiones. Así pues, como se puede constatar, la pérdida de muestra por razones ajenas a la investigación en sí es notable. Dado que no hay estudios parecidos con los que comparar dicha tasa de abandono, no podemos inferir si se trata de una tasa de abandono alta o baja. No obstante, teniendo en cuenta las características de la población investigada, creemos que la tasa de abandono ha sido baja o muy baja teniendo en cuenta el tipo de intervención que se llevó a cabo.

En relación al caso en que se decidió expulsar a un participante, la decisión fue tomada tras hablarlo con los educadores y el director del centro en cuestión y advertir al participante en tres sesiones consecutivas. Éste fue expulsado del grupo en la séptima sesión. El sujeto en cuestión presentaba rasgos psicopáticos incipientes que, a nuestro entender, suponían un problema para el buen desarrollo de la terapia y representaba incluso una amenaza para la salud emocional de los demás miembros del grupo. Uno de los puntos fuertes de la intervención es, ni más ni menos, comprender las emociones de otros para poder tener mejores relaciones y sentirse mejor con uno mismo y con los demás. No obstante, esto puede convertirse en un grave problema si la persona utiliza esta habilidad, trabajada en sesión, para manipular y hacer sentir mal a los demás.

Otro aspecto a tener en cuenta es que la intervención con la TIE fue realizada por un total de 6 psicólogos. En cada sesión siempre estuvo presente un terapeuta principal y un coterapeuta; todos los terapeutas principales estaban en posesión de, como mínimo, el título de Psicólogo General Sanitario, y todos los psicólogos sin excepción habían cursado o estaban cursando el Máster en *Inteligencia Emocional en el ámbito Clínico y Social*. Por tanto, todos los terapeutas y coterapeutas eran expertos en la aplicación de esta terapia o estaban en proceso de formación. En ese sentido, señalar la necesidad de contar con una buena formación para aplicar la intervención. Trabajar con las emociones ajenas es una herramienta y una manera poderosa para mejorar, pero a la vez puede implicar el causar un daño innecesario si no se sabe hacer correctamente.

En relación a la TIE, de manera resumida, es importante mencionar o comentar algunos aspectos que pueden ser interesantes para reflexionar. Antes de entrar en ello, debemos recalcar el hecho de que el conjunto del estudio realizado con esta tesis, si bien se centra en comprobar la eficacia del modelo TIE, se planea, además, valorar otros aspectos que pudieran ser observados en el transcurso de la intervención, más allá del modelo estrictamente. Como se ha mencionado en el marco teórico, la TIE es la única psicoterapia manualizada basada en el desarrollo de la Inteligencia Emocional, lo cual no quita que haya aspectos, tanto teóricos como prácticos, que puedan ser revisados, mejorados o ampliados. Ante todo, el método científico debe estar abierto a la revisión, el contraste y la mejora.

2. Discusión en relación a los estudios empíricos

Estudio 1

El artículo 1 pretende comparar las diferentes psicoterapias utilizadas para el tratamiento del TLP, con el objetivo de analizar qué intervenciones obtienen mejores resultados y por qué. Para ello se llevó cabo una revisión sistemática de las publicaciones realizadas desde 1990 en las principales bases de datos. Los resultados mostraron, por una parte, que las principales psicoterapias para el TLP eran la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia Basada en la Mentalización y la Terapia Basada en Esquemas entre otras y, por otra, que todas ellas eran eficaces. No obstante, hay que remarcar que, si bien cada una de dichas terapias era significativamente eficaz sobre diferentes problemáticas como el control de conductas autolíticas y autolesivas, algunos aspectos como la regulación emocional seguían resistiéndose en muchos casos. Paradójicamente, para un trastorno que la literatura considera mayoritariamente como un grave trastorno de las emociones, las principales intervenciones psicoterapéuticas utilizadas son de tipo cognitivo-conductual o psicodinámicas. No hay prácticamente ninguna investigación sobre una psicoterapia humanista que sea utilizada para el TLP, y mucho menos una psicoterapia basada en el desarrollo de las habilidades emocionales.

No es poco importante que el primer artículo nos sugiera que la eficacia de una psicoterapia varía enormemente en función de quién la lleva a cabo. A diferencia de los efectos del tratamiento farmacológico, las psicoterapias tienen efectos menos específicos, pero más completos y, entre otras características, varían significativamente en su eficacia en función de quién administra el tratamiento. Por ejemplo, los expertos en Terapia Dialéctica Conductual (TDC) obtenían resultados muy buenos con dicha terapia, pero cuando era llevada a cabo por expertos en Terapia Basada en la Transferencia (TBT), la TDC obtenía resultados muy pobres, muy por debajo de la TBT. Al mismo tiempo, la TBT ofrecía resultados muy mediocres cuando se llevaba a cabo por expertos en Terapia Basada en Esquemas. Recordemos que todos los que llevaron a cabo estas investigaciones eran psicólogos. Esto puede tener muchas explicaciones; proponemos que la explicación puede ser principalmente que la psicoterapia tan solo es una herramienta guía para canalizar en una dirección concreta las habilidades del psicólogo. En psicoterapia, y en investigación en psicología, es fundamental tener en cuenta el estilo y la conducta

del terapeuta. Un fármaco es eficaz cuando obtiene mejores resultados que el efecto placebo, provocado por la creencia del paciente de que lo están curando. En psicoterapia se da una alianza terapéutica, una alianza entre terapeuta y paciente, sostenida en el vínculo comunicativo de habla y escucha (Corbella & Botella, 2004). Los modelos de psicoterapias solo son marcos, más o menos precisos o concretos, que ayudan al psicólogo a orientar el diálogo con la persona que está sufriendo. Y es precisamente eso lo que hace que una misma psicoterapia pueda resultar muy útil o completamente inocua, todo depende de la persona que la esté utilizando y con quién la esté utilizando.

El estilo del terapeuta, comenzando por su propia persona, su personalidad y sus estrategias de comportamiento, sobre todo su estilo de comunicación, es importante. Defendemos un rol de “terapeuta centrado en la persona”, orientado a la escucha empática y con habilidades de congruencia y aceptación positiva incondicional (Rogers, 1961), que posea una gran capacidad para hacer aflorar las emociones más escondidas y reprimidas de las personas, y que sea capaz de saber reparar los sentimientos dolorosos de los demás. Ello sin menoscabo del dominio de técnicas más instrumentales, que tienen cabida en modelos de tipo conductual o cognitivo-conductual. Consideramos que el rol y las habilidades del psicoterapeuta es una variable fundamental en la intervención. Entendemos la psicoterapia como un marco de intervención donde el psicólogo orienta el diálogo con el paciente, y un diálogo es, ni más ni menos que palabras, simples palabras, que a su vez manifiestan un mundo de significación personal y subjetiva (Ellis, 2000; Greenberg, Rice & Elliot, 1993; Mahoney, 2005).

En línea con lo que comentamos, una línea futura de investigación sería avanzar en el papel de las habilidades o competencias comunicacionales del psicoterapeuta y profundizar en los factores comunes. Estos factores ya han sido objeto de investigación en el campo de la psicoterapia, (Corbella & Botella, 2004; Restrepo, 2008; Winkler, Cáceres, Fernández & Sahueza, 1989), pero sería interesante ampliar dicho estudio al ámbito de los adolescentes institucionalizados, en el que el contexto relacional entre profesionales y menores es absolutamente diverso al de la psicoterapia individual. Entre las sugerencias extraídas del tercer estudio presentado en la tesis, cobra relieve el papel del contexto terapéutico. La importancia de este contexto y las variables que lo conforman, ya fue señalado en su día por los investigadores del modelo de relación de ayuda (Carkhuff, 2014; Egan, 1976). Estaremos de acuerdo en considerar que el contexto conformado por una habitación confortable con dos sillas para dialogar es radicalmente diferente a un

entorno organizacional, con una cultura y un clima determinado, en un entorno grupal complejo y variable.

Resumiendo los últimos comentarios, no se trata tanto de comprobar qué modelo de psicoterapia es más eficaz, sino averiguar qué aportación específica aporta cada enfoque de trabajo, en función de cada una de las problemáticas abordadas. Esta es una propuesta de hacia dónde enfocar la investigación. Fundamentados en una perspectiva integradora de la psicoterapia, como evidente tendencia actual, el terapeuta, asumiendo sus preferencias y creencias, sin despreocuparse por aprender el manejo de nuevos planteamientos estratégicos ni técnicas eficaces, en función de los problemas a tratar, debe tener en cuenta tanto los aspectos epistemológicos como los metodológicos (Gimeno-Bayón y Rosal, 2020).

Estudio 2

El artículo 2 buscó analizar la presencia de TLP en una población de adolescentes institucionalizados, así como la relación entre IE autopercibida, satisfacción vital y sintomatología asociada al TLP. Pocos estudios han evaluado la Inteligencia Emocional (IE) en el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y menos aún en sus fases previas o iniciales, como sería la adolescencia. De igual forma, muy pocos estudios han valorado la prevalencia de este trastorno en adolescentes institucionalizados. Los resultados obtenidos indicaron una gran prevalencia de sintomatología *bordelinde* en menores institucionalizados, así como una correlación negativa entre Trastorno Límite de la Personalidad y satisfacción general con la vida. Estos datos vienen a corroborar resultados de anteriores investigaciones sobre el TLP, señalando este trastorno como una enorme fuente de sufrimiento (Bornovalova, 2007; Gardner, Qualter & Tremblay, 2010; Axelrod, Perepletchikova, Holtzman, & Sinha, 2011). No obstante, lo relevante en este estudio es la enorme presencia de TLP en una muestra tan concreta y específica. Teniendo en cuenta que los estudios previos nos indican la estrecha relación entre traumas en la infancia y TLP (Wagner & Linehan, 1994; Fossati et al., 2015; Martín-Blanco et al., 2015; Nicol, Pope, Romaniuk & Hall, 2015), no es de extrañar que los adolescentes en cuestión presenten una elevadísima sintomatología *borderline*. Recordemos que del total

de la muestra (N=61), solo una persona no había sufrido ningún tipo de abandono, abuso o maltrato por parte de sus principales figuras de apego.

Este hecho, que no es desconocido, nos lleva a reflexionar sobre la etiología de algunos trastornos de personalidad. En esta población, al tratarse de menores, se pone de diáfano manifiesto la relación existente entre la biografía humana y la estructuración de la personalidad. Los sucesos experimentados en las edades más tempranas pueden llegar a ser determinantes en la aparición de un trastorno de la personalidad. En su mayoría, estos menores han sido o bien abandonados, maltratados física y/o psicológicamente, denigrados o incluso abusados, o una combinación de todas las anteriores, por parte de las personas que, en la mente de dichos menores, se supone que debían ser quienes debían protegerlos de los males del mundo. Las terribles consecuencias se ponen de manifiesto. Estas consecuencias, además de graves, pueden llegar a ser irreversibles o, como mínimo, muy difíciles de revertir.

Estudio 3

Siguiendo el hilo argumental del segundo artículo, el siguiente paso fue ofrecer una intervención psicológica, validada empíricamente en pacientes psiquiátricos, que pudiese ofrecer con un mínimo de garantías un tratamiento psicológico útil y eficaz a dichos menores. Debemos recalcar el hecho de que la terapia debía de estar previamente manualizada y validada, puesto que, por razones éticas, consideramos que los menores institucionalizados no son la muestra adecuada para poner a prueba tratamientos que no han sido validados ni puestos a prueba previamente. Por otra parte, debemos recordar que, hasta la fecha, como mínimo en España, no se ha llevado a cabo con este colectivo ninguna investigación que aplique una psicoterapia validada empíricamente y, por lo tanto, cualquier intervención psicoterapéutica partía de la base que no tenía ninguna otra intervención similar con la que compararse.

El principal objetivo del tercer estudio fue investigar la eficacia de la Terapia basada en el desarrollo de la Inteligencia Emocional (TIE) en una muestra de adolescentes institucionalizados y, más concretamente, el impacto que tendría en la sintomatología borderline y la satisfacción vital de estos. Por las razones que se han comentado varias ve-

ces con anterioridad, se escogió esta terapia ya que es la única psicoterapia basada en el desarrollo de la IE de manera específica. Y, también como se ha señalado en el marco teórico, dada la importancia que consideramos que tiene la IE en la salud mental en general, así como en el TLP, se consideró una terapia muy adecuada para esta población. La TIE ya había sido validada empíricamente en pacientes con trastornos de ansiedad y, no menos importante, es una terapia breve que pudo ser incluso abreviada aún más, pasando de las 24 sesiones expuestas en el manual a 16 sesiones, lo cual es un requisito indispensable para este tipo de población. Por un lado, garantiza que la casi totalidad de la muestra pueda concluir el tratamiento y, también, si los resultados llegaran a ser satisfactorios, permitiría ofrecer a las instituciones un tratamiento tan eficaz como eficiente que no supusiera un enorme coste económico. No es lo mismo conseguir un efecto positivo en 16 sesiones que en 160 sesiones, las utilizadas por ejemplo en investigaciones con la TDC (Lineahan et al., 1991; Linehan, Heard & Armstrong, 1993; Linehan et al., 2006; Lineahan et al., 2015) o la TBM (Bateman & Fonagy, 1999; Bateman & Fonagy, 2001; Bateman & Fonagy, 2008; Bateman & Fonagy, 2009).

