

TERAPIA BASADA EN INTELIGENCIA EMOCIONAL: UN TRABAJO SISTEMÁTICO CON EMOCIONES EN PSICOTERAPIA

THERAPY BASED ON EMOTIONAL INTELLIGENCE. A SYSTEMATIC WORK WITH EMOTIONS IN PSYCHOTHERAPY.

Nathalie P. Lizeretti

Centro de Investigación, Formación y Desarrollo de la Inteligencia Emocional.
Fundación Ramón Rosal Cortés, Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Lizeretti, N.P. (2017). Terapia basada en Inteligencia Emocional: Un trabajo sistemático con emociones en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 175-190.

Resumen

La Terapia basada en Inteligencia Emocional (TIE; Lizeretti, 2009, 2012) es una terapia cuyo objetivo principal es el desarrollo de las habilidades de procesamiento de la información emocional. Es creativa en cuanto la meta de la psicoterapia no es el trastorno en sí, sino adquirir un profundo conocimiento emocional que permita afrontar el problema presente y los que se presenten en el futuro este modelo de intervención implica realizar un exhaustivo diagnóstico emocional complementario a los diagnósticos tradicionales a través de la exploración de las diferentes dimensiones de la personalidad tomando como eje estructural el modelo de Inteligencia Emocional (Mayer y Salovey, 1997). En un ensayo clínico aleatorizado con pacientes de ansiedad ha demostrado ser significativamente más eficaz que la TCC sobre los síntomas, rasgos de personalidad, vínculo terapéutico, satisfacción con la vida y con el tratamiento. Actualmente se están llevando a cabo otras investigaciones para validar su eficacia en otros ámbitos de intervención.

Palabras clave: *Psicoterapia, Inteligencia Emocional, Tratamiento Psicológico, Emociones*

Abstract

The Therapy based on Emotional Intelligence (TIE; Lizeretti, 2009, 2012) is a therapy whose main objective is the development of emotional information processing skills. It is creative in that the goal of psychotherapy is not the disorder itself, but to acquire a deep emotional knowledge that allows to face the present problem and those that present in the future. This model of intervention implies to realize a comprehensive emotional diagnosis complementary to the diagnoses. Traditional ones through the exploration of the different dimensions of the personality taking as a structural axis the model of Emotional Intelligence (Salovey and Mayer, 1997). In a randomized clinical trial with anxiety patients has been shown to be significantly more effective than CBT on symptoms, personality traits, therapeutic link, life satisfaction and treatment. Further research is currently under way to validate its effectiveness in other areas of intervention.

Keywords: *Psychotherapy, Emotional Intelligence, Psychology Treatment, Emotions*

Fecha de recepción: 13 de mayo de 2017. Fecha de aceptación: 14 de junio de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: nathaliepl@cidie.es

Dirección postal: C/ Pintor Velázquez, 66. 08302 Mataró, Barcelona, España

© 2017 Revista de Psicoterapia



En los últimos años, se ha podido comprobar que las tasas de mejoría para las psicoterapias basadas en la evidencia son limitadas. Se estima que las tasas de mejoría clínica tan sólo son del 54% para la depresión, del 63% para el trastorno de pánico y del 52% para el GAD (Westen & Morrison, 2001) y numerosos estudios indican que las tasas de recaída y de recurrencia son todavía demasiado elevadas (e.g., Vittengl, Clark, Dunn, & Jarrett, 2007). Lo que explica que un reciente foco en la literatura en psicoterapia ha sido el desarrollo de alternativas o mejoras para establecer tratamientos que optimicen los resultados clínicos (Gibbons et al., 2010).

La dificultad en el manejo de habilidades emocionales constituye un aspecto clave en la mayoría de los trastornos psicopatológicos (e.g., Campbell-Sills & Stein, 2005; Edwards, Jackson & Pattison, 2002; Linehan, 1993). Por ejemplo, se ha observado que tres dimensiones de procesamiento emocional distinguen el pánico de los grupos de control: mayores intentos de control ante las experiencias emocionales, mayor atención a los sentimientos y más dificultades en el etiquetado de las emociones. Lo que lleva a replantear la hipótesis de que los déficits de procesamiento emocional estarían actuando como un factor de vulnerabilidad en el desarrollo de los ataques de pánico (Baker, Holloway, Thomas, Thomas y Owens, 2004).

En este contexto adquiere especial interés el concepto de Inteligencia Emocional (IE). Mayer y Salovey, 1997 desarrollaron un modelo jerárquico en el que se estructuran los principales procesos psicológicos implicados en la regulación emocional en torno a cuatro grupos de habilidades de procesamiento de la información emocional. Estas habilidades pueden resumirse en: habilidades para percibir e identificar emociones, tomar conciencia de ellas y utilizarlas para facilitar el pensamiento, comprensión de las experiencias emocionales y regulación de la conducta emocional. Para evaluar este modelo se han desarrollado dos tipos de medidas: escalas de autoinforme como el TMMS (Trait Meta-Mood Scale; Salovey et al., 1995) y un test de ejecución el Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test 2.0 (MSCEIT; Mayer, Salovey, Caruso & Sitarenios, 2003) que implica la resolución de problemas con y sobre las emociones.

Las investigaciones realizadas con ambos instrumentos ponen de manifiesto dos dimensiones de la IE: una objetiva (evaluada con el test de ejecución) y otra subjetiva o Inteligencia Emocional Percibida (IEP) relacionada con la percepción de auto-eficacia respecto a nuestras destrezas emocionales. Ambas dimensiones han mostrado correlaciones significativas con un gran número de variables de salud y ajuste psicológico (Lizeretti y Rodríguez, 2011).

