



UNIVERSITAT
JAUME•I

Diseño de una intervención basada en técnicas de regulación emocional y psicología positiva para un caso de trastorno de depresión mayor y rasgos de personalidad límite

Andrea Delgado Carretero
al350090@uji.es

Berenice serrano Zárate
bserrano@uji.es

RESUMEN

Introducción: La depresión está muy asociada con sintomatología en personas con trastorno límite de la personalidad (TLP), se estima que el 32% de pacientes con TLP padecen un trastorno de depresión mayor (TDM). Por otra parte, se ha evidenciado la eficacia de intervenciones basadas en regulación emocional y psicología positiva para la reducción de la sintomatología depresiva. **Objetivo:** Diseñar una intervención para un caso diagnosticado con TDM y rasgos de TLP, basada en técnicas de regulación emocional y psicología positiva. **Método:** La intervención se llevó a cabo con una mujer de 23 años quien experimentaba sintomatología depresiva, dificultades de regulación emocional y rasgos límite de la personalidad. Se ha diseñado un protocolo de evaluación el cual mide antes y después de la intervención el estado de ánimo, autoestima, ansiedad, síntomas de trastorno de personalidad, regulación emocional, expectativas y opinión del tratamiento, alianza terapéutica y gravedad valorada por el terapeuta. Asimismo se evaluó semanalmente a través de registros específicos para este estudio. También se ha diseñado un protocolo de intervención, integrado por: psicoeducación, toma de conciencia, regulación emocional, psicología positiva y prevención de recaídas. La intervención se realizó durante 13 sesiones con duración de 60 min., con periodicidad semanal. **Resultados:** Se produjo una disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa, un incremento de la autoestima, y mejoras en la regulación emocional. **Conclusiones:** El uso de técnicas como la regulación emocional y la psicología positiva, podrían resultar de gran utilidad en el tratamiento del TDM en comorbilidad con problemas de la personalidad.

Palabras clave: depresión, trastorno límite de personalidad, regulación emocional, psicología positiva

ABSTRACT

Introduction: Depression, or depressive disorders, are highly associated with Borderline Personality Disorder (BPD), being estimated that a 32% of BPD patients suffer major depression. Furthermore, interventions based on emotional regulation and positive psychology have shown their effectiveness in the depressive symptomatology reduction. **Purpose:** To design an intervention based on emotional regulation techniques and positive psychology for a

major depression with BPD traits case. **Methods:** The intervention is applied to a 23-year-old woman who experiences depressive symptomatology difficulties in emotional regulation and BPD traits. An evaluation protocol for mood, self-esteem, anxiety and personality disorder symptoms, emotional regulation, expectative and treatment opinion, therapeutic alliance and severity evaluated by the therapist was designed and applied previous and after the intervention, including a weekly evaluation through specific registers designed for this studio. The designed intervention protocol was composed by psychoeducation, consciousness, emotional regulation, positive psychology and relapse prevention. The intervention was applied through 60 minutes weekly sessions, during an intervention period of 13 sessions. **Results:** Clinical significant changes in patient symptomatology were observed, showing anxiety and depressive symptomatology reduction, self- esteem increment and improvement of emotional regulation. **Conclusion:** The use of techniques such as emotional regulation and positive psychology could be very useful in the treatment of MDD in comorbidity with personality problems.

Key words: Depression, Borderline Personality Disorder, emotional regulation, positive psychology self-esteem.

INTRODUCCIÓN

Las personas a lo largo de su vida pueden experimentar un amplio abanico de estados de ánimo y expresiones afectivas. El estado de ánimo sufre oscilaciones a lo largo del tiempo y se diferencia de las emociones en que este es mucho menos intenso y más duradero. Sin embargo, es importante tener en cuenta que existe una estrecha relación entre personalidad y estado de ánimo, haciendo que personas con determinados tipos de personalidad, sean más vulnerables a experimentar un estado de ánimo u otro, es decir la presencia de cierta predisposición biológica puede influir en nuestra reactividad emocional (Hervás y Vázquez, 2006). Como se pondrá de manifiesto en el presente trabajo, se evidencia también que, la presencia de acontecimientos o sucesos vitales estresantes, son importantes factores de riesgo en nuestros estados emocionales y nuestras características de personalidad. Las circunstancias vividas, ya sean aquellas que favorecen el desarrollo, como acontecimientos vitales estresantes que lo dificultan, suponen una repercusión en nuestro ajuste y desarrollo.

Se ha estudiado que los acontecimientos estresantes o dificultades vitales presentan una estrecha relación con la ocurrencia de sintomatología depresiva, características de personalidad desadaptativas así como dificultades en la regulación de las emociones. Se infiere, que a menudo los episodios de sintomatología depresiva acontecen tras un estrés psicosocial grave, por lo que se estima que los acontecimientos psicosociales desempeñan un papel muy importante en la precipitación del primer episodio (SanJuan, Magallares, 2006; Orth, Robins y Meier, 2009 y Lloyd, Klinteberg y DeMarinis, 2016).

Asimismo, dichos acontecimientos psicosociales pueden modular nuestra personalidad. Ambientes muy invalidantes, principalmente a nivel familiar donde predominen problemas en la interacción y de apego, experiencias traumáticas o negligencias emocionales, suponen factores de riesgo para el desarrollo de ciertos rasgos desadaptativos o trastornos de personalidad. Todo ello presenta importantes consecuencias en nuestro desarrollo personal, sistema emocional, autoestima, regulación afectiva, capacidad de afrontamiento y resolución de problemas y por lo tanto afecta a nuestro estado de ánimo (Páez, Fernández, Campos, Zubieta y Casullo, 2006 y Hankin, 2010). Dicha sintomatología se relacionaría principalmente con la psicopatología del trastorno límite de personalidad (TLP), o sin embargo con ciertos rasgos de personalidad límite, sin llegar a cumplir la totalidad de sus criterios diagnósticos, causando igualmente una importante inestabilidad afectiva y desregulación emocional (Bradley, Jenei y Westem, 2005; Fruzzetti, Shenk y Hoffman, 2005 y Bomovalova, Hicks, Lacono y McGue, 2010).

En el ámbito de la intervención clínica se ha evidenciado la eficacia de la utilización de estrategias de psicología positiva para fomentar las emociones positivas, así como la calidad de vida y la disminución del estado de ánimo negativo y el malestar. Se estima que las intervenciones positivas son muy eficaces para elevar los niveles de felicidad y que tienen un impacto muy significativo sobre la depresión (Vázquez, 2006; Vázquez, Hervás y Y.Ho, 2006; Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005 y Sergeant y Mongrain, 2011).

Por otro lado las aportaciones de Linehan (2003), a través de la terapia dialectico conductual, suponen una contribución importante en la intervención eficaz para las personas con Trastorno Límite de Personalidad y por consiguiente para la intervención sobre aspectos específicos de desregulación afectiva. A través de su módulo de habilidades de regulación emocional, se incide de forma directa en la intervención sobre

las emociones, proponiendo un modelo donde se enseña a identificar y etiquetar las emociones así como reducir la vulnerabilidad negativa, potenciando el cambio emocional y el incremento de acontecimientos positivos. Supone así, una intervención altamente eficaz para tratar problemas de regulación afectiva (Palacios, 2004; Hervás, 2011).

De este modo, atendiendo a dichas aportaciones, el presente trabajo está dirigido a la creación de un protocolo de intervención utilizando estas dos estrategias de intervención (Regulación emocional y Psicología Positiva), para un caso de una joven de 23 años que presenta depresión mayor y rasgos límites de personalidad.

Estado de ánimo y personalidad

Para comprender qué es el estado de ánimo (EA), sus repercusiones y sus características, es importante delimitarlo respecto a la emoción, ya que el EA presenta características que lo diferencian notablemente de las emociones. En las reacciones emocionales encontramos la presencia de estímulos inductores, cuya función es activar un sistema de respuesta, otorgándole así un punto de inicio. La emoción es un estado puntual, causado por una situación precedente. Sin embargo, en el EA nos encontramos con que no presenta un estímulo claramente identificable, ni un objeto hacia el cual referirse, el EA surge, no obstante, de la experimentación e interacción de emociones intensas o repetidas. Se estima que cuando las emociones se presentan de forma continuada, especialmente emociones negativas, intensas y que conllevan una gran carga afectiva, la expresión emocional comienza a inhibirse.

Asimismo se ha encontrado que la experimentación de una actividad emocional muy intensa ante acontecimientos significativos como la pérdida, por ejemplo, tiene un enorme impacto en nuestro EA, ocasionando una reducción en la respuesta a estímulos positivos y mayor vulnerabilidad a la experimentación de sintomatología depresiva. Es decir encontramos así una fuerte influencia de nuestra experimentación emocional y de cómo esta nos predisponen a ciertos EA, siendo las emociones intensas, negativas, repetidas y rodeadas de experiencias fuertemente estresantes, las más influyentes en el desarrollo de EA negativos y dificultades en la regulación emocional (Gallardo, 2006).

Del mismo modo diferente EA pueden ocasionar una respuesta más emocional y reacciones emocionales intensas ante diferentes eventos. Un estudio realizado por la Universidad de Watzburgo, Alemania, demostró la influencia de nuestro EA en la respuesta emocional. Los autores de dicha investigación, identificaban al EA como un

modulador que intensifica las respuestas emocionales posteriores si estas tenían una valencia congruente o que disminuye su intensidad si la valencia es incongruente con el EA (Neumann, Seibt, y Strack, 2001). A continuación en la Figura 1, se expone la interrelación de estos factores junto al afecto y la descripción de sus características.

Otro concepto importante a definir y que se encuentra fuertemente ligado al estado de ánimo es la personalidad. Atendiendo a las aportaciones de Allport (1937), se entiende la personalidad como “La organización dinámica dentro de un individuo de aquellos sistemas psicofisiológicos que determinan su ajuste único al ambiente”. La personalidad es un patrón incorporado de rasgos cognitivos, conductuales y afectivos persistentes en el tiempo y que surge de la interacción de una predisposición biológica y de la vivencia de diferentes experiencias. Se infiere que poseemos diferentes estilos de personalidad, definidos estos como patrones de conducta, sentimientos, pensamientos y relaciones con los demás (Millon, 1990).