Los resultados obtenidos mostraron una mejoría significativa en satisfacción vital y sintomatología borderline en los participantes del grupo TIE+TH, mientras que no hubo cambios significativos en el TH en ninguna de las variables estudiadas. Esto nos viene a confirmar parcialmente, por una parte, los resultados de un anterior estudio con la TIE (Lizeretti, 2009), en el que se demuestra su eficacia y la del modelo de desarrollo de la IE como eje fundamental para el bienestar psicológico. Por otro lado, respecto al TLP, el presente estudio pone de relieve que es posible obtener mejorías significativas en la sintomatología de este trastorno con una intervención breve y basada en el desarrollo de la IE. Tal y como se recoge en una revisión sistemática sobre los tratamientos psicoterapéuticos más utilizados en el TLP (Burgal & Lizeretti, 2017), el primer artículo de esta tesis, hasta día de hoy las intervenciones para este trastorno se han focalizado en una perspectiva o bien psicodinámica o bien cognitiva-conductual. Los resultados de la presente investigación muestran el impacto y el potencial de una intervención psicoterapéutica basada en el desarrollo de la IE, corroborando los resultados de múltiples investigaciones que sugieren la importancia de desarrollar las habilidades emocionales para mejorar los síntomas asociados al TLP (Axelrod, Perepletchikova, Holtzman & Sinha, 2011; Bornovalova et al., 2007; Gardner, Qualter & Tremblay, 2010; Lizeretti, Extremera & Rodríguez, 2012; Peter et al., 2013). A pesar de ello, hay que recalcar el hecho

de que, en nuestro estudio, los sujetos han sido adolescentes de entre 13 y 17 años lo cual matiza la constatación anterior, ya que las investigaciones anteriores sobre psicoterapias y TLP lo han sido en población adulta. Sin embargo, esto subraya la importancia que tiene la intervención temprana, en este caso sobre el desarrollo del TLP. Intervenir psicoterapéuticamente con premura, y en las primeras fases de un trastorno como es el TLP, incluso en casos tan graves como es el de los adolescentes que componen esta muestra, sería una hipótesis de trabajo futuro, que merecería nueva línea de investigación.

Paralelamente a los resultados empíricos, no podemos olvidar los resultados subjetivos. Aunque en el estudio no se han recogido, queremos mencionar aquí que, al tratarse de una intervención de campo, los educadores y directores de los respectivos centros aportaron opiniones y comentarios. En todos los casos, en todos y cada uno de los centros en los que se intervino, las opiniones fueron muy positivas y los profesionales se sorprendieron mucho por los resultados conseguidos en tan poco tiempo. Si nos ceñimos a lo que expresaron los educadores de estos centros, los resultados fueron más positivos que lo que reflejan los datos empíricos. Analizando los comentarios, se deben principalmente a dos factores. El primero es que los “test psicológicos” son siempre imperfectos porque pretenden aproximarse a una realidad difícil de abarcar y más difícil de medir de manera empírica. Y, en segundo lugar, tal y como se ha comentado en apartados anteriores, dichos menores, previamente a la intervención, se encontraban, a nuestro parecer, en un estado de negación de la realidad. Muchos de ellos negaban “estar mal” e incluso afirmaban que todo les iba perfecto y que la vida era maravillosa, aunque era obvio que estaban bajo un enorme sufrimiento psicológico. Este mecanismo de defensa no es de sorprender en estas circunstancias y no es nada nuevo que descubramos ahora. Cuando la realidad es tan dura que no se puede asumir, para sobrevivir, la mente se distancia de ella, la niega o la transforma (Freud, 1980). En cualquier caso, este mecanismo de defensa tiene una clara repercusión en los datos empíricos ya que, en los test de la fase pre, según nuestras observaciones, las puntuaciones distaban de la realidad de manera considerable. En cambio, en las puntuaciones post, las puntuaciones se acercaban más a lo que estos realmente sentían ya que buena parte de dichos mecanismos de defensa se habían ido diluyendo gracias a la intervención. Al final de la intervención terapéutica, los menores se veían capaces de afrontar emocionalmente muchas de las situaciones que les producían dolor y no negaban la realidad en la que vivían. Este es un

punto que consideramos muy relevante de esta intervención. Como es evidente, a pesar de haber querido incluir aquí esta reflexión, las informaciones no fueron recogidas sistemáticamente; pero se ha querido declarar porque sería una línea de futuro para ampliar la investigación.

Por otra parte, los resultados nos muestran la posibilidad real de llevar a cabo una intervención psicoterapéutica no solo eficaz sino también eficiente en menores institucionalizados. Este estudio no solo pone de relieve que dichos adolescentes mejoraron de manera significativa, sino que lo hicieron con una intervención de tan solo 16 sesiones grupales. Se trata de un colectivo bajo la tutela de las instituciones públicas con escasas posibilidades de acogerse a una intervención psicoterapéutica de larga duración, y allí el interés de estos resultados.

Tal y como se expone en numerosas ocasiones en el manual de tratamiento, “la TIE busca desarrollar y potenciar la inteligencia emocional, como una fuente de conocimiento natural, favoreciendo el crecimiento personal” (Lizeretti, 2012). En el sentido que nos hemos referido, un interrogante que se nos plantea al finalizar el estudio, es sobre el concepto de crecimiento personal (Fernández-Puig & Segura, 2020).

Por otro lado, basándose en modelo teórico en el que se fundamenta el modelo de intervención TIE, sus autores enfatizan centrarse en las emociones auténticas, como la única opción que permite el estado de equilibrio con uno mismo y con el entorno, lo que produciría un estado de bienestar (Lizeretti, 2012). Una observación que puede obtenerse de la aplicación del modelo con esta intervención es que la clave está en cómo ser capaz de regularse emocionalmente. De tal modo que esta evidencia nos lleva a contemplar el interés que puede tener, desde una perspectiva de intervención terapéutica integradora, las técnicas y estrategias terapéuticas que se proponga trabajar la regulación emocional.

3. Últimas aportaciones

Como último apartado de la discusión general de la tesis, una vez comentado y reflexionado sobre aspectos relevantes de los tres estudios que constituyen el cuerpo del trabajo, añadimos unas reflexiones sobre las posibilidades de complementar y enriquecer la metodología de intervención evaluada, que, como se planteó en la introducción, afecta fundamentalmente a la dimensión emocional de la persona.

Una alternativa complementaria a la metodología utilizada es la aportación del Mindfulness, llamada genéricamente, la meditación. Ha demostrado ser eficaz para controlar el estado ánimo. En este sentido, hay bastantes estudios sobre los beneficios del Mindfulness, incluso en relación al TLP, demostrando su eficacia a la hora de serenar el estado de ánimo (Linehan, 1993; Soler et al., 2012; Wupperman, Neumann, Whitman & Axelrod, 2009). Efectivamente, son técnicas que quieren centrarse únicamente en lo que está ocurriendo en el momento presente, sin juzgar ni hacer valoraciones subjetivas, tan solo tomando una actitud contemplativa, sin dejarse arrastrar por el flujo mental de ideas, pensamientos y emociones que a menudo asaltan nuestra mente y no nos dejan vivir en paz. El centrarse en el momento presente permite no estar reaccionando a sucesos pasados ni pensar de manera obsesiva en posibles acontecimientos futuros negativos y estresantes. En definitiva, el Mindfulness es una herramienta muy útil que permite el estado de equilibrio con uno mismo y con el entorno, la cual cosa produce a su vez un estado de bienestar. En esta línea argumental, algunos autores ya han propuesto la integración del Mindfulness con las técnicas basadas en IE, alegando que esto permitiría desarrollar mejor las habilidades específicas de la IE y disminuiría el abandono terapéutico de los participantes, especialmente en poblaciones jóvenes (Arias, Granados & Justo, 2010; Ramos & Hernández, 2008).

Así pues, si bien la TIE parece obtener buenos resultados en bienestar emocional, puede manejarse e integrarse con otros recursos terapéuticos complementarios. Recordando lo expuesto en apartados anteriores, el modelo TIE entiende el constructo IE, entre otras cosas, como una combinación de la Inteligencia Intrapersonal y la Inteligencia Interpersonal, definidas por Gardner (1983), pero deja de lado la Inteligencia Espiritual (IES). Consideramos que la IES es tan importante como la IE en lo que respecta el bienestar emocional de la persona. Por lo tanto, ya sea combinando IE con IES, o enten-

diéndolas por separado, es fundamental tener en cuenta el valor de la IES, es decir, la capacidad y la inquietud por comprender la realidad y hacerse preguntas sobre la vida, la muerte y la propia existencia. El significado sobre la vida y la muerte, la existencia de uno mismo en el universo, hacia dónde vamos o de dónde venimos, son cuestiones que tienen un importante peso, a nuestro modesto entender, sobre el bienestar de la persona.

En el sentido que estamos reflexionando, y en relación a la población investigada en esta tesis, preguntas como “¿de qué sirve vivir si solo existe sufrimiento?”, “¿cómo puedo confiar en las personas, si mis padres, que se supone que me quieren, me han tratado como si fuera basura?”, son cuestiones trascendentales que el psicólogo ha de saber gestionar, y las técnicas de regulación emocional propuestas por la TIE pueden no ser suficientes para ello. Dichas preguntas expuestas son algunas de las preguntas formuladas en terapia por muchos de los menores con los que se intervino en el transcurso de esta investigación. No hace falta decir que en la vida de muchos de ellos afirmaciones como “en la vida solo existe el sufrimiento” no son afirmaciones exageradas ni delirantes ni victimistas, más bien todo lo contrario. En la vida de muchos de ellos, de la mayoría de ellos, prácticamente solo ha habido sufrimiento, unos días más leve y otros no tanto. Saber responder a dichas cuestiones con aplomo, sinceridad, autenticidad y sabiduría requiere sin duda de una enorme inteligencia espiritual. En nuestro caso, la mayoría de las veces no había respuesta que dar, y la única respuesta posible era la escucha empática y ayudar a que la persona encuentre una respuesta por sí sola o con ayuda de los compañeros de terapia.

A nuestro entender, la inteligencia espiritual hace, por ejemplo, que ante unos mismos sucesos traumáticos unos niños consigan trascender su dolor mientras que otros no. Mientras unos viven dichos sucesos como “desgracias” que ocurren de manera azarosa, y los valoran como “bueno, he tenido mala suerte en esto, pero no es culpa mía, ya vendrán tiempos mejores”, otros valoran dichos traumas como algo fruto del destino o como algo insalvable de lo que no se puede escapar, o incluso como algo que se merecen. Una elevada inteligencia espiritual brinda a la persona la capacidad de trascender los sucesos y no darle más peso de lo que realmente tienen. De hecho, podríamos suponer que las personas espiritualmente inteligentes son, a nuestro humilde entender, aquellas que pueden llegar a trascender el dolor emocional porque trascienden su propia individualidad, se sienten una parte más del cosmos y, como pequeña parte de un todo infinito, tampoco es excesivamente importante lo que a ellos les ocurra.

La inteligencia espiritual nos traslada a la investigación aplicada desde el modelo de psicoterapia del análisis existencial, en su modalidad logoterapéutica, centrada en la búsqueda del Sentido Vital (Frankl, 1967), indicada para el tratamiento y estudio de las experiencias vitales de personas cuya vida ha transcurrido por situaciones difíciles y dolorosas (Kyung-Ah et al., 2009; Noguchi et al., 2006). La exploración y la ayuda para construir un sentido vital satisfactorio puede ser una interesante dimensión a promover en los jóvenes, sobre todo cuando sufren acontecimientos problemáticos, como así lo demuestran algunos estudios aplicando la Logoterapia, el método para desarrollar en Sentido Vital creado por Frankl (Segura, 2005; Visiers, Hadinger & Kurz, 2003).

En relación al potencial de cada persona, a veces imperceptible e impredecible, para superar situaciones extremadamente dolorosas, sería interesante complementar el valor de la dimensión espiritual o de sentido con las aportaciones científicas producidas recientemente en el campo de la resiliencia (Alvord & Grados, 2005; Zolkoski & Bullock, 2012). Es interesante destacar la posibilidad, de interés en el trabajo con jóvenes adolescentes, de una vía integrativa entre la logoterapia, o terapia del sentido, y la promoción de la resiliencia (Acevedo, 2002; Vanistendael, 2015).

4. Limitaciones

La presente investigación, y los estudios que de ella se derivan, cuenta con una serie de limitaciones. Es por ello que los resultados de esta tesis deben ser considerados con perspectiva y precaución, de forma a evitar conclusiones erróneas o generalizaciones engañosas.