Inteligencia Emocional y psicopatología

Hace unos años se inició una nueva línea de investigación orientada a explorar si había algún tipo de relación entre la IE y la presencia los síntomas en personas diagnosticadas con diversas psicopatologías, a fin de comprobar si la IE podía ser un factor implicado en los procesos de salud-enfermedad. Los resultados obtenidos

por estas investigaciones demuestran que, en general, las personas tienen menos inteligencia emocional de lo que creen y que los pacientes con psicopatología presentan menos IE que la población general (Downey et al., 2008; Hertel, Schütz and Lammers, 2009; Jacobs et al., 2008; Lizeretti and Extremera, 2011). Estos estudios también demuestran cosas como que en la fobia social se da una mayor dificultad para identificar correctamente las emociones de los demás (Jacobs et al., 2008), que los pacientes con depresión tienen menos habilidades para tomar conciencia de sus emociones y por tanto les resulta más difícil comprenderlas, que los pacientes con trastorno límite de la personalidad carecen de habilidades efectivas para comprender y gestionar sus emociones (Hertel et al., 2009) o que los pacientes con trastorno de ansiedad prestan excesiva atención a emociones que no comprenden con claridad y por tanto tienen más dificultades para reparar sus estados de ánimo (Lizeretti y Extremera, 2011).

En conjunto todas estas investigaciones indican que no sólo la carencia de habilidades emocionales tendría influencia en el hecho de padecer algún trastorno psicopatológico, sino que la percepción de incapacidad para manejar las propias emociones también constituye un factor de vulnerabilidad. Gracias a éstas se han podido identificar las habilidades de procesamiento de la información emocional deficientes en numerosos trastornos y se están estableciendo perfiles característicos de IE para cada uno de ellos (e.g., Lizeretti, Extremera y Rodríguez, 2012). Así que puede ser de gran utilidad al terapeuta conocer el nivel de IE del paciente y en qué nivel o niveles de habilidades emocionales reside su dificultad antes de iniciar la intervención.

En este sentido y desde el punto de vista terapéutico el modelo de Inteligencia Emocional propuesto por Mayer y Salovey (1997) ofrece dos ventajas importantes a la vez que novedosas. La primera es que constituye un marco para el trabajo sistemático con las emociones en psicoterapia, y la segunda es que dispone de instrumentos válidos y fiables que permiten evaluar los déficits emocionales, así como los cambios experimentados tras el tratamiento (Lizeretti, 2009, 2012).

Pero si bien la mayoría de enfoques psicoterapéuticos tienen como finalidad mejorar las habilidades emocionales del paciente, no consideran la IE como un objetivo directo de la intervención (Oberst y Lizeretti, 2004). Aunque, como se ha visto, existen argumentos que justifican una intervención psicoterapéutica basada en el desarrollo de las habilidades que potencian un tipo de inteligencia orientada a la gestión adecuada de los procesos emocionales. Cuanto más si se tiene en cuenta que cualquier experiencia humana implica un proceso emocional.

La Terapia basada en Inteligencia Emocional

La Terapia basada en Inteligencia Emocional (TIE; Lizeretti, 2009, 2012) es una terapia cuyo objetivo principal, pero no único, es el desarrollo de las habilidades emocionales que configuran la IE. Es decir, con ella se pretende alcanzar la competencia para utilizar la sabiduría natural que aportan las emociones a través de

un mayor conocimiento de nuestro mundo emocional y del entrenamiento de las habilidades emocionales que potencian este tipo de inteligencia. Porque aunque todavía no se ha establecido que sea la causa directa, se ha demostrado que las habilidades de procesamiento emocional están relacionadas con el malestar psicológico y la presencia y gravedad de la psicopatología. En la mayoría de ocasiones el sufrimiento psicológico está relacionado con la dificultad de las personas para atender y comprender las emociones, integrarlas con el pensamiento y la conducta, y regularlas en base a sus necesidades psicológicas auténticas. Lo que puede explicarse como una disfunción en el procesamiento de la información emocional que suele estar causada por un aprendizaje emocional distorsionado o por una experiencia emocional traumática.

La razón principal que lleva a plantear una terapia basada en el desarrollo de la IE es la inmensa importancia que tienen las emociones en la vida de los seres humanos, y en consecuencia, la inteligencia que permite gestionarlas adecuadamente. El modelo de IE permite el abordaje de las emociones de una forma estructurada y sistemática. En esta línea, no se puede perder de vista que las emociones son el principal sistema de evolución y adaptación de las criaturas inteligentes (Fdez-Abascal, Palmero y Martínez-Sánchez, 2002); las primeras competencias del recién nacido de intercambio y de reacción al mundo son básicamente emocionales. De hecho, constituyen el primer motor del desarrollo, de construcción de significado y de conocimiento (Mead, 1910). Conforman un proceso complejo que responde a un ciclo de satisfacción de necesidades. Se establecen como la unidad básica de nuestro sistema afectivo y configuran el principal sistema de integración de todas las dimensiones de la personalidad.

Las emociones se hacen imprescindibles para la vida, no sólo para la supervivencia y bienestar sino también para el bienestar a través de sus numerosas funciones como son la evaluación y valoración de estímulos –ambientales o internos–, la preparación de los sistemas de respuesta psicofísicos, la comunicación con los demás a través de la comunicación verbal y no verbal, etc. Desde la perspectiva de la TIE se destacan tres de las principales funciones de las emociones: integrar todas las dimensiones de la persona, lo que permite obtener una percepción holista de los fenómenos humanos; priorizar, en cuanto permiten asignar valor –lo que confiere una dimensión ética a las emociones y los procesos emocionales– y satisfacer necesidades auténticas –lo que implica la bondad intrínseca de las emociones–.