Teniendo pues en cuenta dichas definiciones, queda patente que en la personalidad hay un fuerte componente emocional y afectivo, por lo que es de suponer la interrelación entre el estado de ánimo y la personalidad. . Un estudio realizado por Zhang, Zheng y Magnenat-Thalmann (2016) encontró una influencia importante de la dinámica del afecto entorno a las emociones, el estado de ánimo y la personalidad, considerándola como un componente modulador del sistema afectivo.

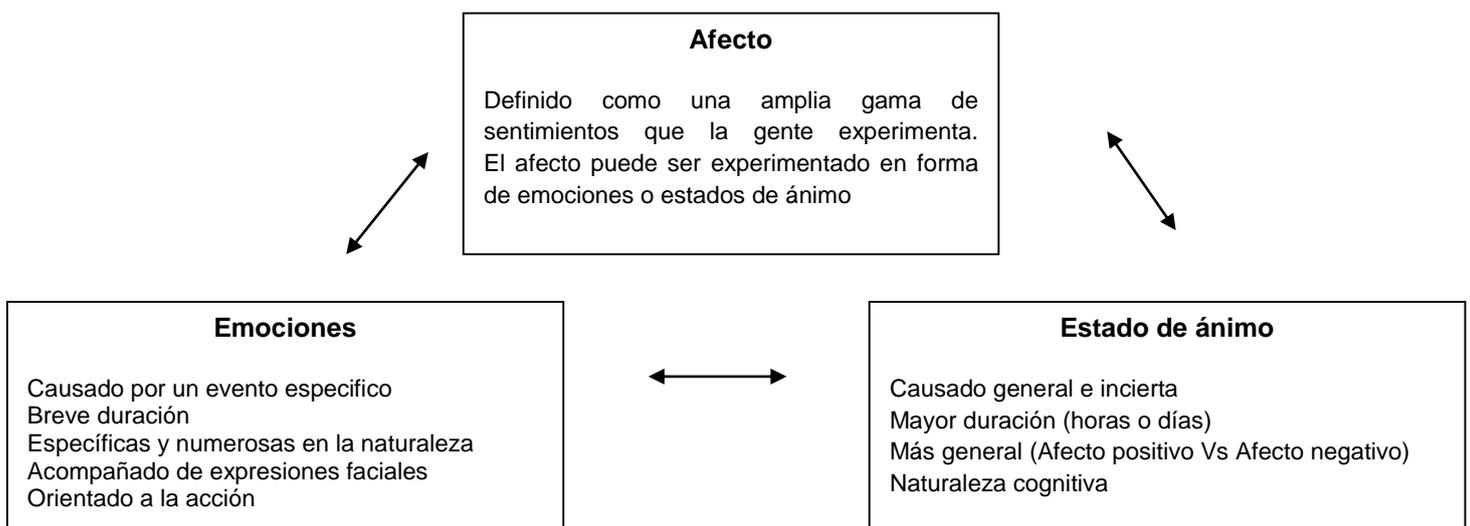


Figura 1. Interrelación y descripción de los conceptos afecto, emoción y estado de ánimo. Adaptado de Hume, 2012.

De la misma forma, atendiendo a los rasgos de personalidad y su influencia en los estados y dificultades emocionales, se ha demostrado que el neuroticismo se asocia con la depresión, incrementando el riesgo a padecer dicho trastorno emocional hasta en tres veces, y aumentando la probabilidad de recurrencia de los episodios depresivos (Boyce, Parker, Barnett, Cooney y Smith, 1991 y Berlanga, Heinze, Torres, Apiquian) En relación a ello, Brown y Barlow (2009), consideraron que los Trastornos emocionales, compartían un conjunto de alteraciones emocionales, relacionadas estrechamente con el neuroticismo, enfatizando principalmente en niveles más altos de afecto negativo (Brown y Barlow, 2009). Asimismo Vilaplana, McKenney, Riesco, Autonell y Cervilla (2010), encontraron un mayor porcentaje de trastornos del estado de ánimo entre pacientes del Cluster C (17%) seguido del Cluster A (10%). Dicho estudio puso en evidencia la alta comorbilidad existente entre los trastornos emocionales y los trastornos de personalidad.

Siguiendo la misma línea, Watson y Naragon-Gainey (2014), examinaron las relaciones entre los rasgos de personalidad del modelo de cinco factores y la sintomatología de los problemas emocionales y el estado de ánimo y encontraron que el neuroticismo se correlacionaba fuertemente con las sintomatología de angustia y afectividad negativa (estado de ánimo deprimido y ansioso) y de forma más moderada con labilidad afectiva, pánico, trastorno de estrés postraumático, control e intrusiones obsesivas. Por su parte, la extraversión se correlacionaba negativamente con síntomas de ansiedad social/ fobia social y positivamente con un estado de ánimo caracterizado por la efusividad. Estos resultados ponen en evidencia principalmente que ciertos rasgos de personalidad suponen una vulnerabilidad potencial para la predisposición de cierta psicopatología, pudiendo suponer un papel etiológico en ciertos aspectos de los trastornos emocionales y el estado de ánimo de una persona.

En definitiva, se pone de manifiesto la importancia del estado de ánimo y su influencia en la respuesta emocional, así como su diferencia respecto a la emoción y el afecto. Del mismo modo observamos no solo la interrelación entre estos factores si no también la importancia de la personalidad en la presencia de un determinado estado de ánimo, identificando ciertas predisposiciones emocionales atendiendo a los diferentes factores de personalidad. Además se evidencia, la comorbilidad entre trastornos emocionales y trastornos de personalidad. Encontramos pues que la alta reactividad a las emociones negativas, se encuentra muy ligada con el rasgo neuroticismo de la personalidad, compuesto tanto por factores genéticos, neurobiológicos y psicológicos (Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Bullis y Ellard, 2013). A continuación nos centraremos en

delimitar las características de un trastorno emocional en específico, el trastorno de depresión mayor y hablaremos también de un determinado perfil de personalidad, caracterizado por la presencia de rasgos límites, centrándonos así en la problemática específica presentada en la paciente de nuestro estudio.

Trastorno de depresión mayor

Definición

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, que se presenta un conjunto de síntomas de carácter afectivo, donde predomina la apatía, tristeza, irritabilidad, decaimiento, desesperanza etc., pudiendo presentar también sintomatología de tipo cognitivo o somático. Se produce una afectación en la vida global de la persona, tanto a nivel social como personal y principalmente emocional (Casañas, 2015).

Criterios diagnósticos

La Depresión Mayor es clasificada por la American Psychiatric Association (2013), dentro de los trastornos depresivos. Según esta clasificación la sintomatología depresiva debe de haber estado presente por lo menos durante dos semanas, representando un cambio importante en el funcionamiento de la persona.

La expresión clínica consiste en una acusada alteración del estado de ánimo y de la esfera afectiva, caracterizada como ya hemos comentado por síntomas como tristeza, irritabilidad, apatía etc. En la Tabla 1, se adjuntan los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-5. Es importante añadir que a la hora de establecer el diagnóstico de Depresión Mayor, se debe realizar un procedimiento de codificación y registro, teniendo en cuenta un conjunto de especificadores que aluden al nivel de gravedad, si el episodio es único o recurrente, la presencia o no de características psicóticas y el estado de remisión (ver Tabla 2).

Asimismo se debe especificar si confluye con ansiedad, características mixtas, melancólicas, atípicas, psicóticas congruentes o no congruentes con el EA, con catatonía, de inicio peripato o con patrón estacional. Se estima, que existe una estrecha relación entre la sintomatología básica de los trastornos de depresión mayor y el trastorno de ansiedad, siendo esta relación diferente en función de los trastornos. De este modo, no es de extrañar que frecuentemente se perciba el trastorno depresivo asociado con la ansiedad y con diferentes combinaciones sintomatológicas en sus manifestaciones. Se evidencia la

existencia de un conjunto de síntomas no específicos y relacionados con un factor general de emocionalidad negativa que indicarían que estos síntomas presentan un papel muy importante en la sintomatología de ambos trastornos (Watson, 2009).

Por otro lado el trastorno de Depresión mayor puede coocurrir con el abuso de sustancias como el alcohol o asociarse a otros trastornos como los trastornos de la conducta alimentaria y algunos trastornos de personalidad. La base para distinguir la sintomatología de comportamientos ordinarios, viene dada por la gravedad, persistencia e influencia en la vida global de la persona, creando un marcado deterioro social, personal y emocional y comportamientos desadaptativos (España y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Tabla 1.

Criterios diagnósticos del Trastorno de depresión Mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los siguientes síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o del placer

Nota: No incluir síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afectación médica

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
7. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones, casi todos los días
9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o plan específicos para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

C. el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afectación médica

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

E. nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco

Nota. Fuente: Adaptado de American Psychiatric Association, 2013

Tabla 2

Codificación y registro del Trastorno de Depresión Mayor

Especificador de gravedad	Descripción	Curso	
		Episodio único	Episodio Recurrente
Leve	Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos. La intensidad de los síntomas causa malestar pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral	296.21 (F32.0)	296.31(F33.0)
Moderado	El número de síntomas, la intensidad y/o el deterioro funcional están entre los especificados para “leve” y “grave”	296.22(F32.1)	296.32(F33.1)
Grave	El número de síntomas supera notablemente a los necesarios	296.23(F32.2)	296.33(F33.2)
Con características psicóticas		296.24(F32.3)	296.34(F33.3)
En remisión parcial	Los síntomas del episodio anterior están presentes pero no se cumplen todos los criterios o cuando acaba un episodio de este tipo, existe un periodo que dura menos de dos meses sin ningún síntoma significativo	296.25(F32.4)	296.35(F33.41)
En remisión total	Durante los últimos dos meses no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno	296.26(F32.5)	296.36(F33.42)
No especificado		296.20(F32.9)	296.30(F33.9)

Nota. Fuente: Adaptado de American Psychiatric Association, 2013.