En relación a la muestra, la primera limitación, y a nuestro entender la más importante, fue que los participantes que formaron parte del GC presentaban de manera general, un mejor estado psicológico de base que el GE. Al tratarse de una muestra tan pequeña, y ser un estudio cuasi-experimental, esto es algo que podía ocurrir. Los adolescentes que formaron parte del GC eran menores de dos centros en concreto que, desde un buen principio, ya transmitían sensaciones diferentes a los psicólogos respecto al resto de centros. La intención de esta investigación no fue en ningún momento valorar qué centros eran mejores que otros. No obstante, en vista de los resultados, debemos mencionar que la impresión subjetiva de los investigadores fue que, aquellos centros más grandes y abiertos, con más espacio, con menor contaminación acústica, mejor emplazamiento geográfico, tendían a ser centros más tranquilos. De igual forma, y no menos importante, no podemos olvidar el papel de los educadores y de los directores de los centros. A nuestro entender, aquellos centros donde los trabajadores tenían una relación más sana con los menores tendían a presentar un colectivo de menores más estables emocionalmente; menos impulsivos y reactivos, y más dialogantes, serenos y tranquilos. No obstante, insistimos que todo ello son solo impresiones que no están sustentadas con datos objetivos de ningún tipo. Lo que sí que es una realidad, y así lo demuestran los resultados, es que puede haber diferencias significativas entre diferentes centros. Esto es a la vez una limitación para nuestro estudio, pero un dato muy interesante a tener en cuenta para futuras intervenciones.

En relación a los instrumentos, si bien se administraron el MACI y el MSCEIT, tanto en fase pre-intervención como en la fase post-intervención, los datos derivados de ambos test no fueron utilizados para los estudios que se derivan de esta tesis. Las razones por las que se decidió no incluir finalmente dichas pruebas psicométricas se resumen al hecho de que una parte importante de la muestra cumplimentó los test de manera poco adecuada. A posteriori de realizar la aplicación de los test, se averiguó que tanto uno

como el otro fueron contestados por una parte importante de los adolescentes de manera superficial, con poca atención y a menudo de manera aleatoria. Había a menudo vacíos en las respuestas o respuestas hechas de manera azarosa. Esto invalidó completamente los resultados que se pudiesen derivar de dichos test, y se optó por prescindir de ellos. La principal razón por la que ocurrió lo mencionado con estos test, y no con otros, fue, a nuestro entender, que ambos requieren un tiempo de respuesta muy largo y demandan un exceso de concentración para la población investigada. Muy a menudo la realización del MSCEIT llevaba a muchos adolescentes casi dos horas de tiempo, todo un suplicio si tenemos en cuenta la carga de trabajo del colegio que los menores ya llevan encima, así como su poco interés inicial por contestar unas preguntas que, por muy bien justificado que se presentara por parte de los psicólogos, resultaban una carga extraordinaria para jóvenes cuya motivación era ínfima o nula. Recordemos que la realización de la totalidad de los test alcanzaba un mínimo de tres horas, es decir, dos sesiones de una hora y media y que, muy a menudo, se dejaban para realizar de una semana para otra e incluso en algunos casos se llegó a tardar un mes entero para entregar todos los test.

Bien es cierto que las dificultades y la incorrecta realización de ambos test se produjo en la fase pre-intervención y no tanto en el post. Eso se explica, a nuestro entender, por el hecho de que al finalizar la terapia el vínculo entre adolescentes y terapeutas era muy bueno y, por ende, cuando se pedía volver a cumplimentar las pruebas, los menores las realizaban con bastante más gusto, paciencia y dedicación que en la fase pre. El problema se concentró pues en la realización de los test en la fase pre en estos dos test. El resto de pruebas, dado que eran sencillas y de corta duración, fueron contestadas correctamente en todas las fases.

Todo ello supone una importante limitación para con las conclusiones de los estudios que se derivan de esta investigación. Al no disponer realmente de resultados sobre Inteligencia Emocional medida con un instrumento que mida habilidades, y no autopercepción, es difícil valorar realmente el papel de la Inteligencia Emocional tanto en el Trastorno Límite de la Personalidad, así como en la población de menores institucionalizados, y tampoco se pueden corroborar estudios previos sobre el impacto de la TIE sobre la IE objetiva.

Paralelamente, el hecho de no poder utilizar los resultados del MACI no supone una limitación tan importante como con el MSCEIT. No obstante, esto resta riqueza a los

estudios ya que la información que se hubiese podido extraer hubiese sido sin duda muy interesante.

Siguiendo con los instrumentos de medida, uno de los test que sí se aprovechó pero que obtuvo resultados poco concluyentes fue el TMMS-24. Si bien se puede considerar que es un instrumento muy práctico, sencillo y utilizable en todo tipo de colectivos, es un test un poco confuso, que puede a veces inducir al error. Esto se explica porque se utiliza una escala Likert a afirmaciones adjetivadas, en vez de afirmaciones neutras. Por ejemplo, la afirmación “A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones” debe valorarse del 1 al 5, desde un “nada de acuerdo” a un “totalmente de acuerdo”, pasando por un “bastante de acuerdo”. Dos personas que realmente dirían “a menudo me doy cuenta de mis sentimientos” podrían puntuar dicho ítem de manera diferente; uno podría poner un 5 “es muy cierto, a menudo me doy cuenta” y otra “puesto que solo me doy cuenta a menudo, pongo un 3”. Una solución muy simple a este problema podría ser poner ítems sin adjetivos o con preguntas, por ejemplo “¿En qué medida me doy cuenta de mis sentimientos?”, y puntuar del 1 al 5, siendo 1 “nunca” y 5 “siempre”. Como se ha podido comprobar en esta investigación, algo tan sencillo puede provocar resultados poco comprensibles y no siempre del todo ajustados a la realidad. En cualquier caso, y como se ha dicho anteriormente, todo instrumento puede ser mejorado y, a medida que avanzan las investigaciones, estos se van perfeccionando o creando otros nuevos y mejores.

Otro problema que plantea este test son sus escalas, especialmente la escala de Claridad y la de Reparación. La escala de Claridad mezcla lo que sería la “claridad emocional” con lo que sería “comprensión emocional”. El primer ítem de esta escala es “tengo claros mis sentimientos” y el último es “puedo llegar a comprender mis sentimientos”. El problema aquí es que, según el modelo de Salovey y Mayer, no es lo mismo saber lo que se siente y comprender lo que se siente. Uno puede saber muy bien que está triste, pero no comprender en absoluto por qué está triste. El TMMS-24 junta en la escala de Claridad ambos conceptos, algo que a nuestro entender no es muy práctico y lleva a confundir al investigador, que no puede discernir del cierto si la persona percibe que comprende o no lo que siente.

Siguiendo con el mismo test, la escala de Reparación también plantea sus problemas, mucho más importantes, ya que la mayoría de los ítems que expone como ejemplo de buena “reparación emocional” son a nuestro entender ejemplos de mala reparación

emocional. Por ejemplo, cuando se puntúa alto en los ítems 19 “cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida”, 20 “intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal” o 24 “cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo”, el TMMS-24 indica que la persona tiene muy buena reparación. Esto es contradictorio con el modelo de IE. Cuando uno se siente triste o enfadado, lo último que debe hacer es negar dichos sentimientos, deshacerse de ellos o intentar forzarse a sentirse bien. Cuando una persona está triste o enfadada debe utilizar estas emociones para comprender qué es lo que le está ocurriendo que le hace sentir mal y dirigir su energía para resolver un problema concreto, pero en ningún caso se debe ignorar o transformar la emoción auténtica en una que no tiene lugar en ese momento. Otro ítem que también plantea problemas es el 23 “tengo mucha energía cuando me siento feliz”. Este ítem infiere que cuanto más feliz se siente uno más energía desprende, lo cual no tiene por qué ser así. De hecho, la emoción que realmente puede estar asociada siempre a la energía es la rabia. Uno no se siente muy enfadado y a la vez relajado. No obstante, sí que se puede estar muy feliz y a la vez tranquilo y relajado. De hecho, un estado de paz y serenidad puede ser completamente opuesto al hecho de sentirse desbordante de energía. Sin embargo, este test plantea como correcto el hecho de que para sentirse feliz hay que sentirse con mucha energía.

Un factor que también ha podido hacer mella en los resultados y en las correctas interpretaciones de esta investigación es la deseabilidad social. Como se ha comentado anteriormente, y repetimos ahora, en la fase pre-intervención los menores no tenían ningún tipo de confianza ni vínculo con los terapeutas y, por lo tanto, su miedo a mostrarse tal y como eran realmente dificultaba que ofrecieran respuestas siempre sinceras en los test. Sin embargo, en la fase post-intervención, dicho vínculo era muy estrecho y estos se mostraban abiertos a reconocer sus dificultades. Este factor está muy ligado al de los mecanismos de defensa comentados previamente en este apartado. A nuestro entender, ambos factores son importantes a la hora de comprender el porqué de unas puntuaciones en la fase pre tan desviadas de la realidad. Si bien en las puntuaciones del SCID-II se ajustaban bastante bien a la realidad, ya que podían modificarse con el transcurso de las sesiones, las puntuaciones en satisfacción vital, e IE autopercebida estaban muy sesgadas por los mecanismos de defensa y la deseabilidad social.

Otra limitación que debemos mencionar es lo relacionado con la eventual medicación que estuviesen recibiendo los adolescentes con los que se intervino. En un principio, en

los dos primeros grupos que se llevaron a cabo, se intentó conocer si los sujetos tomaban algún tipo de medicación, no obstante, aquellos que sí tomaban algún medicamento, a menudo o casi siempre eran desconocedores de qué estaban tomando. No se recibieron concretos en ese sentido. Finalmente, dado que el conocer la medicación de los menores parecía suponer más un problema que una ayuda, se optó por dejar de lado el tema de la medicación en aras de no sobrecargar a los propios educadores, pero a expensas de información que podría haber sido interesante. No obstante, parece que la medicación estaba poco presente o nada presente, y solía ser para tratar problemas relacionados con el TDAH o problemas de tipo médico, que no emocional.

Finalmente, en relación al seguimiento, a pesar de que se llevó a cabo un seguimiento a los tres meses de haber realizado la TIE, tanto para el GC como el GE, los datos de dicho seguimiento no pudieron ser aprovechados. Esto se debe a varios factores. En primer lugar, dado que el seguimiento consistía en una sesión de una hora y media fijada en un día y hora con cada centro en cuestión, si aquel día faltaba un adolescente ya no se podía realizar la administración de test. El caso es que siempre faltaban un par de niños por grupo, por razones de diferente índole (actividad de algún tipo y de última hora, cambio de centro, visita con algún familiar, etc.).

Además, dado que era la última sesión y muy probablemente la última vez que estos menores vieran a sus respectivos psicólogos, y en vista que una parte de la muestra no podría ser aprovechada por ser aún más pequeña, se decidió priorizar esta última sesión para que los menores se sintieran a gusto, pudieran compartir sus vivencias y los psicólogos aprovecharon y se centraron en ayudar a estos menores más que en recoger datos. Esto llevó a que muchos de los test ni si quiera se hicieran ese día. Finalmente, el total de la muestra que realizó los test en el seguimiento fue demasiado pequeña.

Se hubiese podido ser más estricto y diligente en el seguimiento respecto a la administración de los instrumentos de medida, y seguramente dispondríamos de resultados de seguimiento a tres meses que, a pesar de que sería sobre una muestra que no llegaría a 20 en el GE, ya sería algo. No obstante, por razones éticas, y sobre todo por razón de prioridad, la ganancia que obtuvieron estos menores en esa última sesión de despedida fue mucho mayor que lo que hubiese sido si esta investigación hubiese dispuesto de dicho seguimiento de 20 casos. Al centrar la casi totalidad de esa última hora y media de sesión para hacer un verdadero trabajo de despedida y cierre, a pesar de que ya se había

realizado en la última sesión de tratamiento, fue algo que a esos menores les fue muy positivo. Estos estaban muy ilusionados de poder volver a ver a sus respectivos psicólogos, y creemos que hubiese sido bastante negativo para ellos volver a verlos después de tres meses para tan solo pasar unos test. Es evidente que se pueden hacer las dos cosas, y en muchos casos así se hizo, pero en según qué grupos esto no fue posible y se priorizó la interacción con los menores más que pasarles los test correctamente.

Sin embargo, no podemos olvidar los datos subjetivos y las impresiones personales de los psicólogos, de los educadores y de los directores. En ese sentido, tanto terapeutas como profesionales de los CRAEs en cuestión estuvieron de acuerdo que los cambios obtenidos por la intervención se mantenían a los tres meses, e incluso más. Es evidente que estas impresiones no son empíricamente tan valiosas como los resultados de unos test, pero nos dan indicios de que realmente existe una consistencia en los cambios creados por esta intervención.

Todas las limitaciones presentadas ejemplifican claramente la dificultad de la investigación en el campo de la psicología clínica y, en este caso más concreto, el de investigar en poblaciones de difícil acceso.

En cualquier caso, en esta tesis se han priorizado por encima de todo los aspectos éticos, y se ha dejado en un segundo plano aspectos como la metodología que, si bien son fundamentales en cualquier investigación, nunca deben pasar por encima de la ética. Y este principio debería aplicarse, a nuestro entender, con aún más rigor en poblaciones tan vulnerables como la tratada en esta investigación. Son las luces y las sombras de la investigación de campo, estrechamente ligada a las ganancias de la propia intervención, y creemos que, en este tipo de diseños, el valor y la relevancia de toda investigación, sobre todo la aplicada, no debe pasar por delante del primer objetivo de la ciencia: ayudar a la persona.