Aunque son diversas las clasificaciones que pueden hacerse, se considera que las emociones, en base a su naturaleza, pueden ser emociones básicas o complejas, y en base a su funcionalidad pueden ser emociones auténticas, emociones parásitas o emociones prohibidas. Las emociones básicas son innatas y universales, onto y filogenéticamente primarias, y poseen un importante sustrato biológico. Están asociadas a expresiones faciales así como a patrones neuroendocrinos y localizaciones cerebrales, cosa que no sucede con las emociones complejas. Las emociones básicas para las que se ha hallado mayor evidencia empírica son el miedo, la rabia,

la alegría y la tristeza (Jack, Garrod, and Schyns, 2014). Las emociones complejas son secundarias, puesto que resultan de la evolución cultural y social de las emociones básicas; aquéllas que en origen constituyen emociones básicas pero que se matizan por factores socio-culturales (como podrían ser la vergüenza o la culpa), o que resultan de la combinación de más de una emoción básica. Pero cuando se da un aprendizaje distorsionado de la vivencia emocional, puede darse la eliminación automática y sistemática de alguna de las emociones; a éstas se las denomina emociones prohibidas. La persona no puede o no se permite expresar alguna emoción, porque ha aprendido que no le es funcional (bien porque se trate de una expresión emocional culturalmente inapropiada, bien porque la persona sabe por experiencias anteriores 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 de forma desproporcionadamente fuerte y cuya expresión no corresponde a la situación presente. Estas emociones contaminan la expresión, pero también la vivencia de otras emociones básicas y conducen a la persona hacia un estado de confusión emocional. Por lo que se entiende que la experiencia emocional es siempre positiva, se viva o no como una experiencia agradable. En todo caso, para que la vivencia emocional sea realmente positiva, la reacción, la experiencia y la expresión emocional deben mantenerse coherentes, es decir, la vivencia emocional debe de ser “auténtica”.

Dinámica emocional

La funcionalidad de las emociones está muy relacionada con su dinámica (figura 1). El esquema básico de cualquier experiencia emocional puede resumirse en: primero se da la percepción de un estímulo interno o externo que pone a la persona en situación de desequilibrio, este desequilibrio le provoca la necesidad de recuperar dicho equilibrio. El desequilibrio provocado por el estímulo desencadena una serie de reacciones fisiológicas, cognitivas y afectivas que generan energía vital. Fruto de la integración de la información procedente de los subsistemas fisiológico, cognitivo y afectivo que procesan el *input* o sensación a distintos niveles, surge la experiencia emocional específica de cada emoción. Como se dijo anteriormente las emociones básicas están biológicamente determinadas por patrones de reacciones físicas, cognitivas y afectivas, por lo que la vivencia de ellas permite identificar de forma natural qué emoción se está experimentando. Además, cada una de las emociones básicas tiene como meta la satisfacción de un tipo de necesidad específica y motiva las conductas necesarias para su satisfacción. Por ejemplo, cuando percibimos un estímulo que al procesarlo a nivel fisiológico se nos acelera el corazón y la respiración, percibimos mayor tensión en las piernas, aumenta nuestra receptividad sensorial, se nos seca la boca, sentimos un nudo en el estómago, etc., a nivel cognitivo pensamos que estamos ante una amenaza que supone un peligro para nosotros y a nivel afectivo nos sentimos inseguros, experimentamos miedo. El procesamiento de toda esta información puede darse de

forma consciente o inconsciente, pero la vivencia del miedo motiva en la persona conductas de huida, defensa o de quedarse paralizada con la meta de satisfacer la necesidad de protección y preservar la vida o algún aspecto de ella.

Para que el proceso emocional se cierre es necesario que la experiencia sea coherente con la emoción que la desencadena y que la persona logre satisfacer la necesidad, si esto no sucede la experiencia deja una sensación de insatisfacción, sufrimiento o malestar. En el proceso psicoterapéutico con la TIE se buscan las causas que bloquean, distorsionan o dispersan la dinámica emocional a fin de poder identificar la emoción auténtica, poder comprenderla y gestionarla de forma que la persona pueda al fin satisfacer la necesidad que la desencadenó. Los procesos emocionales constituyen en esencia ciclos de satisfacción de necesidades, y como puede observarse, los procesos emocionales no pueden desligarse de los conceptos de necesidad y motivación, ya que se trata de elementos constitutivos del mismo proceso.