Características clínicas

Prevalencia y curso

En términos generales, los trastornos emocionales representan actualmente una grave problemática en la salud mental. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013), la depresión afecta casi a un total de 121 millones de personas en todo

el mundo, a cuyo tratamiento tienen acceso menos del 25%. Asimismo, es considerada como una de las principales causas de discapacidad, representando el 4,3% de la carga de enfermedad global. La prevalencia varía según el país estudiado, se estima que en América un 16,2% presentó este trastorno en algún momento de su vida y un 6,6% en el último año (Kessler, et al., 2003).

Por su parte en España, la depresión se ha convertido en los últimos años en un grave problema de salud pública. Un estudio realizado por Fernández et al., (2015) sobre el análisis de la prevalencia en los últimos 15 años, encontró que los datos de la prevalencia oscilaban entre 2,12% en prescolares, 8,56 en la población general y 55,6% en estudiantes universitarios, existiendo un patrón mayor en mujeres. La depresión puede iniciarse a cualquier edad, de hecho se evidencia la existencia de depresión infantil, no obstante la mayor prevalencia se da entre la adolescencia (15 años) y la adultez (45 años), suponiendo un gran impacto en los diferentes ámbitos de vida de la persona (Patten et al., en Sanidad, 2014).

Comorbilidad y diagnóstico diferencial

Un alto porcentaje de las personas con depresión, sufren también psicopatología asociada a otros trastornos mentales, entre los que destacan principalmente el trastorno de ansiedad. Un estudio realizado por Aragonés, Piñol y Labad (2008) encontró que el 45,7% de los pacientes con depresión padecía al menos un trastorno mental más, dos en el 19,9% de los casos y tres trastornos en el 8,3%. Es decir, se infiere que hay una existencia concomitante de dos o más trastornos. En relación a ello, Hamilton (1998), ya ponía de manifiesto que en un 96% de los casos de depresión se presentaban síntomas ansiosos como preocupaciones, ansiedad somática, agitación etc. formando parte del cuadro clínico y constituyendo un indicador de gravedad de la psicopatología. Asimismo, como ya hemos comentado con anterioridad, Watson (2009) ponía en evidencia la relación existente entre los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, identificando sintomatología comórbida y suponiendo una gran aportación para la mejora del diagnóstico diferencial. Igualmente, un estudio realizado por Hirschfeld (2001) encontró que un 85% de los pacientes con depresión padecía ansiedad y que un 90% de los pacientes con trastornos de ansiedad tenía depresión. Así pues, el diagnóstico diferencial debe estar orientado a constatar si a la etiología es idiopática o pudiera estar relacionada con

una afectación médica, otro trastorno mental, consumo de sustancias o medicación. Del mismo modo, debemos tener en cuenta el trastorno de ansiedad, el trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar, distimia, trastorno adaptativo, consumo de sustancias o síntomas negativos de la esquizofrenia (Sanidad, 2014).

Factores de riesgo y vulnerabilidad

La probabilidad de desarrollo de la depresión depende de un extenso conjunto de factores de riesgo, no obstante es difícil establecer la totalidad de ellos, así como la interrelación de los mismos. Muchos factores interactúan de tal forma que en ocasiones podrían ser incluso la causa o consecuencia de la misma interacción. Asimismo se estima que es difícil distinguir entre sus efectos en el inicio y en el curso de la depresión (Bellón et al., 2008).

Como ya hemos comentado anteriormente, la prevalencia de la depresión es mayor en mujeres que en hombres, dando comienzo en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta, por lo que se estima ser mujer como un importante factor de riesgo (Bellón et al., 2008). No obstante, nos encontramos con un amplio grupo de factores de riesgo, relacionados principalmente con los factores personales, factores familiares y la experimentación de acontecimientos vitales estresantes que comentaremos a continuación.

Se ha evidenciado que los rasgos neuróticos de la personalidad, se asocian de forma significativa con la depresión, tanto con la incidencia como con las recaídas. Asimismo se ha asociado con la presencia rasgos psicopatológicos de otros trastornos como los trastornos de ansiedad. (Watson y Naragon-Gainey 2014 y Brown y Barlow 2009). Por otro lado, también se ha relacionado (según el modelo de vulnerabilidad) la baja autoestima y los estilos de atribución negativos como factores de riesgo en el inicio y mantenimiento de la depresión a través de las vías interpersonales e intrapersonales, sin embargo no se ha evidenciado la relación inversa, es decir que la baja autoestima sea resultado de la depresión. La baja autoestima motiva a la evitación, las personas con una autoestima negativa son más sensibles al rechazo y presentan percepciones más negativas respecto al comportamiento de sus parejas y las relaciones sociales, por lo que es de esperar que su patrón de actuación pueda conducirles a largo plazo a padecer sintomatología depresiva (Orth, Robins, Trzesniewski, Maes y schmitt, 2009; Sowislo y Orth, 2013; Moroz y Dunkley, 2015).

Otros factores de riesgo que encontramos giran en torno al sistema familiar, las interacciones y el apego. Los estudios evidencian que ambientes invalidantes, patrones de relación afectiva desadaptativos, apego inseguro y los conflictos familiares suponen importantes factores de riesgo que dificultan de forma significativa la regulación emocional y fomentan el desarrollo de patrones desadaptativos de personalidad y desajuste emocional. Estas personas desarrollan una mala auto-imagen y dificultades de afrontamiento que les hacen más vulnerables para la depresión. Además, en relación a los factores familiares se ha relacionado la psicopatología y enfermedad mental de los padres, (como antecedentes de depresión, alcoholismo o trastornos mentales), como factores de riesgo para la psicopatología en los hijos (Páez, Fernández, Campos, Zubieta y Casullo, 2006 y Bellón et al., 2008).

Finalmente, cabe mencionar los acontecimientos vitales estresantes como factores relevantes que tienen el potencial de alterar el estado mental de la persona suponiendo así una marcada predisposición para desarrollo de sintomatología depresiva o psicopatología de diversa índole. Se ha demostrado además, que esta asociación es mayor en mujeres que en hombres, existiendo diferencias de género, y que no existe correlación significativa con eventos moderados o leves. Del mismo modo se establece una relación recíproca y se desprende que la depresión puede provocar o exacerbar también, acontecimientos y situaciones estresantes. Cabe añadir que las características personales, los factores genéticos y los entornos en los que estas se ven expuestas, pueden suponer un modulador, variando así la asociación entre la depresión y dichos acontecimientos estresantes. Por otro lado y considerando a la adolescencia como una etapa clave en el ajuste emocional y personal de la adultez, se ha constatado también la relación e impacto de estos acontecimientos con la sintomatología depresiva en esta etapa, considerando los acontecimientos familiares y escolares como los más influyentes (Kessler, 1997; You y Conner, 2009; Kendler, Karkowski y Prescott, 1999; Roca et al., 2013). Igualmente se ha relacionado, el fallecimiento temprano de algún miembro de referencia (padre o madre), así como la separación entre ambos, como un estresor potencialmente influyente. Las personas expuestas a una pérdida o a una separación temprana de sus padres son más sensibles y vulnerables a posteriores estresores pese a que estos sean de menor intensidad. Las personas que sufren acontecimientos vitales estresantes antes del desarrollo de la sintomatología depresiva, presentan mayores cambios a nivel cognitivo que aquellos

que desarrollan el inicio del episodio sin la presencia de un evento previo (Slavich, Monroe y Gotlib, 2011; Monroe, Slavich, Torres y Gotlib, 2007).

Tratamiento

La depresión puede ser tratada de diferentes maneras, atendiendo a las distintas perspectivas. Nos encontramos por tanto con tratamientos psicológicos y farmacológicos, siendo estos últimos los primeros en ser estudiados y los más utilizados, no obstante no existe una certeza de si alguno de los antidepresivos presenta una eficacia superior. Por su parte, en relación a los tratamientos psicológicos que cuentan con suficiente apoyo empírico y estudios controlados, nos encontramos con la terapia de conducta, la terapia cognitiva de Beck y la psicoterapia interpersonal de Klerman (Pérez y García, 2001 y Vázquez, Nieto, Hernan y Hervás 2004). Sin embargo en el presente estudio se pretende analizar y exponer la efectividad del tratamiento a través de la Psicología Positiva como una alternativa de la mano de Seligman (1999), el cual puede ser tan o incluso más eficiente que los tratamientos tradicionales (Cuadra, Veloso, Ibergaray y Rocha, 2010).

Psicología Positiva

La psicología positiva es un nuevo enfoque de la psicología que en los últimos años comienzan a aparecer de forma significativa en la literatura. Por iniciativa de Seligman (1999), la Psicología positiva surge como una necesidad complementaria a la forma tradicional de contemplar la psicología. Así pues, las intervenciones de dicha orientación giran en torno a no solo disminuir el malestar psicológico, sino también aumentar y suscitar el bienestar. Es un enfoque destinado a estudiar la experiencia óptima ampliando la orientación tradicional centrada en los problemas (Park, Peterson y Sun, 2013). Un aporte fundamental de esta perspectiva es el uso de emociones, cogniciones y comportamientos positivos a fin de mejorar el bienestar ya sea en el desarrollo personal o en presencia de patología. Muchos de los temas en los que se centra la psicología positiva giran en torno a la creatividad, optimismo, amor, inteligencia emocional, perdón, gratitud, resiliencia o humor entre otros y suponen al mismo tiempo estrategias y lemas de intervención (Vázquez, Hervás y Ho, 2006 y Park, Peterson y Sun, 2013). Se estima que tiene grandes beneficios y sus intervenciones son altamente eficaces para aumentar niveles de felicidad en personas

sin psicopatología y que además presenta un impacto muy significativo en las personas que padecen depresión (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005).