Además, y más concretamente en lo relacionado al método científico, tal y como recoge Feyerabend (2010) en su obra *“Against method”*, el método científico clásico está lejos de ser la única manera válida de adquirir conocimiento y no debe dogmatizarse de manera ciega y obtusa ningún método. De hecho, Feyerabend explica que querer entender la realidad solo a través de un único método dificulta la comprensión de la realidad.

5. Líneas de investigación futuras

A continuación se plantearán y discutirán potenciales líneas de investigación futuras que derivan de esta investigación y que podrían mejorar tanto la comprensión de las temáticas tratadas (TLP, IE, TIE, menores institucionalizados, etc.), así como la mejor intervención o aplicación de estas.

1) Ampliar el tamaño de la muestra sería un primer objetivo de cara a futuras investigaciones. En esta investigación, el reducido tamaño de la muestra ha causado bastantes problemas estadísticos que han enturbiado la interpretación de los resultados y las conclusiones que de ellos se derivaban. Así pues, sería interesante poder disponer de una muestra de, como mínimo, 50 personas por grupo. Por desgracia, hemos de recordar que se trata de una muestra de difícilísimo acceso y, por lo tanto, dicho objetivo, aunque pueda parecer fácil de conseguir, puede resultar inalcanzable un período de tiempo corto o medio. Además, como se ha visto en esta investigación, es sumamente importante poder intervenir en diferentes CRAEs, y cuantos más mejor, ya que un solo centro puede hacer que no haya homogeneidad en las varianzas a nivel basal.

2) En relación a las diferencias a nivel basal entre GE y GC que se han encontrado sería interesante llevar a cabo investigaciones que diluciden qué factores hacen que haya diferencias significativas entre unos centros y otros. Nuestras principales hipótesis al respecto giran en torno a dos factores principales; el factor humano y el factor estructural.

El factor humano serían las personas que trabajan con dichos menores, especialmente la filosofía o manera de hacer que se utiliza en cada uno de los centros. Nuestras impresiones al respecto son que, aquellos centros donde se daba mucho cariño, y este iba acompañado de límites, los niños estaban psicológicamente mejor. Además, el papel del director del centro es fundamental ya que, por lo observado, cuando éste estaba presente de manera afectiva con dichos menores las cosas funcionaban mejor. Y más importante aún, el director o subdirector puede representar para los niños alguien a quien acudir cuando un educador no tiene un trato adecuado con dichos menores. El director puede a veces hacer de mediador entre menor y educador.

Paralelamente, el factor estructural serían aquellos aspectos relacionados con las condiciones físicas del centro; ubicación, diseño arquitectónico, contaminación ambiental o acústica, etc. Por lo observado, los menores que residían en centros muy pequeños, que se ubicaban en Barcelona ciudad, presentaban mayor ansiedad que los que residían en zonas más residenciales, con mucho más espacio por niño y menos contaminación ambiental y acústica.

Unas y otras sugerencias se enriquecerían con los aspectos señalados anteriormente: introducir en este tipo de investigación, tan novedosas, variables como la Resiliencia, el Sentido vital, las habilidades y competencias de los profesionales y, especialmente, el papel de los Factores Comunes, en intervenciones realizadas en esta población y sus contextos institucionales.

Se planean estos aspectos como hipótesis futuras. Sería muy interesante explorar estos aspectos ya que podrían aportar información valiosa para decidir la adecuación de la intervención en función del tipo de centro y cómo habría que tratar a los menores.

3) En relación a los instrumentos de evaluación, las futuras investigaciones con la población de adolescentes institucionalizados deberían tener en cuenta la utilización de instrumentos sencillos, de respuesta breve; una batería de test que no requiera más de 30 minutos. Test como el MSCEIT o el MACI pueden ser útiles en casos concretos, pero utilizarlos de manera sistemática en una población de estas características no es viable por todas las razones expuestas en apartados anteriores.

4) Siguiendo con los instrumentos de medida, y más concretamente con los test de IE, proponemos la construcción de nuevos instrumentos, para evaluar la IE objetiva y la subjetiva. Como se ha dicho, el MSCEIT es poco práctico porque requiere más de dos horas, y a nuestro parecer también obsoleto porque, por ejemplo, plantea estímulos como “una marcha militar” como algo que debería provocar gran alegría en aquel que la observa. En la actualidad, en función de los contextos socioculturales, una marcha militar puede provocar miedo, rabia o tristeza, y no tiene por qué suscitar alegría. Respecto al TMMS-24, por todos aquellos aspectos planteados con anterioridad, creemos que es urgente crear un nuevo instrumento que mida de manera más precisa la percepción de la persona sobre sus habilidades emocionales.

En esta línea, como tarea postdoctoral, estamos trabajando en la construcción de un instrumento que denominamos “Test de Inteligencia Emocional Autopercibida”.

5) En relación a la incorporación de la técnica del Mindfulness en cualquier terapia que tenga como objetivo aumentar la inteligencia emocional o espiritual, o ambas, creemos que sería interesante realizar una investigación, en este o cualquier otro colectivo, que evalúe el impacto de dicha intervención. Por las razones expuestas en apartados anteriores, y tal y como sugieren algunos autores (Ramos & Hernández, 2008; Arias, Granados & Justo, 2010), creemos que, si se integra de manera adecuada la técnica del Mindfulness con las técnicas de la TIE, los resultados pueden ser tanto o mejores que la TIE por separado.

6) Finalmente, en referencia a lo apuntado en otro apartado, una dimensión de futuro en la cual explorar e investigar sería la que concierne a las variables estructurales de la propia intervención. En primer lugar, acerca de la mejora constante que debe procurarse en todo método de intervención, en este caso la TIE. Todo instrumento o método siempre puede y debe ser mejorado. Evidentemente, este aspecto no entraba ni mucho menos en los objetivos de esta investigación, pero no podemos dejar de mencionar que el objetivo de mejorar continuamente una estrategia humana no debe ser olvidado. En segundo lugar, sería conveniente analizar el funcionamiento de las variables de interacción social entre las personas que configuran la población, tradicionalmente conocidas como la “dinámica del grupo”, en este caso los adolescentes y jóvenes institucionalizados, para mejorar la influencia de dichas variables en los estados y características de las personas, y repercutir positivamente en la eficacia del método aplicado. Entre dichas variables se hallan preferentemente el papel de los profesionales, sus habilidades de liderazgo, sus competencias comunicacionales y especialmente las de conducción de grupos que cumplen las condiciones de esta población, tan propias y diversas en algunos aspectos respecto a otros grupos humanos de edades y características parecidas.

Capítulo 5

Conclusiones

Capítulo 5. Conclusiones

En este apartado presentamos finalmente las conclusiones de esta investigación en relación a los objetivos propuestos inicialmente, así como en referencia a aquellos aspectos que consideramos importantes pero que no estaban contemplados desde un principio.

El principal objetivo de esta investigación fue aplicar una intervención grupal basada en el desarrollo de la Inteligencia Emocional en adolescentes institucionalizados en CRAEs, y tutelados por la DGAIA, y valorar los resultados de dicha intervención en comparación a los resultados obtenidos por el tratamiento que reciben habitualmente dichos menores.

De manera más específica, los objetivos de esta investigación y sus respectivas hipótesis fueron las siguientes:

1. Evaluar psicológicamente a los menores institucionalizados. Concretamente, evaluar la presencia de sintomatología asociada al TLP, la satisfacción vital y la IE autopercebida.

Nuestra hipótesis al respecto fue que, a nivel basal, los menores institucionalizados presentarían elevada sintomatología borderline, baja satisfacción vital y poca IE autopercebida.

2. Aplicar la TIE en formato grupal en adolescentes institucionalizados de manera que estos puedan beneficiarse de una intervención psicoterapéutica que pueda ayudarles a sentirse mejor con ellos mismos y con el mundo. Con esta intervención, se buscó que dichos menores pudieran mejorar tanto a nivel afectivo como conductual y relacional, y que estas mejorías se expresaran a corto y medio plazo.

Nuestra hipótesis fue que la TIE obtendría buena adherencia al tratamiento, y los menores tratados se sentirían mejor con ellos mismos y con su entorno al finalizar el tratamiento.

3. Evaluar el impacto de la Terapia basada en Inteligencia Emocional, en términos de mejoría, a nivel de sintomatología borderline, satisfacción vital e IE autopercebida.

La hipótesis fue que el impacto de la TIE sobre los menores tratados podría observarse en un aumento de la satisfacción vital, un aumento de la Inteligencia Emocional y una disminución de la presencia de Trastorno Límite de la Personalidad y de su sintomatología en general.

4. Comparar la eficacia de la TIE en adolescentes institucionalizados en CRAEs respecto a la intervención habitual que estos reciben.

La hipótesis auguró que la intervención con la TIE obtendría mejores resultados en las variables mencionadas anteriormente respecto al tratamiento habitual que reciben dichos menores.

En relación a dichos objetivos y sus respectivas hipótesis, nuestras conclusiones son las siguientes:

1. A nivel basal, los menores institucionalizados presentaron una muy elevada presencia de sintomatología borderline, muy por encima de la media en población normal e incluso bastante por encima de lo que otros estudios en esta misma población han encontrado en otros países. Muchos de ellos, más de la mitad en la fase pre-intervención, podrían ser diagnosticados de TLP atendiendo a los criterios del DSM-IV o DSM-V.

En contrapartida, los niveles de satisfacción vital estaban dentro de la normalidad, lo que en este trabajo se ha inferido que podría ser debido a múltiples factores como la negación como mecanismo de defensa o la deseabilidad social.

Y respecto a la IE autopercebida, esta se encontraba en niveles adecuados a nivel basal. No obstante, las conclusiones que de ello se pueden derivar son muy limitadas. Como se ha comentado en este trabajo, no es lo mismo la IE subjetiva que objetiva y, además, las características del TMMS-24 plantean serios problemas.

2. La aplicación de la TIE tuvo una buena adherencia al tratamiento y los adolescentes tratados que finalizaron el tratamiento se sentían mejor de manera global.

3. El impacto de la TIE en las variables estudiadas fue significativo a nivel de satisfacción vital, muy significativo en sintomatología asociada al TLP pero poco significativo en IE autopercibida.

4. Mientras que la TIE obtuvo mejorías significativas en satisfacción vital y sintomatología borderline, el Tratamiento Habitual no obtuvo mejorías significativas en ninguna de las variables estudiadas.

A partir de aquí, las conclusiones que se derivan de todo lo anterior son múltiples. En primer lugar, podemos concluir de manera clara y nítida que los menores institucionalizados presentan una elevadísima sintomatología borderline y la prevalencia del TLP en este colectivo está muy por encima de lo normal, incluso por encima de lo que sería estadísticamente normal en población clínica. La razón de este fenómeno, como ya se ha expuesto repetidas veces, se debe a las características singulares de la muestra, cuyos sujetos presentan en una casi totalidad severos traumas en la infancia.

Y, en segundo lugar, podemos concluir que la TIE es una buena intervención para el tratamiento psicológico de menores institucionalizados, y un muy buen tratamiento para la reducción de la sintomatología borderline, al menos en sus fases más tempranas. Además, ésta se ha mostrado significativamente más eficaz que el Tratamiento Habitual que reciben dichos adolescentes.

Capítulo 6

Referencias

Capítulo 6. Referencias

- Abe, J. & Izard, C. (1999). The developmental functions of emotions: An analysis in terms of Differential Emotions Theory. *Cognition and Emotion*, 13(5), 523-549. <https://doi.org/10.1080/026999399379177>.
- Abraham, P. F. & Calabrese, J. R. (2008). Evidence-based pharmacologic treatment of borderline personality disorder: A shift from SSRIs to anticonvulsants and atypical antipsychotics? *Journal of Affective Disorders*, 111(1), 21–30. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.01.024>.
- Acevedo, G. (2002). Logoterapia y resiliencia. *Nous. Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 6, 23-40.
- Achenbach, T. & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and revised child behavior profile*. Burlington, VT: Thomas.
- Ader, R., Felten, D. L., & Cohen, N. (Eds.). (1991). *Psychoneuroimmunology* (2nd ed.). Academic Press.
- Alvord, M. K. & Grados, J. J. (2005). Enhancing Resilience in Children: A Proactive Approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(3), 238-245. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.3.238>.
- American Psychiatric Association (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1–52. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.1.1>.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición, texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson (original Washington DC: APA).
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed. --.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Anckarsäter, H., Nilsson, T., Stahlberg, O., Gustafson, M., Saury, J., ...Gillberg, C. (2007). Prevalences and configurations of mental disorders among institutionalized adolescents. *Developmental Neurorehabilitation*, 10(1), 57–65. <https://doi.org/10.1080/13638490600864157>.

- Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J. & Gómez-Benito, J. (2014). Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students. *Nurse Education Today*, 34(4), 520-525. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.001>.
- Argyle, M. (1992). *La Psicología de la felicidad*. Madrid: Alianza.
- Arias, M. F., Granados, M. S. & Justo, C. F. (2010). Efecto de un programa de entrenamiento en conciencia plena (Mindfulness) en la autoestima y la Inteligencia Emocional percibidas. *Psicología Conductual*, 18(2), 297-315.
- Armsden, G., Pecora, P., Payne, V. & Szatkiewicz, J. (2000). Children placed in long-term foster care: An intake profile using the Child Behavior Checklist/4-18. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8(1), 49-64. <https://doi.org/10.1177/106342660000800106>.
- Arnold, M. B. (1945). Physiological differentiation of emotional states. *Psychological Review*, 52, 35-48. <https://doi.org/10.1037/h0061746>.
- Arnold, M. B. (1950). *An excitatory theory of emotion*. En M.I. Reymert (Ed.), *Feelings and emotions: The mooseheart symposium in cooperation with the University of Chicago*. New York: McGraw-Hill.
- Arnold, M. B. (1960). *Emotion and Personality: Neurological and Psychological Aspects*. New York: Columbia University Press.
- Arnold, M. B. (1968). *The nature of emotion: Selected readings*. Baltimore: Penguin.
- Arnold, M. B. (1970). *Feelings and emotions: The Loyola symposium*. New York: Academic Press.
- Aspinwall, G., Richter, L. & Hoffman, R. (2001). Understanding how optimism works: an examination of optimists' adaptive moderation of belief and behavior. In H.S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 3, pp. 217-238). San Diego, CA: Academic. <https://doi.org/10.2174/1745017901006010025>.
- Averill, J. (1979). The functions of grief. En C. Izard (Ed.), *Emotions in Personality and Psychopathology* (pp. 75-93). New York: Springer.
- Avia, M. D. & Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The*

- American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(1), 37–42.
<https://doi.org/10.3109/00952990.2010.535582>.
- Ball, S. A., & Young, J. E. (1999). Dual Focus Schema Therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(1), 270–281. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(00\)80083-8](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80083-8).
- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563–1569. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 36–42. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.1.36>.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36–51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment As Usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631–638. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040636>.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355–1364. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>.
- Benavides, J. & Miranda, S. (2007). Actitud crítica hacia el castigo físico en niños víctimas de maltrato infantil. *Universitas Psychologica*, 6(2), 309-318.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., ... Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158(2), 295-302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.295>.

- Benjamin, L. S. (1996). *Interpersonal Diagnosis and Treatment for Personality Disorders*. New York: Guilford.
- Berkowitz, L. (1999). Anger. En T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion* (pp. 411-428). Chichester: Wiley.
- Berne, E. (1964). *Games people play: The psychology of human relationships*. N.York: Grove Press.
- Berne, E. (1985). *Análisis Transaccional en Psicoterapia*. Buenos Aires: Editorial Psique.
- Berne, E. (1995). *Juegos en los que participamos: psicología de las relaciones humanas*. México: Diana.
- Binks, C. A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C. E. & Duggan, C. (2006). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 25(1), CD005653. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005653>.
- Borke, H. (1971). Interpersonal perception of young children: egocentrism or empathy? *Developmental Psychology*, 5(2), 263-269. <https://doi.org/10.1037/h0031267>.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108).
- Bornovalova, M. A., Gratz, K. L., Daughters, S. B., Nick, B., Delaney-Brumsey, A., ...Lejuez, C.W. (2007). A multimodal assessment of the relationship between emotion dysregulation and *borderline* personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *Journal of Psychiatric Research* 42(9), 717–726. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.07.014>.
- Brackett, M. & Mayer, J. (2003). Convergent, Discriminant and Incremental Validity of Competing Measures of Emotional Intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(9), 1147-1158. <https://doi.org/10.1177/0146167203254596>.
- Bradley, S. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. Guilford Press, New York.
- Broad, K. D., Curley, J. P. & Keverne, E. B. (2006). Mother-infant Bonding and the Evolution of Mammalian Social Relationships. *Philosophical Transactions of*

- the Royal Society*, 361(1476), 2199-2214. <https://doi.org/10.1098/rstb.2006.1940>.
- Burgal, F., & Lizeretti, N. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 148-156. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2832>.
- Burgal, F., Segura, J., Fernández-Puig, V. & Sánchez-Matas, M. (2019). Trastorno Límite de la Personalidad e Inteligencia Emocional en adolescentes institucionalizados. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 19(2), 229-238.
- Carkhuff, R. (2014). *Human Generativity, Vol I: The Scientific Legacy*. HRD Press.
- Carrasco-Ortiz, M. A., Rodríguez-Testal, J. F. & Hesse, B. M. (2001). Problemas de conducta de una muestra de menores institucionalizados con antecedentes de maltrato. *Child Abuse & Neglect*, 25(6), 819-838. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00241-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00241-1).
- Casacuberta, D. S., Limomero, J. T. & Villamarín, F. C. (2003). *Motivació i emoció*. Barcelona: Editorial UOC.
- Cejudo, J., López-Delgado, M. L. & Rubio, M. J. (2016). Inteligencia emocional y resiliencia: su influencia en la satisfacción con la vida en estudiantes universitarios. *Anuario de Psicología*, 46(2), 51-57. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpsic.2016.07.001>.
- Chafos, V. H. & Economou, P. (2014). Beyond borderline personality disorder: The mindful brain. *Social Work*, 59(4), 297-302. <https://doi.org/10.1093/sw/swu030>.
- Ciarrochi, J., Chan, A. & Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31(7), 1105-1119. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00207-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00207-5).
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Cooper, R. & Sawaf, A. (1997). *Estrategia emocional para ejecutivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Corbella, S. & Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: Proceso, Resultado, y Factores Comunes*. Madrid: Vision Net.

- Damasio, A. R. (2000). A second chance for emotion. En R.D. Lane & L. Nadel (Eds.), *Cognitive Neuroscience of Emotion* (pp. 12-23). Nueva York: Oxford University Press.
- Darder, M. & Fernández-Puig, V. (2020). Psicoterapia Gestalt. En Segura, J. & Fernández-Puig, V., *Psicoterapias humanistas. Una mirada actual*, cap.5. Barcelona: UOC.
- Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., ...Palmer, S. (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: Results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *Journal of Personality Disorders*, 20(5), 450-465. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.5.450>.
- Damasio, A. R. (1994). *Descarte's error: Emotion, reason, and the human brain*. New York: Putnam.
- Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt.
- Damasio, A. R. (2010). *Self Comes to Mind*. Nueva York: Vintage Books.
- Damasio, A. R. (2018). *The Strange Order of Things*. Nueva York: Penguin Books.
- Darwin, C. (1984). *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*. Madrid: Alianza (edición original: 1872).
- DeCatanzaro, D. (2001). *Motivación y Emoción*. Méjico: Prentice Hall.
- Derks, Y. P., Westerhof, G. J. & Bohlmeijer, E. T. (2017). A meta-analysis on the association between emotional awareness and borderline personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 31(3), 362-384. https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_257.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3, 67-113.
- Diener, E. & Larsen, R. J. (1984). Temporal stability and cross-situational consistency of affective, behavioral, and cognitive responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(4), 871-883. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.47.4.871>.
- Di Fabio, A. & Saklofske, D. H. (2018). The contributions of personality and emotional intelligence to resilience. *Personality and Individual Differences*, 123, 140-144. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.11.012>.

- Di Fabio, A. & Saklofske, D.H. (2019). Positive Relational Management for Sustainable Development: Beyond Personality Traits-The Contribution of Emotional Intelligence. *Sustainability*, *11*, 330. <https://doi.org/10.3390/su11020330>.
- Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C., ... Wexler, B. E. (2003). Hyperreactivity in borderline personality disorder: Implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*, *54*(11), 1284-1293. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00636-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00636-X).
- Downey, L. A., Johnston, P. J., Hansen, K., Schembri, R., Stough, C., Tuckwell, V. & Schweitzer, I. (2008). The relationship between emotional intelligence and depression in a clinical sample. *European Journal of Psychiatry*, *22*(2), 93-98. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632008000200005>.
- Dozier, M. & Rutter, M. (2008). *Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive care*. En J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2a ed., pp. 698-717). New York: Guilford.
- Eapen, D. J. (2009). Institutionalized children: The underprivileged. *International Journal of Nursing Practice*, *15*(5), 349-352. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01785.x>.
- Ebner-Priemer, U., Kuo, J., Kleindienst, N., Welch, S., Reisch, T., ...Bohus, M. (2007). State affective instability in borderline personality disorder assessed by ambulatory monitoring. *Psychological Medicine*, *37*(7), 961-970. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009706>.
- Egan, G. (1976) *Laboratorio de relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Paidós.
- Ekman, P., & Davidson, R. J. (Eds.). (1994). *The nature of emotion: Fundamental questions*. Oxford University Press.
- Ellis, A. (2000). *Usted puede ser feliz. Terapia racional emotiva conductal para superar la ansiedad y depresión*. Barcelona: Paidós.
- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2004). Inteligencia emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios. *Clínica y Salud*, *15*(2), 117-137.
- Fernández-Abascal, E. G. (1995) (ed.) *Manual de Motivación y Emoción*. Madrid: Centro de Estudios Ramon Aceres.
- Fernández-Abascal, E. G., & Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.

- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. & Ramos, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en Psicología Social*, 1(5), 251-254.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Ramos, N. & Extremera, N. (2005). Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4, 1-15.
- Fernández-Castro, J., Doval, E., Edo, S., & Santiago, M. (1993). *L'estrés docente dels Mestres de catalunya*. Barcelona: Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya.
- Fernández-Daza, M. P. & Fernández-Parra, A. (2013). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 12(3), 797-810. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY12-3.pccp>.
- Fernández-Dols, J. M. (1994). Bases sociales de las emociones. En, Morales, et al. (eds.), *Psicología social*. Madrid: McGraw Hil. Cap.12.
- Fernández-Puig, V, & Segura, J. (2020). *Psicoterapias humanistas: principios básicos*. En: Segura, J. & Fernández-Puig, V. *Psicoterapias humanistas*. Barcelona : UOC. Cap. 1 (en prensa).
- Feyerabend, P. (2010). *Against method* (4th ed.). New York: Verso Books.
- Fiori, M. & Vesely-Maillefer, A.K. (2018). Emotional Intelligence as an Ability: Theory, Challenges, and New Directions. En: Keefer, K.V., Parker, J.D.A. & Saklofske, D.H. *Emotional Intelligence in Education. Integrating Research with Practice*. pp. 23-47. New York: Springer.
- Forés, A. y Granés, J. (2008). *La resiliencia. Crecer desde la adversidad*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Fossati, A., Gratz, K. L., Somma, A., Maffei, C., & Borroni, S. (2015). The Mediating Role of Emotion Dysregulation in the Relations Between Childhood Trauma History and Adult Attachment and *Borderline* Personality Disorder Features: A Study of Italian Nonclinical Participants. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 1–24. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_222.
- Frankl, V. E. (1976). Logotherapy and existentialism. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 4(3), 138-142.

- Frederickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden and build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>.
- Fredrickson, B. & Levenson, R. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardio-vascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12(2), 191- 220. <https://doi.org/10.1080/026999398379718>.
- Freud, A. (1980). *El yo y los mecanismos de defensa*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Fridja, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press, Maisons des Sciences de l'Homme.
- Fridja, N. H. (1993). The place of appraisal in emotion. *Cognition and emotion*. 7(2-3), 357-387. <https://doi.org/10.1080/02699939308409193>.
- Frijda, N. H. (1993). *Moods, emotion episodes, and emotions*. En M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (p. 381–403). Guilford Press.
- Fridja, N. H. (1994). Emotions are functional, most of the time. A:P. Ekman; R. J. Davidson (ed.). *The nature of emotion. Fundamental questions* (pág. 112-305). New York: Oxford University Press.
- Gadea, L. (2012). La resiliencia en niños institucionalizados y no institucionalizados. *Avances en Psicología*, 20(2), 79-90. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2012v20n2.321>.
- García-Andrade, A. (2019) Neurociencia de las emociones: la sociedad vista desde el individuo. Una aproximación a la vinculación sociología-neurociencia. *Sociológica*, 34, (96). versión On-line, ISSN 2007-8358.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Gardner, K. J., Qualter, P., & Tremblay, R. (2010). Emotional functioning of individuals with *borderline* personality traits in a nonclinical population. *Psychiatry Research*, 176(2–3), 208–212. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.08.001>.
- Ghera, M., Marshall, P., Fox, N., Zeanah, C., Nelson, C., ...Guthrie, D. (2009). The effects of foster care intervention on socially deprived institutionalized children's attention and positive affect: Results from the BEIP study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3), 246-253. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01954.x>.