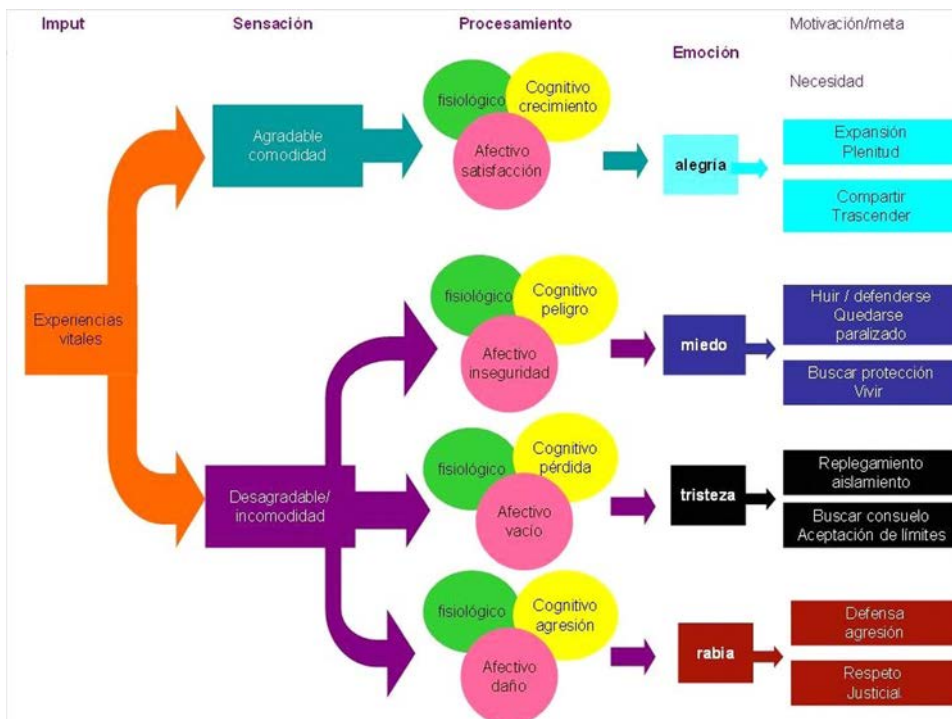


Figura 1.
Dinámica emocional. Adaptada de Lizeretti. N.P (2012).

Diagnóstico emocional

La intervención desde la Terapia basada en Inteligencia Emocional requiere realizar un “diagnóstico emocional” exhaustivo que aporta un valor añadido a los diagnósticos convencionales. Consiste en la evaluación de las diferentes dimensiones de la persona focalizando en la emoción, con el objetivo de comprender su mundo emocional. Este proceso diagnóstico ofrece una visión holista de la persona y sus vivencias. Permite una mayor comprensión de los fenómenos humanos, con lo que se puede captar con más exactitud las necesidades que causan el sufrimiento de la persona, pero también sus motivaciones más íntimas y principales potencialidades, favoreciendo una intervención creativa más que correctiva.

Para ello los aspectos que se tienen en cuenta en este tipo de diagnóstico son las emociones prohibidas y parásitas a fin de identificar la emoción auténtica que rige cada uno de los principales procesos vitales de la persona, tomar conciencia de ella, comprenderla y gestionarla de manera que puedan satisfacerse las necesidades psicológicas básicas. Además se evalúan y analizan tanto las habilidades de IE como la percepción subjetiva de competencia emocional o IEP. El modelo de IE se utiliza a modo de guía durante el diagnóstico emocional, indicando qué habilidades son necesarias en cada fase del proceso emocional para poder completar con éxito el ciclo de la experiencia. Esto es importante porque los diferentes trastornos psicopatológicos pueden entenderse como un intento de adaptación ineficaz por bloqueo, dispersión o distorsión energía emocional.

En el diagnóstico emocional adquiere especial relevancia la exploración de la personalidad y de sus diferentes dimensiones. Entendiendo la personalidad como un estilo o forma particular de satisfacer necesidades afectivas y la base sobre la que se construye el síntoma y que le da sentido. Además de las dimensiones clásicas como la cognitiva, conductual o afectiva desde la TIE se abordan también la dimensión experiencial, la relacional, la existencial o la ética, entre otras.

Dimensión Experiencial

Desde una comprensión dinámica de los procesos humanos, donde la vida se entiende como un macroproceso configurado por multitud de procesos, resultantes a su vez de la combinación de infinidad de microprocesos que constituyen las diferentes experiencias humanas. Esta dimensión experiencial de la personalidad hace referencia al carácter procesual de las vivencias humanas a partir de las cuales se va construyendo la persona. Para alcanzar una mayor comprensión de estos procesos resulta de gran utilidad el Ciclo de la Experiencia que se ha tomado y adaptado de la Psicoterapia Integradora Humanista (Gimeno-Bayón y Rosal, 2001). Este ciclo, que equivale a un proceso emocional, permite concebir cada experiencia vital como una *gestalt*, un todo con principio y fin.

El paso de un ciclo a otro viene dado por un nuevo estado de desequilibrio provocado por una necesidad de déficit (relacionadas con nuestro bienestar) o por una necesidad de autorrealización (relacionadas con nuestro bienestar). Este ciclo,

que responde a un ciclo de satisfacción de necesidades, puede ser aplicado a cualquier proceso vital. La personalidad sana es entendida como un fluir armonioso de energía a través de las experiencias vitales que constituyen ciclos de satisfacción de necesidades tanto de supervivencia como de crecimiento (Maslow, 1991, 1994). El ser humano tiende inherentemente a la integración de su personalidad a través de la emergencia del sí mismo que surge como logro de la autorrealización y es fruto de una orientación productiva de su existencia. Desde esta visión holista, los acontecimientos se interpretan en función del sentido que tienen para la persona en el conjunto de su existencia y para que esto suceda es necesario que pueda darse cuenta del “aquí y ahora” de su experiencia auténtica.

La vivencia de las experiencias vitales se da en un espacio de tiempo, en un momento concreto. La dimensión experiencial está relacionada con la dimensión temporal de la personalidad, en cuanto el significado de la experiencia adquiere dimensiones distintas en función de esta temporalidad a la que estamos indeleblemente sujetos. La IE aporta información sobre las habilidades emocionales implicadas en cada una de las fases del proceso emocional: indica en que fase está bloqueado el procesamiento de la información emocional y las habilidades que es necesario potenciar para superar estas fases. Pero para que esta información sea realmente útil es fundamental identificar con claridad el macroproceso, proceso o microproceso en el que se encuentra la dificultad emocional. En función de ello se puede identificar si nos encontramos ante la insatisfacción de una necesidad del bienestar o del bienestar.