Los psicólogos, cada vez más pone énfasis en la práctica clínica de la Psicología positiva, incluyendo en el contexto terapéutico intervenciones positivas, orientadas a mejorar la calidad de vida del paciente. Se considera así, que la psicología Positiva es eficaz para la promoción de la salud, la prevención y la intervención (Park, Peterson y Sun, 2013). Las intervenciones positivas no solo reducen el sufrimiento, además fomenta la construcción de habilidades y recursos que atenúan los efectos negativos de las adversidades (Seligman, et. al, 2005). Dichas intervenciones se basan pues en realizar actividades positivas y/o realizar estrategias positivas de regulación. Entre las actividades positivas más destacadas y utilizadas en Psicología positiva, encontramos “la carta de la gratitud”, “las tres bendiciones”, “Mis mejores virtudes” etc., actividades que pueden ser tanto conductuales como cognitivos y donde el foco de atención está orientado crear recursos positivos a fin de aumentar el funcionamiento óptimo vital (Ng, 2015).

En relación a todo ello, diferentes estudios han evidenciado la utilidad de dichas actividades, estrategias e intervenciones en la mejora del bienestar, la satisfacción vital y el aumento del afecto positivo y disminución del afecto negativo (Emmons y McCullough, 2003). Entre sus grandes aportaciones, se ha evidenciado la efectividad de la Psicología positiva para pacientes diagnosticados con depresión. Los grandes beneficios de las intervenciones positivas y sus resultados en el bienestar ha aumentado el interés en los clínicos y en los psicólogos por aplicar la terapia basada en Psicología Positiva en paciente con esta patología... Se pretende psicoeducar al paciente, transformando su estilo cognitivo y al mismo tiempo disminuir a largo plazo las recaídas, siendo estas habituales en la depresión (Cuadra et al., 2010 y Vera, 2006). Un estudio llevado a cabo por Seligman et al. (2006) evidenció que pacientes en grupo que llevaron a cabo actividades positivas a través de la psicoterapia positiva (uso de fortalezas y saboreo), reportaron mayor felicidad durante una semana y la sintomatología depresiva se redujo de forma significativa durante al menos 6 meses. Es decir se encontraron disminuciones clínicas y estadísticamente significativas en la depresión produciéndose mayor felicidad y mayores tasas de remisión. Los resultados mostraron además que cuando la terapia positiva se personalizada para los pacientes, ésta era aún más eficaz para en tratamiento de la depresión que la psicoterapia tradicional sola o con antidepresivos.

Por otro lado, un meta-análisis realizado por Sin y Lyubomirsky (2009), donde se analizaron 51 intervenciones basadas en psicología positiva con un total de 4.266 individuos, reveló que las intervenciones mejoraban de manera significativa el bienestar ($r = .29$) y disminuían la sintomatología depresiva ($r = .31$). Se realizó una comparativa entre grupos: grupos control sin tratamiento, tratamiento estándar y placebo y se encontró que las intervenciones positivas fueron más eficaces. Asimismo se encontró que el estado de depresión, la edad de los participantes la duración y la metodología de la intervención, fueron factores influyentes en la efectividad. En la misma línea, otro meta-análisis llevado a cabo recientemente por Bolier, et al., (2013) obtuvieron resultados similares, demostrando que las intervenciones psicológicas positivas son efectivas para mejorar el bienestar subjetivo, emocional y psicológico y que reducen además la sintomatología en pacientes con depresión y que estos resultados son parcialmente sostenidos en el seguimiento a corto plazo. Asimismo teniendo en cuenta las implicaciones para la práctica, ponen énfasis en la utilización de estas técnicas de forma complementaria en otras intervenciones o en la utilización de carácter preventivo. Consideran que la psicología positiva y sus técnicas pueden ayudar a fortalecer recursos, habilidades, resistencia y preparar a la persona para futuras adversidades.

De manera general, estos hallazgos subrayan el potencial terapéutico de la psicología positiva, no solo para el aumento del bienestar emocional, si no como una intervención potencialmente eficaz para el tratamiento clínico de la depresión. Es un enfoque alternativo, prometedor, complementario y eficaz. A través de las actividades positivas el individuo puede crear un conjunto de recursos de afrontamiento adaptativos que le permitan manejar eventos, situaciones o cogniciones negativas de la vida, disminuyendo de esta forma los factores de riesgo para la enfermedad mental (Layous y Lyubomirsky, 2014 y Layous, Chancellor y Lyubomirsky, 2014)

Regulación emocional y rasgos límites de personalidad

Definición

La desregulación emocional supone un síntoma definitorio del trastorno límite de la personalidad (TLP). Las emociones ejercen una notable influencia en nuestro ajuste personal y social, siendo de gran relevancia en muchas áreas del funcionamiento psicológico. Cuando estos procesos emocionales se vuelven desadaptativos ocasionan problemas en la regulación del afecto que pueden derivar a dificultades clínicas y

psicopatología, siendo los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos y el trastorno límite de la personalidad aquellos donde más presente se encuentra dicho déficit en el procesamiento emocional (Hervás, 2011). Así pues, la regulación emocional se entiende como la estrategia encaminada a mantener, suprimir o aumentar un determinado estado afectivo que se encuentra en curso. Es la capacidad de manejar las emociones de forma adaptativa, tomando conciencia de la relación entre nuestra conducta, el pensamiento y la emoción. Las personas con una ajustada regulación emocional, se relacionan con un comportamiento más adaptativo, una cognición positiva durante estados negativos y estrategias de afrontamiento adaptativas ante situaciones de estrés, así como una menor angustia emocional (Catanzaro et al, 2014) Como hemos comentado al principio, la desregulación emocional es una característica sintomatológica del TLP. Las personas con rasgos límite de la personalidad o TLP experimentan una gran inestabilidad emocional, emociones muy intensas y problemas en el control de impulsos, en las relaciones interpersonales y en las respuestas afectivas (American Psychiatric Association, 2006). En la misma línea, un estudio realizado por Yen, Zlotnick y Costello (2002), examinó la relación entre las dimensiones de la regulación emocional y los rasgos límite en 39 pacientes. Los resultados mostraron que el nivel de intensidad del afecto y del control emocional se relacionó significativamente con el número de rasgos TLP que presentaban cada una de los pacientes.

Criterios diagnósticos

El TLP, es un trastorno de personalidad caracterizado por un deterioro funcional grave y una marcada inestabilidad que se manifiesta en el comportamiento, afectividad, cognición y relaciones interpersonales (APA, 2000). Las personas con TLP presentan comportamientos impulsivos y autodestructivos, por lo que la ideación suicida está muy presente en estos pacientes. Los criterios diagnósticos Según el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición” (American Psychiatric Association, 2013) se muestran en la Tabla 3. Pese a que como ya hemos comentado nuestra paciente presenta únicamente rasgos de esta patología es importante analizarla y ver sus características, a fin de comprender en profundidad el patrón de comportamiento y el perfil de personalidad de la paciente. Por ello en los siguientes apartados comentaremos brevemente información sobre el TLP, centrandose

nuestro análisis en la desregulación emocional, una de las características sintomatologías más significativas.

Características clínicas

La desregulación emocional supone una ausencia de estrategias y habilidades emociones adecuadas y adaptativas. El miedo, la ira o la tristeza suelen ser emociones significativas que tienden a descontrolarse y escapan al control, gestión y comprensión por parte de la persona. Se considera que estas características clínicas son un elemento central del TLP (Ruiz, Salazar y Caballo, 2012).

Linehan (1993) afirma que las personas que padecen este trastorno tienden a responder con una elevada intensidad, sensibilidad y reactividad emocional. Además se estima que presentan más variabilidad anímica y más oscilaciones en relación a la ansiedad y a la depresión. En relación a esto último se ha encontrado que la depresión y el trastorno límite de la personalidad coexisten comúnmente, siendo muy alto el porcentaje de pacientes con estos rasgos de personalidad que sufren depresión. No obstante, se evidencia que la sintomatología depresiva en estos pacientes tiende a ser diferente en calidad y gravedad. La sintomatología es más severa y atípica, y no se producen mejoras sin focalizar primero el tratamiento en la sintomatología del trastorno límite de la personalidad. Tienden a presentar más ira, más problemas interpersonales, hostilidad y autocrítica (Könling, et al., 2015; Gremaud-Heitz et al., 2014 y Yoshimatsu y Palmer, 2014). Así pues, los trastornos del estado de ánimo son el grupo con el cual resulta inevitable realizar un diagnóstico diferencial.

Factores de riesgo y vulnerabilidad

Linehan (1993) considera la presencia de dos factores claves en el desarrollo del TLP. Afirma que existe una interacción entre aspectos biológicos y un ambiente invalidante. Según su teoría la persona presenta una alta vulnerabilidad emocional determinada por un conjunto de factores biológicos, que conlleva que la persona sea más propensa a presentar cierta reactividad del estado de ánimo y desregulación emocional. Además esta autora habla de la importante presencia de un ambiente invalidante como factor psicosocial grave. Centra su perspectiva en la influencia de un mal ambiente familiar y un patrón de crianza desadaptativo. Se trata de un ambiente donde no se reconoce, no sabe responder adecuadamente e incluso se castiga la manifestación de los problemas emocionales. Siguiendo esta línea, se infiere que la

presencia de antecedentes del estado de ánimo o consumo de sustancias en las familias supone importantes factores de riesgo para el desarrollo del TLP. Asimismo la negligencia y la ausencia de implicación emocional por parte de los padres, se relacionan con dificultades de socialización y de manejo de las propias emociones (Johson et al., 2002). Por otro lado se ha relacionado también la presencia de apego inseguro como predictor del TLP.

Esto se relacionaría a su vez con lo propuesto por Linehan (1993) en relación al ambiente invalidante, donde se incluye las experiencias emocionales negativas, la negligencia, abuso emocional, trauma etc. Se evidencia que los pacientes diagnosticados de TLP, describen una relación familiar basada en la tensión o el conflicto (Fruzzeti, Shenk y Hoffman, 2005).