- Gimeno-Bayón, A. (2002). *Comprendiendo como somos. Dimensiones de la personalidad* (5ª ed.). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Gimeno-Bayón A. y Rosal, R. (2020). *Psicoterapia integradora humanista*. En: Segura, J. y Fernández-Puig, V. (coords.) *Psicoterapias humanistas*. Barcelona: UOC. (en prensa).
- Goldsmith, H. H. (1994). Parsing the emotional domain from a developmental perspective. In R. J. Davidson & P. Ekman (Eds.). *The Nature of Emotion*. (pp. 68-73). New York: Oxford University Press.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Gómez-Romero, M. J., Limonero, J., Trallero, J. T., Montés-Hidalgo, J. & Tomás-Sábado, J. (2018). Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 18-23. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.007>.
- Gómez, E., Muñoz, M. & Santelices, M. (2008). Efectividad de las intervenciones en apego con infancia vulnerada y en riesgo social: un desafío prioritario para Chile. *Terapia Psicológica*, 26(2), 241-251. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000200010>.
- Greenberg, L. S., & Pavio, S. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(1), 3-16. <https://doi.org/10.1002/cpp.388>.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliot, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional: el proceso terapéutico punto por punto*. Barcelona: Paidós.
- Gribble, K. (2007). A model for caregiving of adopted children after institutionalization. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20(1), 14-26.
- Grinker, R., Werble, B. & Drye, R. C. (1968). *The Borderline syndrome*. New York: Basic books.
- Gross, J. & Muñoz, R. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151-164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>.
- Hansenne, M., Pitchot, W. & Ansseau, M. (2002). Serotonin, personality and borderline personality disorder. *Acta Neuropsychiatrica*, 14(2), 66-70. <https://doi.org/10.1034/j.1601-5215.2002.140203.x>.

- Harlow, H. (1958). The Nature of Love. *American Psychologist*, 13(12), 673-685.
- Harlow, H. & Zimmermann, R. (1959). Affectional Responses in the Infant Monkey. *Science*, 130(3373), 421-432. <https://doi.org/10.1126/science.130.3373.421>.
- Harned, M. S., Banawan, S. F. & Lynch, T. R. (2006). Dialectical Behavior Therapy: An Emotion-Focused Treatment for Borderline Personality Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 67-75. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9009-x>.
- Harned, M. S., Korslund, K. E. & Linehan, M.M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 55(1), 7–17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.008>.
- Hayes, S. C., Wilson, K., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>.
- Heard, H. L. & Linehan, M. M. (1994). Dialectical behavior therapy: An integrative approach to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4(1), 55–82. <https://doi.org/10.1037/h0101147>.
- Hertel, J., Schütz, A. & Lammers, C. (2009). Emotional intelligence and mental disorder. *Journal of clinical psychology*, 65(9), 942-954. <https://doi.org/10.1002/jclp.20597>.
- Hetlinger, C., Simpkins, C. & Combs, T. (2000). Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review*, 22(1), 55-73.
- Hobson, R. F. (1985). *Forms of Feeling: The Heart of Psychotherapy*. London: Tavistock.
- Isen, A. M. (1987). Positive affect, cognitive processes and social behavior. In L. Berkowitz (Ed.), *Affect, Cognition and Social Behavior* (Vol. 20, pp. 203-253). New York: Academic Press.
- Ison, M. & Morelato, G. (2008). Habilidades sociocognitivas en niños con conductas disruptivas y víctimas de maltrato. *Universitas Psychologica*, 7(2), 357-367.
- Izard, C. E. (1977). *Human Emotion*. New York: Plenum.

- Izard, C. E. (1989). The structure and functions of emotions: Implications for cognition, motivation, and personality. In I. S. Cohen (Ed.), *The G. Stanley Hall lecture series: Vol. 9. The G. Stanley Hall lecture series* (p. 39–73). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10090-002>.
- Izard, C. E. (1991). *The Psychology of Emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. E. (1993). Four systems for emotion activation: cognitive and non-cognitive processes. *Psychological Review*, *100*(1), 68-90. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.1.68>.
- Jacobs, M., Snow, J., Geraci, M., Vythillingam, M., Blair, R., ...Blair, K. S. (2008). Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorder*, *22*(8), 1487-1495. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.03.003>.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, *9*(34), 188-205. <https://doi.org/10.1093/mind/os-IX.34.188>.
- Janke, K., Driessen, M., Behnia, B., Wingenfeld, K. & Roepke, S. (2018). Emotional intelligence in patients with posttraumatic stress disorder, borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research*, *264*, 290-296. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.078>.
- Johnson, R., Browne, K. & Hamilton, C. (2006). Young children in institutional care at risk of harm. *Trauma, Violence & Abuse*, *7*(1), 34-60. <https://doi.org/10.1177/1524838005283696>.
- Kassel, J., Stroud, L. & Paronis, C. (2003). Smoking, stress, and negative affect: Correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychological Bulletin*, *129*(2), 270-304. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.270>.
- Kellogg, S. H. & Young, J. E. (2006). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(4), 445–458. <https://doi.org/10.1002/jclp.20240>.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, *61*, 121-140.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health. *Journal*

- of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 537–547.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.537>.
- Kjellander, C., Bongar, B., & King, A. (1998). Suicidality in borderline personality disorder. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 19(3), 125-135. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.19.3.125>.
- Kopp, C. & Neufeld, S. (2003). Emotional development during infancy, en Davidson, R. J., Scherer, K., & Goldsmith, H. H. (Eds.), *Handbook of affective sciences*. Oxford Press.
- Kreppner, J., O'Connor, T., Rutter, M. & The English and Romanian Adoptees Study Team. (2001). Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(6), 513-528. <https://doi.org/10.1023/a:1012229209190>.
- Kyung-Ah, K., Jae-Im, I., Hee-Su, K., Shin-Jeong, K., Mi-Kyung, S. & Songyong, S. (2009). The effect of logotherapy on the suffering, finding meaning, and spiritual, well-being of adolescents with terminal cancer. *Journal of Korean Academy of Child Health Nursing*, 15(2), 136-144. <https://doi.org/10.4094/jkachn.2009.15.2.136>.
- Landa, J. M., López-Zafra, E., de Antoñana, R. & Pulido, M. (2006). Perceived emotional intelligence and life satisfaction among university teachers. *Psicothema*, 18(1), 152-157.
- Lange, C. G. (1885). *The Emotions*. Baltimore, MD: William & Wilkins.
- Lazarus, R. S. (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37, 1019-1024. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.9.1019>.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., Averill, J. R., & Opton, E. M., Jr. (1970). *Toward a cognitive theory of emotions*. In M. Arnold (Ed.), *Feelings and emotions* (pp. 207-232). New York: Academic Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W. D. Gentry (Ed.). *The handbook of behavioral medicine* (pp. 282- 325). New York: Guilford.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1991). *The concept of coping*. In A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (p. 189–206). Columbia University

- ty Press. (Reprinted from "Stress, Appraisal, and Coping," New York: Springer Publishing Company, Inc, 1984.
- LeDoux, J. E. (1991). Emotions and the limbic system concept. *Concepts in Neuroscience*, 2, 169-199.
- LeDoux, J. E. (1993). Emotional networks in the brain. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (p. 109–118). Guilford Press.
- LeDoux, J. E. (2016) *Anxious. Using the Brain to Understand and Treat Fear and Anxiety*. New York: Penguin Books.
- Lehman, (1988). Quality of Life Interview-Short Versión (QOL). (Traducción española Bobes, González & Wallace, 1993).
- Leuner, B. (1966). Emotional Intelligence. *Praxis der kinderpsychologie und kinderpsychiatrie*, 15(6), 196-203.
- Leible, T. & Snell, W. (2004). Borderline Personality Disorder and Multiple Aspects of Emotional Intelligence. *Personality and Individual Differences*, 37(2), 393-404. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.09.011>.
- Levenson, R. (1999). The intrapersonal functions of emotion. *Cognition and Emotion*, 13(5), 481-504. <https://doi.org/10.1080/026999399379159>.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet* 364(9432), 453–461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6).
- Lieb, K., Völlm, B., Rucker, G., Timmer, A. & Stoffers, J. M. (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomized trials. *British Journal of Psychiatry*, 196(1), 4–12. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.062984>.
- Lieberknecht, J. & Dalbosco, D. (2007). Sintomas depressivos no contexto de institucionalização. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 305-314. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000300010>.
- Limonero, J. T. (2003). Emoció. En *Motivació i emoció* (151-258). Barcelona: Editorial UOC.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J. y Gómez-Benito, J. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 10, 29-41.

- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Gómez-Romero, M. J. y Aradilla-Herrero, A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, *20*, 183–196.
- Limonero, J.T., Gómez-Romero, M. J., Fernández-Castro, J. & Tomás-Sábado, J. (2013). Influencia de la inteligencia emocional percibida y la impulsividad en el abuso de cánnabis en jóvenes. *Ansiedad y Estrés*, *19*(2-3), 223-234.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J. & Fernández-Castro, J. (2006). Perceived emotional intelligence and its relation to tobacco and cannabis use in university students. *Psicothema*, *18*(Supl.), 95-100.
- Limonero, J. T., Fernández-Castro, J., Soler-Oritja, J. and Álvarez-Moleiro, M. (2015). Emotional intelligence and recovering from induced negative emotional state. *Frontiers in Psychology*, *6*, 816. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00816>.
- Lind, M., Thomsen, D. K., Bøye, R., Heinskou, T., Simonsen, S., Jørgensen, C. R. (2019). Personal and parents' life stories in patients with borderline personality disorder. *Scandinavian Journal of Psychology*, *60*(3), 231-242. <https://doi.org/10.1111/sjop.12529>.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, *48*, 1060-1064. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal *borderline* patients. *Archives of General Psychiatry*, *50*(12), 971-974. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240055007>.
- Linehan, M. M., & Kehrer, C. A. (1993). Borderline personality disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 396-441). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Lizeretti, N. P. (2009). Tratamiento de los trastornos de ansiedad: Diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la Inteligencia Emocional. Barcelona.

- Lizeretti, N. P. (2012). *Terapia basada en inteligencia emocional. Manual de tratamiento*. Barcelona: Milenio.
- Lizeretti, N. P., Extremera, N. & Rodríguez, R. A. (2012). Perceived emotional intelligence and clinical symptoms in outpatients with mental disorders. *Journal of clinical psychology*, 83(4), 407-418. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.014>.
- Lizeretti, N. P., Oberst, U., Chamarro, A. & Farriols, N. (2006). Evaluación de la inteligencia emocional en pacientes con psicopatología: resultados preliminares usando el TMMS-24 y el MSCEIT. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 355-364.
- Lizeretti, N. P. & Rodríguez, R. A. (2012). Inteligencia Emocional Percibida en pacientes con Agorafobia. *Ansiedad y Estrés*, 18(1), 43-53.
- Lizeretti, N. P., Vázquez-Costa, M., & Gimeno-Bayón, A. (2014). Emotional Intelligence and Personality in Anxiety Disorders. *Advances in Psychiatry*, 132, 492–496. <https://doi.org/10.1155/2014/968359>.
- Lopes, P. N., Salovey, P. & Straus, R. (2003). Emotional intelligence, personality and the perceived quality of social relationships. *Personality and Individual Differences*, 35(3), 641-658. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00242-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00242-8).
- Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia constructiva. Una guía práctica*. Traducción al castellano de la obra: Constructive Psychotherapy (2003). Barcelona: Paidós.
- Marañón, G. (1920). La reacción emotiva a la adrenalina, *Medicina Ibera*, 12, 353-357.
- Martín-Blanco, A., Ferrer, M., Soler, J., Arranz, M., Vega, D., ...Pascual, J. (2015). The role of hypothalamus–pituitary–adrenal genes and childhood trauma in *borderline* personality disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 266(4), 307-316. <https://doi.org/10.1007/s00406-015-0612-2>.
- Martinez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality*, 17(1), 3-13. <https://doi.org/10.2190/68VD-DFXB-K5AW-PQAY>.
- Martínez-Sánchez, F., Fernández-Abascal, E. & Palmero, F. (2002). El proceso emocional. En F. Palmero, E. Fernández-Abascal, F. Martínez & M. Chóliz (Eds.), *Psicología de la Motivación y de la Emoción* (pp. 57-87). Madrid: McGraw Hill.
- Martínez-Sánchez, Fernández-Abascal y Palmero (2002). El proceso emocional. En: *Psicología de la motivación y la emoción*. Cap. 3. Madrid: McGraw-Hill.

- Mash, E. J. & Graham, S. A. (2001). *Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Pirámide.
- Mayer, J. D., Caruso, D. & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267-298. [https://doi.org/10.1016/S0160-2896\(99\)00016-1](https://doi.org/10.1016/S0160-2896(99)00016-1).
- Mayer, J. D., DiPaolo, M. T. & Salovey, P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*, 54(3-4), 772-781. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674037>.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3–34). New York, NY: Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. & Sitarenios, G. (2005). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*, 3(1), 97-105. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.3.1.97>.
- Mayr, E. (1974). Behavior programs and evolutionary strategies. *American Scientist*, 62(6), 650-659.
- Meltzer, H., Gatward, R., Corbin, T., Goodman, R. & Ford, T. (2003). *The mental health of young people looked after by local authorities in England*. Social Survey Division of the Office for National Statistics. London, England.
- Mercer, D., Douglass, A. B. & Links, P. S. (2009). Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: Effectiveness for depression and anger symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 23(2), 156–174. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.2.156>.
- Moreno-Manso, J. M., García-Baamonde, M. E., Guerrero-Barona, E. y Pozueco-Romero, J. M. A. (2017). Emotional Competence Disorders and Social Communication in Young Victims of Abuse, *Journal of Child and Family Studies*, 26, 701–708. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0596-1>.
- Moses, L., Baldwin, D., Rosicky, J. & Tidball, G. (2001). Evidence for referential understanding in the emotions domain at twelve and eighteen months. *Child Development*, 72(3), 718-735. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00311>.