Dimensión relacional

En la TIE también se hace una interpretación sistémica y multifactorial de los fenómenos humanos. La persona se entiende como un todo conformado por diferentes subsistemas o dimensiones e integrado a la vez en sistemas más amplios (familiar, social, cultural, ecológico, etc.) que implican una causalidad circular del funcionamiento humano.

Las relaciones humanas son imprescindibles para el desarrollo físico y psicológico de los seres humanos y por tanto configuran un factor clave en el desarrollo de una personalidad sana. En las interacciones con los demás es imposible no comunicar. Los procesos de comunicación humana son muy complejos y, además de la información explícita verbal —que sólo explica el 7% (Mehrabian, 1970) —, incluyen mensajes emitidos a través de la comunicación no verbal de contenido básicamente emocional. Constantemente estamos recibiendo y enviando mensajes no verbales a otras personas que son enormemente influyentes sobre la afectividad.

En esencia, los mensajes emocionales que recibimos a lo largo de la vida pueden ser de reconocimiento y valoración o de descuento (infravaloración) y rechazo: estimulan o reprimen algunos de los rasgos que nos constituyen, condicionando los roles que asumimos, las relaciones que establecemos y los contextos en

los que nos movemos. Estos mensajes son muy influyentes en la infancia, especialmente en las etapas en que aún no se ha integrado el lenguaje. Pero también lo son cuando se es adulto, porque cada persona se mueve por un conjunto limitado de mensajes que condicionan su posición en el mundo, y en último término el guión de su vida.

Entre los mensajes de reconocimiento se pueden encontrar algunos como son “tú puedes”, “tú eres capaz”, “tú eres importante”, etc. que impulsan a ser y a hacer, pero en otros casos mensajes impulsores o de presión psicológica como “sé perfecto”, “complace”, “sé fuerte”, etc. pueden ser contraproducentes porque con ellos se están rechazando aspectos importantes de la persona y condicionando la aceptación al cumplimiento de estos mensajes. Entre los mensajes de descuento se incluyen aquellos que como “no seas tú”, “no sientas”, “no hagas”, “no seas niño”... reprimen y paralizan. La influencia que ejercen estos mensajes en la construcción de nuestra personalidad y de nuestra vida es muy importante, tanto que se observa que detrás de muchos trastornos psicopatológicos se encuentran mensajes de descuento como el “no existas” recibido en el primer año de vida de muchos pacientes con trastorno psicótico o el “no crezcas” asimilado en la adolescencia por muchos jóvenes que presentan anorexia nerviosa. Puesto que estos mensajes tienen origen externo y se reciben en contextos relacionales, se dan en segunda persona, pero al integrarlos en la personalidad los convertimos en primera persona y configuran las creencias que tenemos acerca de nosotros mismos (no soy capaz, no puedo, no soy suficiente para, los demás son mejores que yo...). Identificar para transformar los mensajes emocionales que limitan o potencian a la persona es un valioso instrumento terapéutico,

También se identifican este tipo de mensajes cuando entre dos o más personas se dan secuencias de comunicación repetitivas en las que los mensajes verbales no son coherentes con la comunicación no verbal. Estas interacciones pueden dar lugar a juegos, de los que no se tenga plena conciencia. Los juegos psicológicos generan sentimientos repetitivos y parásitos, carentes de autenticidad, que intoxican la personalidad. Juegos en los que se prohíbe la expresión de algunos sentimientos provocando una gran confusión emocional y sensación de malestar.

En este contexto tienen lugar también los juegos de poder que son un tipo de juego en el que uno de los participantes pretende conscientemente controlar los comportamientos de la otra persona, como sucede en el chantaje emocional. Estos juegos constituyen factores de riesgo y de mantenimiento de dinámicas y comportamientos disfuncionales.

Es importante recordar que son las emociones las que establecen y estructuran nuestra posición en relación a los demás y sus ideas, establecen un espacio entre nosotros y los otros, nos aproximan o alejan, provocan atracción o rechazo. Los mensajes emocionales que acompañan a las palabras marcan el estilo de la relación desde el inicio de la vida y ejercen una influencia fundamental en la construcción de nuestra personalidad y de nuestra vida.

Para descifrar estos mensajes emocionales se utiliza la lógica emocional que es muy simple, básica, innata y universal. El principio básico es “amar y ser amado” en cualquiera de sus formas. Se podría decir que incluye aquello llamado “intuición” y que se logra descifrar e interpretar a través de la IE. Durante el proceso diagnóstico se van identificando los mensajes emocionales y las dinámicas relacionales. La utilidad de tomar conciencia de todo ello es comprender los mecanismos que las crean y las mantienen, para posteriormente poder regular la interacción con los demás.

Dimensión existencial

La dimensión existencial implica adoptar una visión holista del proceso vital como macroproceso emocional y comprender las distintas experiencias vitales desde el sentido que tienen en el conjunto de la vida humana. El proyecto vital de la persona tiene una gran importancia y es necesario prestar atención al significado peculiar que cada persona da a su experiencia y circunstancias. Porque es precisamente el sentido que damos a nuestra existencia lo que le da un carácter singular e irrepetible a nuestra vida. Para alcanzar el bienestar (llegar a ser lo que potencialmente uno es) es necesario dar sentido a nuestra vida, tener objetivos vitales que guíen nuestras decisiones, tener la sensación de que el pasado y el presente tienen sentido en un todo integrado. A nivel científico se han demostrado tres vías fundamentales por las cuales podemos alcanzar “la felicidad” (en términos de bienestar y de bienestar): la vida placentera, que implica aumentar las emociones positivas sobre el pasado, el presente y el futuro; la vida comprometida, es decir, la puesta en práctica cotidiana de las fortalezas personales con el objetivo de desarrollar un mayor número de experiencias óptimas; y la vida significativa, que incluye el sentido vital y el desarrollo de objetivos que van más allá de uno mismo o metamotivaciones (Seligman, 2002).