Tratamiento

La Terapia Dialéctica Comportamental (TDC), es uno de los tratamientos referentes para la intervención sobre el TLP. Es un programa de tratamiento enmarcado dentro de la terapia cognitivo-comportamental. Entre sus premisas principales se encuentra la importancia de la aceptación y la validación, para desde ahí conseguir el cambio en el paciente. Entre sus objetivos principales está que el paciente adquiera habilidades y aprenda a manejar y modular la emocionalidad extrema de forma adaptativa. Asimismo se pretende reducir conductas desadaptativas de su estado de ánimo y que la persona aprenda a gestionar y validar sus pensamientos, experiencias y emociones. Se centra pues en conseguir hacer frente y resolver los problemas emocionales a través de un cambio comportamental y cognitivo pero teniendo como base la validación de las emociones. La estructura y las técnicas de la TDC está diseñada para intervenir en todas las áreas problemáticas del paciente: inestabilidad emocional, rigidez cognitiva, problemas interpersonales, alteraciones de la identidad y suicidio. Se han realizado una gran cantidad de estudios, que evidencian la eficacia de esta terapia en comparación con intervenciones no estructuradas. Se ha constatado así, que se produce una reducción significativa en indicadores de gravedad (Linehan et al., 2006). Desde la perspectiva de la TDC, las dificultades en la regulación de las emociones, juegan un papel fundamental en los problemas de conducta. No obstante la intensidad y la labilidad emocional que experimentan, sugieren que estos pacientes pueden mejorar si se les ayuda a controlar sus emociones y se les otorga y enseña habilidades adaptativas. Es por ello por lo que dentro de la TDC, el módulo de

regulación emocional es uno de los pilares más importantes. En este módulo se le enseña al paciente habilidades de regulación emocional, las cuales requieren además de la aplicación de habilidades de toma de conciencia. Así pues, en este módulo Linehan (2003) establece los siguientes objetivos y propósitos: a) Identificar y etiquetar emociones; b) Identificar obstáculos para el cambio de las emociones; c) Reducir la vulnerabilidad de la “mente emocional”; d) incrementar la frecuencia de los acontecimientos emocionales positivos; e) Incrementar la conciencia ante las emociones del momento; f) Llevar a cabo la acción opuesta y g) aplicar técnicas de tolerancia al malestar. Asimismo como base es importante realizar una psicoeducación previa que se ira complementando a lo largo de todo el tratamiento.

Objetivo

El objetivo principal del presente trabajo es diseñar un protocolo de intervención, específico, estructurado y adaptado a las características y necesidades de la problemática presentada por la paciente. El tratamiento ha sido dirigido a intervenir sobre problemas relacionados con el estado de ánimo y rasgos latentes de un posible trastorno de personalidad. Este programa está compuesto por la combinación de regulación emocional y psicología positiva, por lo que se pretende además someter a prueba su utilidad para la mejora de sintomatología en la paciente de nuestro estudio.

Como objetivos específicos se plantean:

- Diseñar un protocolo combinado de Regulación Emocional y psicología Positiva.
- Comprobar la eficacia de las dos estrategias utilizadas para la reducción de la sintomatología depresiva y las dificultades de regulación emocional.
- Analizar las nuevas estrategias y habilidades emocionales adquiridas tras la aplicación del protocolo de intervención.
- Comprobar la eficacia de la regulación emocional en el conocimiento y comprensión emocional de la paciente, así como su utilidad para pacientes con rasgos límites de la personalidad, inmersos en ambientes invalidantes.
- Comprobar la eficacia de la Psicología Positiva para personas con baja autoestima y depresión.

Justificación

El presente estudio ha sido diseñado a fin de mostrar, la importancia de la adaptación del diseño de un protocolo de intervención a las necesidades específicas de cada paciente. Atendiendo en el caso que nos ocupa, se pretende comprobar a la utilidad de la Regulación Emocional y la Psicología positiva para la reducción de la sintomatología depresiva y la intervención sobre los rasgos de personalidad límite, presentes en la paciente. Los beneficios que se estiman de dicho estudio es ayudar en la intervención futura de casos donde nos encontremos con que la sintomatología predominante es la depresiva pero que además la paciente presente importantes rasgos de personalidad límite. Esto nos ayudará a contemplar el tratamiento como una intervención no diseñada solo a reducir sintomatología sino también a prevenir futuras dificultades psicopatológicas.

Hipótesis

Las dos estrategias utilizadas darán lugar a cambios significativos en la sintomatología de la paciente. Se espera encontrar mejorías en: el estado de ánimo y en su capacidad de autorregulación emocional; el afrontamiento de problemas; mejora y fortalecimiento de la autoeficacia y autoestima; reducción de la ansiedad; y fortalecimiento de la resiliencia.

MÉTODO

Participante

Identificación de la paciente

María (nombre figurado), es una joven adulta de 23 años de edad y nacionalidad española. La participante presenta estudios secundarios y se encuentra cursando un grado medio en un centro público de la Comunidad Valenciana. Es la menor de dos hermanos (tiene un hermano mayor de 30 años) y ambos viven en el mismo domicilio, en casa de su abuelo paterno.

Motivo de consulta

María acude a consulta en un primer momento demandando atención por problemas de autoestima, tristeza y celos respecto a su pareja. Cuenta que todo ello le está ocasionando graves problemas en otras áreas y principalmente un gran malestar con respecto a ella misma y su estado anímico. Manifiesta de forma reiterada sus problemas de autoestima afirmando que presenta esta dificultad desde siempre. No obstante, refiere

que actualmente la situación está siendo más difícil de sobrellevar y es por ello por lo que ha decidido de forma voluntaria acudir a terapia. Asimismo durante su demanda subraya tener antecedentes por depresión.

Descripción del caso

María refiere que sus problemas comenzaron en la entrada a la adolescencia y que su vida ha estado marcada por fuertes acontecimientos estresantes, relacionados principalmente con su ambiente familiar. Comenta que a la edad de 4 años, fue abandonada por su madre en un centro de menores. Refiere que su madre presentaba esquizofrenia y esto junto a los problemas de pareja que presentaban sus padres, propició que la madre decidiera abandonarla en el centro como una respuesta de venganza hacia su padre. María comenta que finalmente tras un año en el centro regresó a convivir con su progenitor y los abuelos paternos. María informa que hasta la edad de doce años recuerda una infancia feliz junto a su padre, pero que a partir de esta edad comenzaron a surgir grandes dificultades en su vida. Afirma que cuando ella tenía doce años, fallece su abuela paterna, ocasionando según relata, que ella asumiera el papel de ama de casa, realizando las funciones que le correspondían hasta entonces a su abuela. Años después su padre comienza a rehacer su vida con otra mujer y ella decide seguir conviviendo con su abuelo paterno y su hermano. Sin embargo cuando ella tiene 17 años su padre enferma de cáncer, asumiendo ella todos los cuidados de la enfermedad y obligándose a abandonar los estudios. Finalmente su padre fallece cuando ella tiene 18 años. Afirma que supuso el acontecimiento vital más importante, ocasionándole un periodo grave de depresión. María relata que no recibió apoyo por parte de su familia y que llevo todo el proceso del duelo solo. Asimismo afirma que su familia le han hecho sentir culpable por la muerte de su abuela y que todo ello, junto a una relación sentimental conflictiva con la presencia de malos tratos, hizo que necesitase intervención psicológica. Sin embargo, afirma que abandonó la intervención por los continuos aplazamientos de las sesiones y las dosis de medicación, que según informa, le ocasionaban un profundo aplanamiento emocional.

En la actualidad María refiere sentirse muy mal, profundamente decaída, irritable, con ansiedad, sentimientos de inutilidad y problemas de autoestima, comparándose continuamente con los demás. Refiere sentir que no vale para nada, sentirse profundamente cansada y con dificultades para dormir. Informa además, que alguna vez

ha pensado en la muerte, no obstante enfatiza que jamás ha tenido ningún intento y que nunca lo realizaría. Asimismo afirma que la situación familiar actual le ocasiona un gran malestar, debido a los continuos ataques que percibe por parte de su abuelo, hermano y tía paterna. Relata que su hermano presenta antecedentes delictivos y consumo de sustancias. Lo describe como una persona agresiva y afirma que la relación con él es nula. Respecto a su tía afirma que es una persona que continuamente la increpa y menosprecia, relatando que recibe insultos tales como: “inútil”, “no vales para nada” o “ojala te hubieras quedado en el centro”. Afirma que esto le crea una gran ansiedad, irritabilidad y descontrol emocional, definiendo como caótica la relación que mantiene con ella. Respecto a la relación con su madre, la paciente refiere que la visita un par de veces al mes, pero que no mantiene un vínculo con ella. Respecto a su pareja actual, refiere ser un gran apoyo para ella, definiéndolo como cariñoso, atento y divertido. Sin embargo, afirma que debido a sus problemas de autoestima y estado de ánimo, presenta muchos celos que están afectando a la relación. Durante la evaluación empieza a informar la presencia de síntomas depresivos, refiere sentirse triste, desesperanzada, irritable y con una visión muy negativa de sí misma (con ideas esporádicas de muerte, aunque tras abordar este asunto comenta que “no lo haría”). Estos síntomas ocurren según comenta desde hace un par de años. Además de estos síntomas, durante las entrevistas se constata, tal y como refirió en su motivo de consulta, que María presenta problemas de autoestima pero además ciertos patrones desadaptativos con respecto al consumo de cerveza.

Análisis funcional y diagnóstico

A continuación, tras una detallada evaluación y análisis de la historia de la paciente se presenta el análisis funcional, donde se pretende mostrar la interacción de los diferentes acontecimientos y su relación e influencia en el cuadro clínico y psicopatología que presenta actualmente María. Como se puede observar en la Figura 2, donde se presenta el diagrama analítico funcional de la paciente, se infiere la presencia de numerosos factores antecedentes (el abandono de su madre, el fallecimiento del padre siendo su principal figura de referencia, el actual ambiente invalidante y conflictivo con respecto a su sistema familiar, la historia de malos tratos y el fallecimiento de su abuela paterna) junto a los propios esquemas cognitivos y características de personalidad, potenciadas en cierto modo por dichos acontecimientos vitales estresantes, pueden haber influido en la actual situación respecto a su estado de ánimo. Los patrones

desadaptativos respecto a la regulación emocional, rasgos límites y baja autoestima, suponen variables que interrelacionadas entre sí influyen de forma significativa en el afrontamiento de situaciones y en la forma de interpretar el mundo.