- Muñoz, M., Gómez, P. & Santamaría, C. (2008). Pensamientos y sentimientos reportados por los niños ante la separación de sus padres. *Universitas Psychologica*, 7(2), 347-356.
- Muris, P. & Maas, A. (2004). Strengths and difficulties as correlates of attachment style in institutionalized and non-institutionalized children with below- average intellectual abilities. *Child Psychiatry and Human Development*, 34(4), 317-329. <https://doi.org/10.1023/B:CHUD.0000020682.55697.4f>.
- Nicol, K., Pope, M., Romaniuk, L., & Hall, J. (2015). Childhood trauma, midbrain activation and psychotic symptoms in *borderline* personality disorder. *Translational Psychiatry*, 5(5), e559. <https://doi.org/10.1038/tp.2015.53>.
- Niedtfeld, I. (2017). Experimental investigation of cognitive and affective empathy in borderline personality disorder: Effects of ambiguity in multimodal social information processing. *Psychiatry Research*, 253, 58-63. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.03.037>.
- Noguchi, W., Morita, S., Ohno, T., Aihara, O., Tsuji, H., Shimosuma, K., Matsushima, E. (2006). Spiritual needs in cancer patients and spiritual care based on logotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 14(1), 65-70. <https://doi.org/10.1007/s00520-005-0827-2>.
- Nose, M., Cipriani, A., Biancosino, B., Grassi, L. & Barbui, C. (2006). Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: Meta-analysis of randomized controlled trials. *International Clinical Psychopharmacology*, 21(6), 345–353. <https://doi.org/10.1097/01.yic.0000224784.90911.66>.
- O’Hearne, L. P. (1977). Contes des fées et redécisions. *Analyse Transaccionelle*, 1(2), 271-276.
- Oberst, U. y Lizeretti, N. P. (2004). Inteligencia emocional en psicología clínica y psicoterapia. *Revista de psicoterapia*, 15(60), 5-22.
- Olavi, B. & Hall, J. (2010). Borderline personality disorder: current drug treatments and future prospects. *Therapeutic advances in chronic disease*, 1(2), 59-66. <https://doi.org/10.1177/2040622310368455>.
- Oldham, J. M., Bender, D. S., Skodol, A. E., Dyck, I. R., Sanislow, C. A., ...McGlashan, T. H. (2004) Testing an APA practice guideline: Symptom-targeted medication utilization for patients with BPD. *Journal of Psychiatric*

- Practice*, 10(3), 156–161. <https://doi.org/10.1097/00131746-200405000-00003>.
- Olenik, D. (2017). Youth Emotional Intelligence as Related to Adaptive Coping with Stress Encounters. *Psychology Research*, January, 7(1), 1-19. <https://doi.org/10.17265/2159-5542/2017.01.001>.
- Olthof, T., Schouten, A., Kuiper, H., Stegge, H. & Jennekens- Schinkel, A. (2000). Shame and guilt in children: Differential situational antecedents and experimental correlates. *British Journal of Developmental Psychology*, 18(1), 51-64. <https://doi.org/10.1348/026151000165562>.
- Ortony, A., Clore, G. & Collins, A. (1996). *La estructura cognitiva de las emociones*. Madrid: Siglo XXI.
- Palomera, R. & Brackett, M. (2006). Frecuencia del afecto positivo como posible mediador entre la Inteligencia Emocional Percibida y la satisfacción vital. *An-siedad y Estrés*, 12(2-3), 231-239.
- Perls, F. (1973). Cuatro conferencias. En J. Fagan & I. Shepherd (Eds.): *Teoría y técnicas de la psicoterapia gestáltica* (22-44). Santiago de Chile: Amorrortu.
- Peter, M., Schuurmans, H., Vingerhoets, A. J. J. M., Smeets, G., Verkoefen, P. & Arntz, A. (2013). Borderline Personality Disorder and Emotional Intelligence. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(2), 99–104. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827f64b0>.
- Peter, M., Arntz, A., Klimstra, Theo & Vingerhoets, A. J. J. M. (2018). Different aspects of emotional intelligence of borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), 51–59. <https://doi.org/10.1002/cpp.2126>.
- Petrides, K.V., Sanchez-Ruiz, M.J., Siegling, A.B., Saklofske, D.H. and Mavroveli, S. (2018). Emotional Intelligence as Personality: Measurement and Role of Trait Emotional Intelligence in Educational Contexts. En: K. V. Keefer et al. (eds.), *Emotional Intelligence in Education*, The Springer Series on Human Exceptionality, cap. 3. https://doi.org/10.1007/978-3-319-90633-1_3
- Plutchik, R. (1984). *Emotions: a general psychoevolutionary theory*. A: K. R. Scherer; P. Ekman (ed.). *Approches to emotion* (pag. 197-219). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Polivy, J. & Herman, P. (1999). Distress and Eating: Why do dieters overeat? *International Journal of Eating Disorders*, 26(2), 153-164.

[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098108X\(199909\)26:2<153::AIDEAT4>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098108X(199909)26:2<153::AIDEAT4>3.0.CO;2-R).

- Ramos, H. & Hernández, M. (2008). Inteligencia Emocional y Mindfulness, hacia un concepto integrado de la Inteligencia Emocional. *Revista de la Facultad de Trabajo Social*, 24(24), 134-146.
- Restrepo, M. U. (2008). Factores comunes e integración de las psicoterapias. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(1), 14-28.
- Robinson, M. D., & Neighbors, C. (2006). Catching the mind in action: Implicit methods in personality research and assessment. En M. Eid & E. Diener (Eds.), *Handbook of multimethod measurement in psychology* (pp. 115–125). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rogers, C.R. (1961). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.
- Rosal, R. (2002). *El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica*. Barcelona: Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.
- Rosenbluth, M. & Silber, D. (1997). Assessment and Treatment of Borderline Personality Disorder. En M. Rosenbluth (Ed.), *Treating Difficult Personality Disorders* (pp.1-23). San Francisco: Jossey-Bass.
- Rude, S. S. & McCarthy, C. T. (2003). Emotional functioning in depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition and Emotion*, 17(5), 799-806. <https://doi.org/10.1080/02699930302283>.
- Ruocco, A. C. (2006). The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review. *Psychiatry Research*, 137(3), 191-202. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.07.004>.
- Russell, J. & Fehr, B. (1994). Fuzzy concepts in a fuzzy hierarchy: varieties of anger. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 186-205. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.2.186>.
- Rutter, M. (2000). Children in substitute care: Some conceptual considerations and research implications. *Children and Youth Services Review*, 22(9), 685-703. [https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(00\)00116-X](https://doi.org/10.1016/S0190-7409(00)00116-X).
- Rutter, M., O'Connor, T. G. & The English and Romanian Adoptees Study Team. (2004). Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of Romanian adoptees. *Developmental Psychology*, 40(1), 81-94. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.1.81>.

- Ryle, A. (1990). *Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change*. Chichester: Wiley.
- Salguero, J. & Iruarrizaga, I. (2006). Relaciones entre inteligencia emocional percibida y emocionalidad negativa: ansiedad, ira y tristeza/depresión. *Ansiedad y Estrés*, *12*(2-3), 207-221.
- Salovey, P. & Mayer, J. (1997). What is Emotional Intelligence? En P. Salovey y D.J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence. Educational implications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S., Turvey, C. & Palfai, T. (1995). Emotional attention, clarity and repair: Exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure and Health* (pp. 125-154). Washington, DC: American Psychological Association.
- Salovey, P., Stroud, L., Woolery, A. & Epel, E. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, *17*(5), 611-627.
- Sameroff, A. J. & Fiese, B. H. (2000). *Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press.
- Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, *69*(5), 379-399. <https://doi.org/10.1037/h0046234>.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nutzelt, J. & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *2*(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-2>.
- Schutte, N., Malouff, J., Hall, L., Haggerty, D., Cooper, J., ...Dorheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, *25*, 167-177. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00001-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00001-4).
- Schutte, N., Malouff, J., Simunek, M., McKenley, J. & Hollander, S. (2002). Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition & Emotion*, *16*(6), 769-785. <https://doi.org/10.1080/02699930143000482>.

- Schwarz, N. & Clore, G.L. (1988). How do I feel about it? The information function of affective states. En K. Fiedler & J. Forgas (Eds.), *Affect, Cognition, and Social Behaviour: New Evidence and Integrative Attempts* (pp. 44-62). Toronto: C.J. Hogrefe.
- Segura, J. (2005). La actitud de agradecimiento en la búsqueda de sentido de los jóvenes. *Nous. Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 9, 75-92.
- Silva, J. R., Pizzagalli, D. A., Larson, C. L., Jackson, D. C., & Davidson, R. J. (2002). Frontal brain asymmetry in restrained eaters. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 676-681. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.4.676>.
- Simsek, Z., Erol, N., Öztop, D. & Münir, K. (2007). Prevalence and predictors of emotional and behavioral problems reported by teachers among institutionally reared children and adolescents in Turkish orphanages compared with community controls. *Children and Youth Services Review*, 29(7), 883-899. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.01.004>.
- Sinclair, V. G. y Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11, 94-101. <https://doi.org/10.1177/1073191103258144>.
- Smyke, A. T., Koga, S. F., Johnson, D. E., Fox, N. A., Marshall, P. J., ...Zeanah, C. (2007). The caregiving context in institution-reared and family-reared infants and toddlers in Romania. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(2), 210-218. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01694.x>.
- Smyke, A. T., Zeanah, C. H., Fox, N. A., Nelson, C. A. & Guthrie, D. (2010). Placement in foster care enhances quality of attachment among young institutionalized children. *Child Development*, 81(1), 212-223. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01390.x>.
- Solomon, R. (1993). The philosophy of emotions. En M. Lewis y J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 3-15). Nueva York: Guilford.
- Soler, J., Valdepérez, A., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Portella, M. J., ...Pérez, V. (2012). Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(2), 150-157.
- Stevens, J. O. (1976). *El darse cuenta: sentir, imaginar, vivenciar*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

- Tapia, M. L. & Bravo, G. L. (2002). Descripción de patrones de apego en menores institucionalizados con problemas conductuales. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 11(2), 75-92. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2002.17288>.
- Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A. & Weissberg, R. P. (2017). Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child Development*, 88(4), 1156–1171.
- Thayer, R.E. (1989). *The Biopsychology of Mood and Arousal*. Oxford University Press.
- Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its use. *Harper's Magazine*, 140, 227-235.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 50, 991–999. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>.
- Trigueros, R., Aguilar-Parra, J. M., Cangas, A. J. y Bermejo, R. (2019) Influence of Emotional Intelligence, Motivation and Resilience on Academic Performance and the Adoption of Healthy Lifestyle Habits among Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 2810; <https://doi.org/10.3390/ijerph16162810>.
- Trinidad, D. & Johnson, A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32(1), 95-105.
- Van den Dries, L., Juffer, F., H. van IJzendoorn, M. & Bakermans, M. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, 31(3), 410-421.
- Vanistendael, S. (2015). El sentido de la vida en la construcción de la resiliencia. *Nous. Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 19, 9-20.
- Vázquez, C. & Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9(2-3), 231-254.
- Velasco, C., Fernández, I., Páez, D. & Campos, M. (2006). Perceived emotional intelligence, alexithymia, coping and emotional regulation. *Psicothema*, 18 (Suppl), 89-94.
- Visiers, C., Hadinger, B. & Kurz, W. (2003). *Nous. Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 7, 9-20.

- Wagner, A. W., & Linehan, M. M. (1994). Relationship Between Childhood Sexual Abuse and Topography of Parasuicide Among Women with *Borderline* Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8(1), 1–9. <https://doi.org/10.1521/pedi.1994.8.1.1>.
- Welsh, J., Viana, A., Petrill, S. & Mathias, M. (2007). Interventions for internationally adopted children and families: A review of the literature. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 24(3), 285-311.
- Widiger, T. A., Frances, A., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (1988). The DSM-III-R personality disorders: An overview. *The American Journal of Psychiatry*, 145(7), 786-795. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.7.786>.
- Winkler, M. R., Cáceres, C., Fernández, I. & Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*, 8(11), 34-40.
- Wupperman, P., Neumann, C. S., †; Whitman, J. B., & Axelrod, S. R. (2009). The role of Mindfulness in Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(10), 766-771. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181b97343>.
- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35(2), 151-175. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.2.151>
- Zanarini, M. C., Frankenburg F. R., Khera G. S. & Bleichmar J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 144–150. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.19749>.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., & Silk, K.R. (2004). Mental health service utilization by *borderline* personality disorder patients and axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *Journal of Clinical Psychiatry* 65(1), 28–36. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0105>.
- Zanarini, M. C. (2004). Update on pharmacotherapy of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 6(1), 55–70. <https://doi.org/10.1007/s11920-004-0041-9>.
- Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(5), 373–377. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01448.x>.