Hay emociones que marcan nuestra existencia. Como se vio, la vida humana se conforma a través de experiencias vitales que constituyen procesos emocionales que guían dichas experiencias. En la TIE se pretende identificar las emociones que marcan las experiencias vitales significativas de la persona a fin de orientarla hacia la satisfacción de sus necesidades del estar y del ser. En el trabajo con la dimensión existencial además de tener en cuenta el autoconcepto de la persona –conformado a partir de los mensajes emocionales recibidos–, es importante descubrir las metas del bienestar que orientan su vida. Así como comprender las estrategias que utiliza para la satisfacción de estas metas.

Dimensión ética

Muy relacionada con la dimensión existencial está la dimensión ética donde juegan un papel fundamental las emociones. La ética hace referencia a saber valorar lo que nos conviene y diferenciarlo de aquello que no nos conviene. Nuestros valores constituyen un aspecto fundamental de nuestra personalidad y son las

emociones las que nos permiten en primera instancia asignar valor a las cosas, las personas, las situaciones, etc. Es en función de estos valores que se orientan las motivaciones de la persona psicológicamente sana. El valor es captado como un bien, ya que se le identifica con lo bueno, lo necesario o lo valioso y como afirma Rosal (2012) los valores éticos son fuerzas que dan sentido a la vida. Sin embargo, y a pesar de su importancia los valores éticos han sido frecuentemente obviados en el campo de la psicología (Maslow, 1991).

Las personas necesitan evolucionar, y evolucionar supone seleccionar, elegir y decidir, lo que implica asignar valor. Debido a una innata tendencia teleológica, las conductas humanas siempre están orientadas o motivadas hacia un fin. Entre estas metas se distinguen las que están orientadas a la satisfacción de necesidades básicas y las que lo están a satisfacer necesidades de realización personal o metamotivaciones (Maslow, 1991). Pero el problema es que muchas veces tenemos dificultad para identificar con claridad nuestras auténticas necesidades básicas y, en consecuencia, lo que tenemos que hacer en vistas a su satisfacción.

Por esto en ocasiones la forma en que buscamos satisfacer nuestras necesidades es errónea, nos movemos por necesidades sustitutivas que generan motivos compensatorios (Deci y Ryan, 2000) que no nos orientan hacia la consecución de nuestras metas. Cuando se tienen necesidades insatisfechas en una o varias áreas de la personalidad puede dar lugar a la aparición de necesidades sustitutivas con el objetivo de reducir el nivel de insatisfacción (e.g., adquisición de bienes materiales, deseo de admiración, éxito económico...). Las consecuencias pueden ser muy negativas a corto y largo plazo.

Para alcanzar un auténtico estado de bienestar es necesario que éste se oriente hacia el bienestar, es decir, hacia aquello que nos hace ser nosotros mismos. Sin esta orientación, el bienestar es superficial y fugaz, y no se vive como una experiencia auténtica de felicidad, de equilibrio o de paz interior. En la TIE se busca identificar el sistema de valores de la persona poniendo de manifiesto sus necesidades y motivaciones auténticas, discriminándolas de los motivos compensatorios que llevan a estados crónicos de insatisfacción.

Dimensión creativa

La creatividad es una característica primordial del ser humano, signo de salud mental y crecimiento personal. Consiste en la reorganización de forma nueva y valiosa de un todo que se manifiesta en cualquier actividad humana. Está muy relacionada con la felicidad y el bienestar, que consisten en una valoración global positiva de la vida. También implica la capacidad de hacer frente al trauma y a situaciones de vida desfavorables desarrollando la resiliencia. Muchas personas han conseguido superar situaciones traumáticas integrándolas, de forma que han podido seguir viviendo, incluso, a un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados.

En este punto, se requiere enfatizar en los potenciales de la persona. La vida

constantemente ofrece experiencias con las que aprender más de nuestro medio, de los demás y de nosotros mismos, pero sobre todo con las que poner a prueba nuestros potenciales. De forma que estos conocimientos nos llevan “a ser” cada vez más persona, cada vez más uno mismo. En este sentido, la creatividad tiene que ver con dar sentido al conjunto de la vida de forma comprometida. Cuando las personas tienen metas coherentes con sus necesidades, valores e intereses genuinos, y cuando éstas son congruentes entre sí, presentan mayores niveles de bienestar (e.g., Sheldon y Kasser, 1995) y de bienestar. Pero cuando la persona ignora o relega a un segundo plano sus necesidades sufre como consecuencia una mayor desorientación, frustración, agresividad, ansiedad y depresión. Por este motivo en la TIE se busca ir más allá del tratamiento de los síntomas que presenta la persona, más allá del bienestar momentáneo.