En conclusión, los factores desencadenantes unidos a dichas variables mediadoras, han influido y se encuentran actualmente influyendo en la sintomatología depresiva. Cabe añadir que es imprescindible focalizar la atención principalmente en el ambiente invalidante en el que se encuentra actualmente la paciente, suponiendo uno de los factores más influyentes. Del mismo modo, cobra una especial importancia la presencia de rasgos límites de personalidad pues nos hallamos ante una paciente que se encuentra en la etapa de entrada a la adultez, donde dichos rasgos comienzan a ser latentes. De este modo, observamos como existe una retroalimentación entre todas las variables psicopatológicas, una vulnerabilidad psicológica generalizada que se retroalimentan al mismo tiempo a la sintomatología depresiva. Sus dificultades en la regulación emocional juegan un papel importante en la fenomenología de los trastornos del estado de ánimo, contribuyendo así al mantenimiento de los síntomas. Del mismo modo, estos síntomas depresivos retroalimentan a disfunción emocional. A todo esto cabe añadir que en su familia existen antecedentes maternos de enfermedad mental. Finalmente tras dicha evaluación y realización del análisis funcional del caso, se constató que María presentaba síntomas depresivos graves, así como la presencia de ciertos rasgos límites de personalidad y marcadas dificultades con respecto a la autoestima y la regulación emocional. No obstante como diagnóstico principal se obtiene la presencia de: Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado 296.22 (F32.1), en remisión total, con ansiedad moderada. Cabe añadir que pese a que en las evaluaciones de estado de ánimo ha puntuado alto, de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-5, cumple criterios para un TDM moderado.

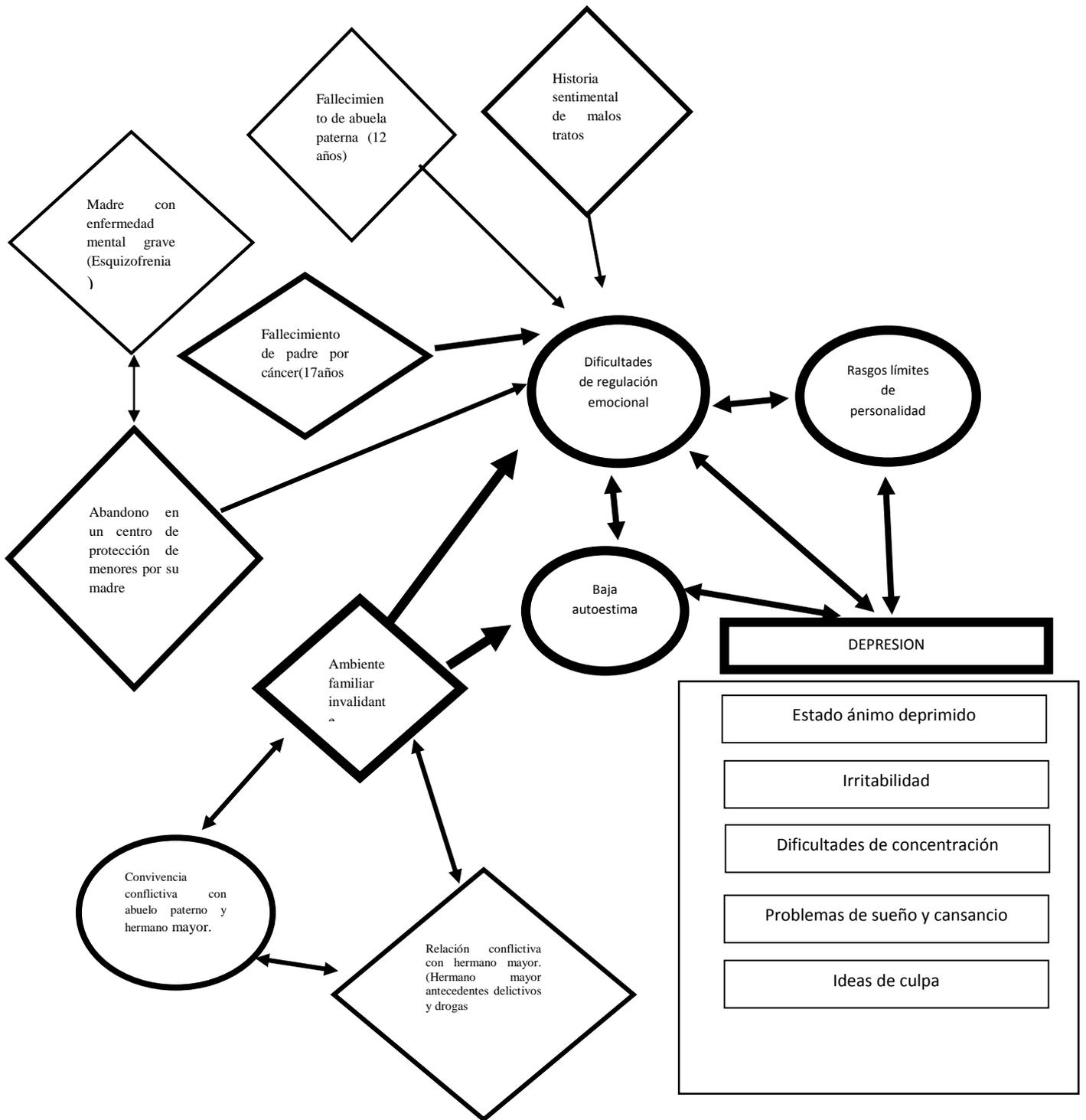


Figura 2: Diagrama del análisis funcional del caso.
Fuente: Elaboración propia

Instrumentos y materiales

Atendiendo a la sintomatología presentada por la paciente, y a la historia del problema, se decidió centrar la evaluación en la medida de las siguientes variables:

- Estado de ánimo (depresión y ansiedad)
- Autoestima
- Personalidad
- Regulación emocional
- Expectativas y opinión sobre el tratamiento
- Alianza terapéutica

Antes de comenzar a analizar las características de los instrumentos de medida utilizados para evaluar a la paciente, cabe mencionar el uso de la entrevista de evaluación como principal y primer instrumento utilizado. Así pues, empleamos la entrevista abierta a fin de aumentar la alianza terapéutica, la confianza en la paciente y para conocer su motivo de consulta y sus expectativas. Asimismo, se utilizó una entrevista semiestructurada con el objetivo de profundizar más en la historia del problema, analizar su contexto familiar, sus experiencias previas y recaba información autobiográfica que pudiera guiarnos en la posterior evaluación de las variables. En el Anexo 1, se adjunta la entrevista semiestructurada, basada en Fernández-Ballesteros y Staats (1992).

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

El inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) se trata de un auto-informe compuesto por un conjunto de 21 ítems de tipo Likert. Fue propuesto inicialmente por Beck (Beck, Steer, y Brown, 1996) y junto con las versiones y validaciones posteriores ha sido uno de los instrumentos más usados para la detección y evaluación de la depresión. El inventario utilizado para dicho estudio es el propuesto por el servicio de Asistencia psicológica de la Universitat Jaume I, habiendo realizado la adaptación española Sanz, Navarro y Vázquez (2003). Los ítems que lo componen se adecuan a la sintomatología depresiva, es por ello por lo que el BDI-II ha ido experimentando algunas modificaciones atendiendo a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos. La prueba está destinada para población adulta y adolescentes con diagnóstico psiquiátrico y mayores de 13 años. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a los evaluados que seleccionen las afirmaciones teniendo en cuenta un marco temporal de las dos últimas

semanas, a fin de ser consistentes con los criterios diagnósticos. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, desde el 0 al 3, excepto los ítems dieciséis y dieciocho que están conformados por 7 categorías. . Los puntos de corte establecidos para la clasificación de los evaluados es: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada y 29-63, depresión grave. A continuación en la Tabla 3, se adjunta un análisis detallado de la prueba.

Tabla 3
Descripción general del BDI-II

Características	Descripción
Nombre del test	Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)
Autor original	Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
Autor validación española	Jesús Sanz, M ^a Eugenia Navarro y Carmelo Vázquez
Editor de la validación española	Pearson Educación, S.A
Fecha de la última revisión del test en su adaptación española	2011
Constructo evaluado	Depresión
Área de aplicación	Psicología clínica, psicología forense y neuropsicología
Población	Adultos y adolescentes (>13 años)
Número de ítems	21
Índices de Fiabilidad	Consistencia Interna 0.88

Nota. Fuente: Adaptado de Sanz, Perdígón y Vázquez, 2003

Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)

La escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI), es una escala auto-aplicada, destinada a medir y evaluar tanto el actual nivel de ansiedad (Ansiedad Estado) como la predisposición de la persona a responder al estrés (Ansiedad Rasgo). Fue creada inicialmente y validado para población española por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982). Está destinado a población general (adultos y adolescentes) y compuesto por 40 ítems, la mitad de ellos conforman la subescala Estado y la otra mitad la subescala Rasgo. Las instrucciones para el STAI, indican a la persona que debe contestar atendiendo a cómo se siente en el momento presente y por otro lado en referencia a como se siente habitualmente. Cada ítem se responde acorde a una escala de 4 puntos, que van desde el 0 (nada) hasta 3 (mucho). La puntuación para cada escala puede oscilar de 0-30, indicando las puntuaciones más altas, mayores niveles de ansiedad y relacionándose su

interpretación acorde a unos baremos en puntuaciones centiles, establecidos para adultos y adolescentes. A continuación en la Tabla 4, se adjunta un análisis detallado de la prueba.