- Zeanah, C., Smyke, A., Koga, S. & Carlson, E. (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*, 76(5), 1015-1028. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00894.x>.
- Zolkoski, S. M. & Bullock, L. M. (2012). Resilience in children and youth: a review. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2295-2303. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.08.009>.
- Zutphen, L., Siep, N., Jacob, G. A., Goebel, R. & Arntz, A. (2015). Emotional sensitivity, emotion regulation and impulsivity in borderline personality disorder: A critical review of fMRI studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 51, 64-76. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.01.001>.

Capítulo 7

Anexos

Capítulo 7. Anexos

1. Anexo 1: Consentimiento informado

INFORMACIÓN PARA EL ENTREVISTADO

La presente investigación es fruto de la colaboración entre la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universitat Ramon Llull y el Colegio Oficial de Psicología de Cataluña (COPC). El objetivo es evaluar la efectividad, es decir, la mejoría que experimentan las personas que participan en los tratamientos grupales para el desarrollo de la Inteligencia Emocional. Para ello es necesario que los participantes cumplimenten cuestionarios y registros a lo largo de proceso terapéutico y posteriormente, cuando éste haya finalizado.

Los investigadores de este estudio se comprometen a:

- Mantener la **confidencialidad** de todos los datos que se obtengan en el estudio a fin de preservar la intimidad de las personas que participen.
- Que la participación en el estudio es **voluntaria**, por lo que existe la posibilidad de abandonarlo en cualquier momento si se estima pertinente.
- El **beneficio** que usted obtiene con su participación es la de recibir un tratamiento psicológico grupal para el desarrollo de la Inteligencia Emocional, que le ayudará a mejorar la identificación, la comprensión y la gestión de sus emociones, lo que favorecerá su calidad de vida emocional. Además, su participación será de gran utilidad para el conocimiento de los factores implicados en el malestar psicológico que usted padece, así como para identificar elementos que nos permitan diseñar tratamientos más efectivos para mejorar el bienestar emocional.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(por favor indique a continuación su nombre, apellidos y DNI)

Yo....., participo libremente en el presente estudio y aseguro que:

- He leído y entendido la información anterior
- He recibido suficiente información sobre este estudio
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- Comprendo que mi participación es voluntaria
- Sé que puedo abandonar en cualquier momento la investigación
- No he recibido ningún tipo de presión para colaborar en el estudio.

Firma del entrevistado

Firma del investigador/a

.....de 200.....

2. Annex 2: Convenio de la *Direcció i Atenció a la Infància i l'Adolescència*.

CONVENI DE COL·LABORACIÓ ENTRE EL DEPARTAMENT DE BENESTAR SOCIAL I FAMÍLIA, MITJANÇANT LA DIRECCIÓ GENERAL D'ATENCIÓ A LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA I EL COL·LEGI OFICIAL DE PSICOLOGIA DE CATALUNYA PER A LA REALITZACIÓ DE LA RECERCA "PROGRAMA D'INTEL·LIGÈNCIA EMOCIONAL PER A INFANTS I ADOLESCENTS TUTELATS "

Barcelona, 19 de març de 2015

REUNITS

D'una part, la senyora M. Mercè Santmartí i Miró, directora general de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència del Departament de Benestar Social i Família, nomenada per Decret 105/2013, de 5 de febrer (DOGC núm. 6310, de 07.02.2013), d'acord amb l'autorització de la signatura del titular del Departament de Benestar Social i Família de data 30 d'abril de 2015, de conformitat amb l'article 11 de la Llei 26/2010, de 3 d'agost, de règim jurídic i de procediment de les administracions públiques de Catalunya.

 I de l'altra, el senyor Josep Vilajoana i Celaya, en qualitat de degà del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya, amb domicili al carrer Rocafort, 129, de Barcelona, i amb CIF Q5855028F, nomenat el dia 8 de juliol de 2014, d'acord amb els Estatuts del Col·legi, inscrits al Registre de Col·legis Professionals de la Generalitat (Resolució JUS/2261/2014, de 8 d'octubre)

Actuen ambdues parts, en l'exercici de les funcions legalment atribuïdes, reconeixent-se recíprocament la capacitat legal necessària per formalitzar el present conveni i obligar-se de comú acord

CONSIDEREN

- 
- I. El Departament de Benestar Social i Família, d'acord amb el Decret 200/2010, de 27 de desembre, de creació, denominació i determinació de l'àmbit de competència dels departaments de l'Administració de la Generalitat de Catalunya, té atribuïdes les funcions en matèria d'infància i adolescència.
 - II. La Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA, d'ara en endavant) és l'òrgan del Departament de Benestar Social i Família que té atribuïdes les competències i les funcions en matèria d'atenció a la infància i l'adolescència, d'acord amb el Decret 332/2011, de 3 de maig, de reestructuració del Departament de Benestar Social i Família, i d'acord amb la Llei 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència.

- III. Entre d'altres, la DGAIA té competència en l'atenció, la protecció i la tutela dels infants i adolescents desemparats, per treballar en les seves problemàtiques familiars i psicosocials a fi de compensar-los en els seus dèficits i donar-los recursos i habilitats per superar les seves dificultats.
- IV. El Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya (el COPC d'ara en endavant) és una corporació de dret públic, amb personalitat jurídica pròpia i amb plena capacitat per al compliment de les seves funcions.
- V. Que el Grup de Treball d'Intel·ligència Emocional del COPC, té entre els seus objectius: l'estudi de la intel·ligència emocional, la seva implicació en els trastorns psicopatològics, el promoure el seu desenvolupament com agent preventiu, estudiar la validesa i l'eficàcia de la intervenció terapèutica, a més d'impulsar programes i projectes d'investigació, sent la recerca del Programa d'Intel·ligència Emocional per a Infants i Adolescents Tutelats, en endavant PIE-MT, un programa d'investigació i desenvolupament propi i innovador en aquest àmbit, avalat i promogut pel COPC i la FPCEE Blanquerna
- VI. Que ambdues institucions a través del Grup de Treball d'Intel·ligència Emocional del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya, han establert i mantingut contactes en àrees relacionades amb temes de recerca.
- VII. Que, en base al que s'ha exposat anteriorment, es considera oportú col·laborar en l'estudi presentat pel Grup de Treball d'Intel·ligència Emocional del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya a la DGAIA.

I amb aquesta finalitat, ambdues parts, a l'empara de la legislació corresponent, acorden formalitzar un conveni de col·laboració de caràcter acadèmic que es regeix per les següents

CLÀUSULES

PRIMERA.- Objecte

El present conveni té com a objecte regular les relacions de col·laboració entre el Departament de Benestar Social i Família, a través de la DGAIA, i Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya, per tal de promoure una recerca entre ambdues institucions, mitjançant el Programa d'Intel·ligència Emocional per a Infants i Adolescents Tutelats per la Generalitat de Catalunya amb l'objectiu de col·laborar els camps de la investigació i el desenvolupament científic, la docència i la difusió en l'àmbit de la Intel·ligència Emocional, concretament en la línia de I+D+I que actualment s'està desenvolupant en el COPC, i poder reorientar les polítiques de prevenció i intervenció.

SEGONA.- Compromisos i obligacions de les parts en matèria de personal i materials

2.1.-El Departament de Benestar Social i Família, mitjançant la DGAIA, facilitarà els oportuns contactes i autoritzacions al grup de recerca, pel desenvolupament de l'estudi Programa d'Intel·ligència Emocional per a Infants i Adolescents Tutelats orientat a conèixer el perfil emocional dels infants i adolescents tutelats i l'efectivitat de les intervencions orientades al seu desenvolupament.

2.2.-El Grup de Treball d'Intel·ligència Emocional del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya aportarà els seus investigadors per a poder realitzar l'estudi.

2.3.-El Departament de Benestar Social i Família, a través de la DGAIA, facilitarà l'accés a les dades necessàries per a realitzar l'estudi, i serà coneixedora dels instruments utilitzats en el seu desenvolupament.

TERCERA.- Establiment de la coordinació institucional

3.1.-Per facilitar el seguiment de la col·laboració, el Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya tindrà un referent institucional a través del qual s'articularan les oportunes autoritzacions i es vetllarà pel compliment de la normativa de protecció als infants i adolescents acollits a centres de la DGAIA.

3.2.-Per part del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya, la persona referent de l'estudi serà la Doctora Nathalie P. Lizeretti. Per part de la DGAIA, es designarà una persona de referència per les autoritzacions i acompliment de la normativa de protecció dels infants i adolescents.

QUARTA.- Règim econòmic

Aquesta col·laboració es realitzarà amb la participació de professionals de la FPCEE Blanquerna, del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya i dels Centres Residencials d'Acció Educativa. Així doncs, les actuacions objecte de col·laboració no comporten cap contraprestació econòmica a favor de cap de les parts ni cap cost econòmic per part del departament de Benestar Social i Família.

CINQUENA.- Protecció de les dades i deure de confidencialitat

5.1- Les dades personals contingudes en el conjunt d'actuacions que constitueixen l'objecte del present acord seran preservades d'acord amb la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, i el seu reglament de desenvolupament aprovat pel Reial decret 1720/2007, de 21 de desembre.

5.2.- Així mateix, ambdues parts es comprometen al següent:

- A no tractar les dades per a una finalitat diferent de la que figura en aquest acord.
- A tractar les dades d'acord amb les instruccions del Departament de Benestar Social i Família.
- A no comunicar les dades, ni tan sols per a la seva conservació, a tercers.
- A implementar les mesures de seguretat adequades.
- A obtenir la prèvia autorització del Departament de Benestar Social i Família, mitjançant la DGAIA, com a tutor legal sobre qüestions relatives als infants i adolescents acollits als centres.

5.3.-L'equip de recerca es compromet a salvaguardar el dret a la intimitat dels infants i adolescents mantenint la confidencialitat de les dades. I per això s'arbitraran tots els procediments necessaris per a garantir aquesta confidencialitat.

5.4.-El deure de confidencialitat subsistirà una vegada finalitzat aquest acord.

SISENA.- Difusió dels resultats

Ambdues parts podran difondre els resultats de la recerca esmentada, comunicant-ho prèviament a l'altra, i sempre hi quan no hi hagi una oposició manifesta a aquesta difusió en el termini d'un mes.

SETENA. – Pòlissa de responsabilitat civil

El COPC serà responsable dels animals de companyia facilitats pels treballs amb els infants i adolescents tutelats per la DGAIA, i es compromet a respondre dels possibles danys i perjudicis que aquests animals puguin causar.

Per tenir coberta d'aquests fets el COPC tindrà contractada una pòlissa d'assegurances que doni cobertura a la responsabilitat esmentada al paràgraf anterior.

VUITENA.- Jurisdicció competent

Les parts es comprometen a resoldre de forma amistosa, en un primer moment i a través de les persones de referència de cada part, les possibles controvèrsies que es puguin originar en la interpretació o aplicació del present Conveni. En el supòsit que no s'arribi a cap acord per aquesta via, la jurisdicció competent és la contenciosa administrativa dels Tribunals de Barcelona.

NOVENA.- Vigència

9.1.-El present conveni de col·laboració serà vigent des del moment de la seva signatura i es mantindrà vigent mentre duri la present investigació o com a màxim fins el 31 de desembre de 2018.

9.2-No obstant això, es podrà prorrogar anualment, després d'aquesta data, mentre sigui vigent, de mutu acord i de forma expressa.

9.3-El conveni es pot modificar, per mitjà d'addenda, de mutu acord per les parts, per escrit i mentre sigui vigent.

DESENA.- Causes de resolució del conveni

Seràn causes d'extinció d'aquest conveni:

- a) El compliment del seu objecte.
- b) El mutu acord de les parts.
- c) La finalització del termini de vigència o d'alguna de les seves pròrrogues, sense haver-hi pròrroga expressa d'ambdues parts.
- d) D'incompliment dels seus pactes o de la normativa aplicable, amb denúncia prèvia de tres mesos d'alguna de les parts.

I, en prova de conformitat, ambdues parts signen el present conveni de col·laboració, per duplicat i a un únic efecte, en el lloc i la data indicats a l'encapçalament.

M. Mercè Santmartí i Miró



Directora General de la Direcció General
d'Atenció a la Infància i l'Adolescència

Josep Vilajoana i Celaya



Degà
Col·legi Oficial de Psicologia de
Catalunya

3. Anexo 3: Valoraciones de los comités de ética



La Dra. Sacra Morejon Torné, Vicedegana d'Estudis de Postgrau i de Recerca i secretària de la Comissió d'Ètica i Recerca de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universitat Ramon Llull,

F A C O N S T A R

Que després de valorar la qualitat i aspectes ètics, així com la rellevància científica i tècnica, del projecte de recerca *Eficàcia de la Teràpia basada en Intel·ligència Emocional en sintomatologia limítrofe* presentat pel doctorand Ferran Burgal Juanmartí, la Comissió que representa emet un informe favorable del mateix.

I perquè consti als efectes oportuns, a petició de l'interessat, ho signa a Barcelona, el 6 de setembre de 2019.