Objetivos

Si bien el objetivo principal es el desarrollo de la inteligencia emocional a partir del conocimiento y el entrenamiento de las habilidades emocionales, el trabajo con la IE desde la Terapia basada en Inteligencia Emocional también puede fomentar a través del trabajo focalizado en las emociones valores éticos como la escucha interior –que no debe confundirse la actitud egocéntrica que promueven algunos tipos de intervención–. Pero ¿por qué son importantes los valores éticos en la TIE? Porque el proceso de valoración es inherente al proceso emocional y todos los valores hacen referencia a las necesidades o aspiraciones humanas. También por su papel determinante en los procesos de toma de decisiones y por la fuerte implicación que tienen en nuestra felicidad. Hay que tener en cuenta que todas las decisiones son emocionales y sin emoción no puede darse ningún proyecto valioso, porque todo empieza y acaba por una emoción. Tanto es así que los daños cerebrales que afectan al componente emocional del cerebro provocan comportamientos irracionales y carentes de ética (Damasio, 2006). Por este motivo, la educación emocional requiere de un marco ético que le indique los fines y prolongarse con la realización de valores fundamentales (Marina, 1996). Si no fuera así, correríamos el riesgo de hacer un mal uso del conocimiento emocional que aporta la IE.

La TIE consiste en una terapia creativa ya que no se centra únicamente en los síntomas. A diferencia de los tratamientos tradicionales, más focalizados en la reducción de síntomas, se centra en las capacidades y recursos de los pacientes. La meta de la psicoterapia no es el trastorno, sino ayudar a crecer a la persona de modo que sea capaz de afrontar el problema presente y los que se presenten en el futuro (Gondra, 2002). Se trata de conocer para ser.

Procedimiento

El diagnóstico emocional se lleva a cabo previo a la intervención con la evaluación psicométrica de la personalidad, la IE (subjettiva y objetiva) y la sintomatología, y a lo largo de todo el proceso de intervención. Durante el proceso

terapéutico guiado por una heurística positiva se explora la emoción básica en torno a la que se estructura la personalidad, los mensajes emocionales recibidos en la infancia que condicionan el autoconcepto o *self* y las relaciones, el significado o metáfora del síntoma que representa la vivencia personal y particular que tiene la persona sobre su propio sufrimiento, así como la función del síntoma en su ciclo vital y la estructura y dinámica del sistema familiar al que pertenece. Con toda esta información se van integrando las piezas de un *puzzle* que va tomando forma a medida que ofrece una visión holista de la persona.

Para atender a los objetivos planteados, se emplean diferentes técnicas o estrategias de intervención como son las técnicas narrativas que permiten expresar y ordenar la experiencia emocional, fomentando su reconstrucción e integración. Técnicas de arteterapia que se basan en dar sentido al mundo subjetivo de forma simbólica y mejoran la calidad de las relaciones humanas, facilitando el desarrollo creativo de la persona. Pero también se utiliza la dramatización que consiste en la representación metafórica de conceptos y personas en conflicto, enfatizando en la dimensión relacional. Así como de las técnicas de fantasía que utilizan las imágenes como vía de acceso a la información no verbal implícita en la experiencia emocional.

En su versión manualizada la TIE se lleva a cabo en 24 sesiones que siguen una estrategia transversal y otra longitudinal, aunque puede desarrollarse atendiendo a las necesidades específicas del proceso de cada paciente. La intervención se orienta a las cuatro emociones básicas: miedo, tristeza, rabia y alegría, que constituyen la base de nuestra experiencia emocional. Consiste en una intervención multimodal y multidimensional, que tomando como eje estructural las habilidades emocionales y como procedimientos los descritos anteriormente, aborda de forma integrada las diferentes dimensiones de la personalidad.

El proceso de intervención gira en torno a dos ejes de trabajo. El eje longitudinal hace referencia a la totalidad del tratamiento que está destinado a trabajar en cuatro fases las habilidades de IE: identificación, facilitación, comprensión y regulación. Los cambios destacados en este nivel se dan entre-sesiones. En cambio, el eje transversal hace referencia a cada una de las sesiones de terapia. 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 en cada una de las sesiones, por lo que se destacan los cambios que se dan intra-sesión.

Eficacia de la TIE

Para su validación empírica se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado en el que participaron 132 pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad procedentes de un Centro de Salud Mental de la provincia de Barcelona. Los pacientes fueron asignados a una de las dos condiciones experimentales para llevar a cabo grupos de psicoterapia: grupo de Tratamiento basado en Inteligencia Emocional y

grupo de Terapia Cognitivo Conductual. Los resultados mostraron una eficacia estadística significativamente superior de la TIE respecto a la TCC sobre la mayoría de las variables evaluadas: síntomas clínicos como ansiedad, depresión y somatización; la personalidad, demostrando que el desarrollo de las habilidades emocionales tiene un efecto positivo sobre la estructura de la personalidad; la satisfacción general con la vida; la alianza terapéutica, fomentando en mayor medida el vínculo terapéutico; la satisfacción con el tratamiento y por supuesto sobre las variables de IE (tanto subjetiva como objetiva). Además se observó que los efectos de la TIE son más lentos pero más eficaces y duraderos que los de la TCC. Los cambios significativos en ansiedad con la TCC se dan entre la sesión 1-12 en cambio con la TIE entre la sesión 12-24. Lo que parece lógico puesto que el TCC focaliza en los síntomas y el TIE los aborda de forma indirecta (para una revisión véase Lizeretti, 2009).

Modalidades y ámbitos de aplicación

TIE es un tratamiento psicoterapéutico que se ha diseñado para su aplicación tanto individual como grupal en adultos y actualmente se está trabajando en su adaptación manualizada para niños.

Dentro del ámbito de la psicopatología actualmente se están realizando estudios para validar su eficacia con pacientes diagnosticados de depresión mayor y fibromialgia. Fuera del ámbito sanitario, también se están llevando a cabo diversos proyectos. Uno de ellos es el proyecto PsiBe en colaboración con el Colegio Oficial de Psicología de Catalunya y la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Generalitat de Catalunya en el que se está validando la TIE en menores tutelados. Otro ámbito donde se está aplicando y se quiere evaluar su eficacia es en personas con discapacidad intelectual.