Tabla 4
Descripción general del STAI

Características	Descripción			
Nombre del test	Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)			
Autor original	Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970)			
Autor validación española	Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982)			
Constructo evaluado	Ansiedad			
Área de aplicación	Psicología clínica y psicología forense			
Población	Adultos y adolescentes (>13 años)			
Número de ítems	40			
Índices de Fiabilidad	Subescala Estado		Subescala rasgo	
	Consistencia interna	Fiabilidad Test-Retest	Consistencia interna	Fiabilidad Test-Retest
Índices de Validez	0.90-0.93		0.84-0.87	
	Correlaciones con “Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor” y “Escala de Ansiedad de Cattell”		Correlaciones con BDI-II	
	0.73-0.85		0.60	

Nota. Fuente: Adaptado de Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970 y Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982

Escala de autoestima de Rosenberg

La escala de autoestima de Rosenberg es un cuestionario autoaplicado dirigido a evaluar la autoestima, entendida como los sentimientos de valía persona y respecto a uno mismo. Fue diseñada por Rosenberg (1965) y adaptada por Echeburúa (1995). La escala está compuesta por un total de 10 ítems, 5 de ellos planteados en forma positiva y los otros cinco en forma negativa a fin de controlar la aquiescencia y la tendencia de respuesta. Está dirigido a población general (adultos, adolescentes y personas mayores) y la persona responde atendiendo a una escala de tipo Likert de 4 puntos, desde Muy de acuerdo a Muy en desacuerdo (ver Tabla 5).

Tabla 5
Descripción general de la Escala de Autoestima de Rosenberg

Características	Descripción			
Nombre del test	Escala de Autoestima de Rosenberg			
Autor original	Rosenberg (1965)			
Autor validación española	Echeburúa (1995)			
Constructo evaluado	Autoestima			
Área de aplicación	Psicología clínica			
Población	Adultos, adolescentes (>13 años) y personas mayores			
Número de ítems	10			
Índices de Fiabilidad	Consistencia interna	Fiabilidad Test-Retest	Consistencia interna (versión española)	Fiabilidad Test-Retest
	0.74-0.88		0.80-0.87	0.72
Índices de Validez	Correlaciones positivas con: Health Self Image Questionnaire y Coopersmith Self-Esteem Inventory			

Nota. Fuente: Adaptado de de Echeburúa, 1995

Cuestionario multidimensional de personalidad (PAI)

El PAI es un cuestionario multidimensional de personalidad destinado al uso clínico y forense. Fue diseñado por Morey y adaptado por Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal y Sánchez (2011). Se considera una de las innovaciones más importantes en el ámbito de la evaluación clínica ya que permite la evaluación de la psicopatología de adultos en 22 escalas. Proporciona así, información muy relevante sobre los constructos de los diferentes trastornos mentales, suministrando información tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Está compuesto por 344 ítems, en formato de respuesta graduada de 4 puntos (tipo Likert) y en una distribución de 22 escalas (4 de control, 11 clínicas, 5 de tratamiento y 2 de relaciones interpersonales). Su uso está destinado a población adulta, tanto en el ámbito clínico, forense, psicología del trabajo o neuropsicología. A continuación en la Tabla 6, se adjunta un análisis detallado de la prueba.

Tabla 6
Descripción general del PAI

Características	Descripción			
Nombre del test	Inventario de evaluación de la personalidad (PAI)			
Autor original	Morey			
Autor validación española	Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal, y Sánchez,			
Editor de la validación española	TEA ediciones			
Fecha de la última revisión del test en su adaptación española	2011			
Constructo evaluado	Personalidad/psicopatología			
Área de aplicación	Psicología Clínica/Psicología Forense/ Neuropsicología y Psicología del Trabajo			
Población	Adultos			
Número de ítems	344			
Índices de Fiabilidad	Consistencia interna	Fiabilidad Test-Retest	Consistencia interna (versión Española)	Fiabilidad Test-Retest (versión Española)
	0.75-0.79	0.83	Población normal (0.78) Muestra clínica (0.83)	0.82

Nota. Fuente: Adaptado de Font-Mayolas, 2013

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)

La escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) es una escala autoaplicada, dirigida a evaluar y medir los procesos involucrados en la regulación afectiva. Fue diseñada por Gratz y Roemer (2004) y adaptada por Hervás y Jodar (2008). Esta escala, nos permite medir diferentes características y aspectos de la regulación emocional desadaptativa así como los aspectos clínicamente relevantes para el procesamiento emocional de una persona. La escala original cuenta con 6 factores: Dificultades en el control de los impulsos (6 ítems), Acceso limitado a estrategias de regulación (8 ítems), problemas de aceptación emocional (6 ítems), indiferencia en conductas dirigidas a metas (5 ítems), falta de conciencia emocional (6 ítems) y Falta de claridad emocional (5 ítems). A continuación en la Tabla 7, se adjunta un análisis detallado de la prueba.

Tabla 7

Descripción general del DERS

Características	Descripción			
Nombre del test	Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)			
Autor original	Gratz y Roemer (2004)			
Autor validación española	Hervás y Jodar (2008)			
Constructo evaluado	Regulación emocional			
Área de aplicación	Psicología clínica e investigación			
Población	Adultos			
Número de ítems	28			
Índice de fiabilidad	Consistencia interna	Fiabilidad test-retest	Consistencia interna (versión española)	fiabilidad test-retest 8validación española)
	0.93	0.88	0.77-0.75	0.74

Nota. Fuente: Adaptado de Hervás y Jódar, 2008

Entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI)

La MINI consiste en una entrevista estructurada y heteroaplicada, dirigida a explorar los principales trastornos psiquiátricos, acorde a los criterios diagnósticos. El principal objetivo es conseguir una orientación diagnóstica y su uso es principalmente clínico o para fines de investigación. Este instrumento de evaluación se encuentra dividido en diferentes módulos identificados por letra, cada uno de ellos correspondiente a una categoría diagnóstica. Fue elaborada por Ferrando, Bobes, Gibert y Lecrubier, (1997) y adaptada por Sheehan et al., 1998.

Otras medidas

Escala de expectativas del tratamiento y escala de opinión sobre el tratamiento

La escala de expectativas y de opinión del tratamiento utilizada en dicho estudio, fue la elaborada por Borkovec y Nau (1972), siendo su objetivo evaluar las expectativas acerca del tratamiento antes de empezar el mismo y el grado de satisfacción tras su finalización. La escala de expectativas se pasa una vez el terapeuta le ha explicado al paciente la base lógica de la intervención, pero antes de que ésta de comienzo. El objetivo es medir su opinión/expectativa que la persona se ha creado tras la explicación por parte del terapeuta. Por su parte la escala de opinión/satisfacción, se pasa una vez finalizada la intervención y está compuesto por los mismos ítems que la escala de expectativas.

Escala de gravedad valorada por el terapeuta

La Escala de gravedad valorada por el terapeuta, es una adaptación de la escala clinician rating de Öst, Salkovskis y Hellström (1991). Está compuesta por un total de 8 frases que indican la gravedad del paciente, El terapeuta debe realizar una valoración global de la gravedad de la problemática del paciente, utilizando una escala de 0 (libre de síntomas) hasta 8 (extremadamente grave).

Registro semanal (diseñado específicamente para este estudio)

Se realizó un registro adaptado a la paciente como medida de evaluación semanal. En ella se pretende registrar a través de una valoración diaria realizada por la paciente: el grado de tristeza; el grado de aprecio por sí misma y el grado de percepción de afrontamiento de problemas, atendiendo a un rango de 0-10. La paciente deberá realizar este registro todas las semanas. El objetivo es valorar cómo evoluciona y cambian las valoraciones dadas por la paciente desde el inicio de la intervención hasta el final de la misma.

Registro de práctica de toma de conciencia

Se diseñó un registro a fin de valorar la práctica de toma de conciencia con el objetivo de observar posibles dificultades y evaluar el número de veces que la paciente realiza la práctica. Es una medida semanal, que la paciente deberá realizar al igual que el anterior registro, desde el inicio hasta el final de la intervención. En el registro se ha de cumplimentar por un lado el momento y el día en el que se realiza la práctica de toma de conciencia, el tipo de práctica de toma de conciencia (formal Vs informal), el total de minutos invertidos y la aparición de posibles obstáculos, así como las sensaciones experimentadas.

Inventario de alianza terapéutica (WAI)

El inventario de Alianza terapéutica (WAI) fue diseñado por Horvath y Greenberg (1989) y adaptado por Andrade y Fernández en 2015. Se trata de un instrumento auto-aplicado para medir la calidad de la alianza entre paciente y terapeuta. Asimismo, los datos sugieren que el WAI tiene una fiabilidad adecuada.

Diseño

Este estudio aporta un diseño cuasi-experimental de estudio de caso único:

- Evaluación pre-tratamiento: Se evalúa previamente al paciente, seleccionando y analizando un conjunto de variables de medida mencionadas anteriormente; Autoestima, Personalidad, Regulación emocional, Expectativas y Opinión sobre el tratamiento, Alianza terapéutica y Estado de ánimo. Una evaluación previa a realizar la intervención y a través de la cual se nos aporta la información relevante para el diseño de un protocolo específico a las necesidades del paciente.
- Intervención: Se diseña y aplica a la paciente un tratamiento orientado a intervenir sobre los problemas específicos de la paciente (depresión y regulación emocional). El tratamiento diseñado se basa en el módulo de regulación emocional de la Terapia Dialectico Comportamental para el TLP de Linehan (2003) y en las aportaciones de la Psicología Positiva.
- Evaluación post-tratamiento: Se evalúan las mismas variables al final del tratamiento a fin de observar los cambios producidos tras la intervención.

Procedimiento

La paciente contacto vía telefónica con el centro y me fue asignada como paciente por los supervisores de la clínica. Se concertó una primera entrevista, a fin de conocer su motivo de consulta y el problema que le preocupaba. En dicha entrevista, se le comunicó la posibilidad de participar en un estudio de caso se le explicaron las condiciones, los objetivos y las características y condiciones del estudio. La paciente accedió a implicarse y firmó la “hoja de consentimiento”, tanto la de su participación en el estudio como la “hoja de consentimiento informado” de la clínica. En dicha hoja se comprometía a participar en el estudio, lo que incluía el cumplimiento de los cuestionarios que se le fuesen administrando, así como el uso de la información obtenida para la investigación, asumiendo, respetando y comprendiendo que dicho material será estrictamente confidencial.