Referencias bibliográficas

- Baker, R., Holloway, J., Thomas, P.W., Thomas, S., & Owens, M. (2004). Emotional processing and panic. *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), 1271-1287.
- Campbell-Sills, L. & Stein, M. (2005). Justifying the diagnostic status of social phobia: A Reply to Wakefield, Horwitz, and Schmitz. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(6), 320-323.
- Damasio, A. R. (2006). *El error de Descartes*. Barcelona, España: Crítica.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Downey, L. A., Johnston, P. J., Hansen, K., Schembri, R., Stough, C., ... Schweitzer, I. (2008). The relationship between emotional intelligence and depression in a clinical sample. *The European Journal of Psychiatry*, 22, 93-98.
- Edwards, J., Jackson, H.J. & Pattison, P.E. (2002). Emotion recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia: a methodological review. *Clinical Psychology Review*, 22, 789-832.
- Fernández-Abascal, E., Palmero, F., & Martínez-Sánchez, F. (2002). Introducción a la Psicología de la motivación y la emoción. En F. Palmero, E. Fernández-Abascal, F. Martínez & M. Chóliz (Eds.). *Psicología de la Motivación y de la Emoción* (pp. 3-33). Madrid, España: McGraw Hill.

- Gibbons, C. J., Fournier, J. C., Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P., & Beck, A. T. (2010). The Clinical Effectiveness of Cognitive Therapy for Depression in an Outpatient Clinic. *Journal of Affective Disorders, 125*, 169–176.
- Gimeno-Bayón, A. (2002). *Comprendiendo como somos. Dimensiones de la personalidad* (5ª ed.). Bilbao, España: Desclée De Brouwer
- Gimeno-Bayón, A. & Rosal, R. (2001). *Psicoterapia Integradora Humanista (volumen I). Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensores, cognitivos y emocionales*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Gondra, J. M. (2002). *Apuntes de la psicoterapia de G. Egan: Un modelo post-rogeriano*. Barcelona: Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.
- Hertel, J., Schütz, A., & Lammers, C. (2009). Emotional intelligence and mental disorder. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 942-954.
- Jack, R. E., Garrod, O.G.B., & Schyns P. G. (2014). Dynamic Facial Expressions of Emotion Transmit an Evolving Hierarchy of Signals over Time. *Current Biology 24*, 187–192. Institute of Neuroscience and Psychology, University of Glasgow, Glasgow, Scotland, G12 8QB, UK
- Jacobs, M., Snow, J., Geraci, M., Vythilingam, M., Blair, R.J.R., ...Blair, K.S. (2008). Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 1487–1495.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: 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, España: Universitat Ramon Llull (Tesis doctoral). Recuperado el 21 de enero de 2016 de: http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/9269/Tesis_Nathalie_P_Lizeretti.pdf?sequence=1.
- (2012). *Terapia basada en Inteligencia Emocional. Manual de tratamiento*. Lérida: Milenio.
- Lizeretti, N. P. & Extremera, N. (2011). Emotional intelligence and clinical symptoms in outpatients with generalized anxiety disorder (GAD). *Psychiatric Quarterly, 82*, 253-260.
- Lizeretti, N. P., Extremera, N., & Rodríguez, A. (2012). Perceived emotional intelligence and clinical symptoms in outpatients with mental disorders. *Journal of clinical psychology*.
- Lizeretti, N. P., & Rodríguez Ruiz, A. (2011). La Inteligencia Emocional en Salud Mental: Una revisión. *Ansiedad y Estrés, 17*, 233-253.
- Marina, J. A. (1996). *El laberinto sentimental*. Barcelona, España: Anagrama.
- Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid, España: Díaz de Santos. (Trabajo original publicado en 1954).
- (1994). *La personalidad creadora*. (4ª ed.). Barcelona, España: Kairos.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is Emotional Intelligence? En P. Salovey y D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence educational implications* (pp.3-31). New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. & Sitarenios, G. (2003). Measuring Emotional Intelligence with the MSCEIT v.2. 0. *Emotion, 3*, 97-105..
- Mead, G.H. (1910). "Social Consciousness and the Consciousness of Meaning". *Psychological Bulletin, 7*, 397-405.
- Mehrabian, A. (1970). When are feelings communicated inconsistently? *Journal of Experimental Research in Personality, 4*, 198-212.
- Oberst, U., & Lizeretti, N. P. (2004). Inteligencia emocional en psicología clínica y en psicoterapia. *Revista de psicoterapia, 15*, 5-22. <http://revistadepsicoterapia.com/inteligencia-emocional-en-psicologia-clinica-y-en-psicoterapia.html>
- Rosal, R. (2012). *Valores éticos o fuerzas que dan sentido a la vida. Qué son y quiénes los vivieron*. Lleida, España: Milenio.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. En S. Fiske (dir.), *Annual Review of Psychology* (vol. 52; pp. 141-166). Palo Alto, CA: Annual Reviews, Inc.
- 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.
- Seligman, M. E.P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York, NY: Free Press.

- Sheldon, K.M., & Kasser, T. (1995). Coherence and congruence: Two aspects of personality integration. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*, 531-543.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W., & Jarrett, R. B. (2007). Reducing Relapse and Recurrence in Unipolar Depression: A Comparative Meta-Analysis of Cognitive-Behavioral Therapy's Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*, 475-488.
- Westen, D. & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 875-899.