Se llevaron a cabo 3 sesiones de evaluación a lo largo de tres semanas consecutivas. Posteriormente tras haber analizado los resultados obtenidos y habiendo establecido diagnóstico, se procedió al diseño del protocolo de intervención atendiendo principalmente a las características y psicopatología de la paciente. Para el diseño del protocolo se contó con un total de tres semanas, debido a las vacaciones de Navidad, por la disponibilidad de la paciente, nos vimos obligados a aplazar el comienzo de la

intervención, tras las tres primeras sesiones de evaluación. Es por ello por lo que durante ese periodo temporal se trabajó en el diseño del protocolo y sus características. Así pues, como ya hemos comentado debido a la psicopatología presentada por María, realizamos un diseño basándonos en el módulo de Regulación Emocional de la TDC de Linehan (2003), encontrándose además relacionado con los rasgos límites que encontramos en la evaluación de la personalidad. Asimismo incorporamos una sesión de cognitiva para trabajar la presencia de pensamientos disruptivos y desadaptativos acorde a sí misma y las situaciones que le rodeaban e incorporamos un módulo basándonos en la psicología positiva, cuyo principal objetivo estaba orientado a trabajar la resiliencia y el afrontamiento de problemas. La duración total del tratamiento era aproximadamente de quince sesiones, con una periodicidad semanal (2 de psicoeducación, 2 de toma de conciencia, 5 de regulación emocional, 3 de psicología positiva y 1 de prevención de recaídas). Como ya se ha comentado, el protocolo de tratamiento diseñado gira entorno a dos ejes principales; la Regulación Emocional y la Psicología Positiva. Nuestra paciente ha experimentado acontecimientos vitales muy estresantes y duros emocionalmente, a lo que hay que añadir su actual convivencia en un ambiente muy invalidante. Todo ello ocasiona graves dificultades de regulación de sus emociones, precipitando así un estado de ánimo negativo y dificultades en su autoestima, así como afrontamiento de situaciones estresantes. Es por todo ello, por lo que se decidió fortalecer y fomentar una regulación emocional adaptativa y hacer uso de la psicología positiva para promover la resiliencia, y con todo ello observar mejorar en su estado de ánimo.

Los objetivos principales de la intervención son por tanto: a) Disminuir el estado de ánimo negativo; b) Aprender a conocer y comprender las propias emociones; c) Aprender formas adaptativas de hacer frente a los problemas e d) Incrementar la conciencia sobre las experiencias emocionales. Asimismo, la estructura de la intervención está compuesta por trece sesiones, de una duración de 60min., periodicidad semanal y formada por 5 módulos, los cuales se explican a continuación. En el Anexo 1 Se expone una ficha descriptiva del protocolo de intervención diseñado, donde se explican las tareas para casa y las actividades y tareas trabajadas en sesión. A continuación se exponen los diferentes módulos que componen el protocolo de tratamiento diseñado y en el Anexo 3 se incluye la estructuración del mismo atendiendo a la especificación de cada una de las sesiones que componen los módulos.

- **Psicoeducación**

En este componente se ofrece a la persona información sobre las características de la intervención y del problema que presenta. Se aborda la psicoeducación centrándonos en las emociones, en sus implicaciones y en que comprenda la funcionalidad de las mismas y sus características. Se le explica las reacciones depresivas y la importancia de la regulación emocional. Asimismo se hace especial hincapié en la relación existente entre sus pensamientos y sus emociones y se le ofrece información sobre el significado de las dificultades y los problemas, así como su implicación en la percepción de acontecimientos a largo plazo. La psicoeducación está dividida en dos sesiones, la primera de ellas centrada en la importancia de los pensamientos y acontecimientos vitales estresantes y la segunda sesión en la importancia de las emociones y sus implicaciones.

Finalmente se le da a la paciente toda la información trabajada en sesión, en forma de dossier informativo, a fin de que pueda leerla y recurrir a ella tantas veces como quiera. El dossier se otorga en cada una de las sesiones respectivamente y está conformado a su vez, por actividades evaluativas.

- **Toma de conciencia**

El principal objetivo de este módulo es comenzar a desarrollar una base en la paciente que nos permita trabajar mejor la regulación emocional. Así pues resulta indispensable fomentar el desarrollo de una actitud de aceptación y toma de conciencia de sus experiencias, pensamientos, emociones etc. Se le explica que es indispensable empezar a aceptar para conseguir un cambio. De este modo a través de este componente trabajamos la aceptación como una actitud ante sus pensamientos, emociones y sensaciones. Del mismo modo se trabaja con la respiración para hacer uso de ella como anclaje para conectar con el momento presente y calmar la mente. Se utilizó como procedimiento básico las técnica “Qué” (observar, describir y participar) y las técnicas de “Cómo” (sin juzgar, hacer las cosas de una en una y ser eficaz). Estas técnicas ayudan a tomar conciencia de sus experiencias, permitiéndose experimentarlas y a partir de este punto comenzar a fomentar la regulación adaptativa de sus emociones. (Linehan, 1993; Linehan 2003). No se trata de proporcionar todo el entrenamiento en “mindfulness” que se presta a los pacientes con un trastorno límite de la personalidad, ya que esto requeriría un entrenamiento mucho mayor. Nuestra paciente presenta rasgos de personalidad, sin llegar a presentar características suficientes como para considerar la presencia de un trastorno de personalidad, motivo por el cual, hemos realizado una adaptación del módulo propuesto por Linehan (1993).

Una de las definiciones más sencillas de mindfulness o atención plena dentro del marco de la psicoterapia es la realizada por Kabat-Zinn (1990) que describe este concepto como “el acto de focalizar la atención de forma intencionada en el momento presente con aceptación”. Las definiciones de mindfulness suelen incluir términos como conciencia, atención, intencionalidad y aceptación, entre otros. Germer (2005) resume estas definiciones en tres elementos fundamentales para entender la utilización de mindfulness en psicoterapia: 1) conciencia, 2) experiencia presente, y 3) aceptación.

- **Regulación Emocional**

La regulación emocional supone el módulo más importante del programa. La falta de capacidad para regular la sensibilidad a señales emocionales y su respuesta emocional desadaptativa hace que sea necesario el entrenamiento en estrategias de regulación emocional. De este modo a través de este módulo se pretende incrementar la conciencia sobre las experiencias emocionales, trabajar los mitos y las creencias que contenga la paciente respecto a ello y reducir la vulnerabilidad negativa y el sufrimiento emocional. Asimismo se pretende incrementar la ocurrencia de acontecimientos emocionalmente positivos (Linehan, 1993; Linehan 2003). En este módulo se trabaja además el entrenamiento para actuar de forma opuesta a la emoción, la identificación de las emociones justificadas y no justificadas y la solución de problemas. Del mismo modo que en el módulo anterior, se ha realizado una adaptación en las sesiones de intervención, manteniendo y utilizando las estrategias más importantes y beneficiosas para las características sintomatológicas de nuestra paciente.

- **Psicología Positiva**

La psicología positiva supone un módulo complementario de gran relevancia, principalmente por sus beneficios con respecto a la sintomatología depresiva presentada en la paciente. La psicología positiva, a iniciativa de Seligman (1999), estará enfocada principalmente en trabajar la resiliencia y por supuesto las emociones positivas, el objetivo principal estará pues destinado no solo a reducir los síntomas sino también a mejorar el estado emocional y las fortalezas psicológicas. Asimismo se proporcionaran estrategias que permitan a la paciente aprender de sus vivencias y situaciones conflictivas y estresantes así como, el significado positivo de tener problemas, progresando y aumentando la capacidad de crecimiento personal (Vera, Carbelo y vecina, 2006; Vázquez, Hervás y Ho, 2006 y Vázquez, 2006).

- **Prevención de recaídas**

Siendo este el último componente de la intervención, el objetivo es revisar todo lo adquirido desde el inicio del tratamiento. Se revisan las técnicas que hemos utilizado en terapia y se valora del mismo modo la utilidad de las mismas en el paciente y su sintomatología. Asimismo se señalan aquellas situaciones que a largo plazo puedan suponer una dificultad, a fin de proponer y comentar posibles estrategias de afrontamiento futuro. Del mismo modo, analizamos las mejoras y los progresos, subrayando principalmente aquellas habilidades nuevas que ha adquirido nuestra paciente. En este módulo es muy importante reforzar positivamente al paciente, su esfuerzo, implicación, motivación y logros conseguidos, no olvidando hacer hincapié en la importancia de seguir haciendo uso de todo lo aprendido.

RESULTADOS

Se realizó un análisis de la eficacia del tratamiento a través del estudio de las oscilaciones de las puntuaciones de cada instrumento de evaluación. Se compararon los resultados obtenidos en la evaluación inicial con los del final del tratamiento. Asimismo se analizó la evolución de la paciente a lo largo de todo el tratamiento atendiendo a las medidas de los registros semanales. En la Tabla 8 se muestra la evolución de la paciente, teniendo en cuenta las variables de medida respecto al estado de ánimo (depresión y ansiedad), autoestima y regulación emocional. Los rasgos de personalidad es una variable que se tuvo en cuenta a la hora de la evaluación, sin embargo no se realizó una evaluación post-tratamiento ya que no fue el foco de la intervención. Nuestro objetivo fue trabajar sobre las variables que influyen en el estado de ánimo. En la evaluación pre-tratamiento la paciente presentaba una depresión grave y ansiedad estado y rasgo por encima de la media. Esto nos indica la presencia de ansiedad en el momento de la evaluación, así como su tendencia general a experimentar estados de ansiedad, existiendo pues, una relación con respecto a los niveles de intensidad en que la experimenta. Asimismo presenta una autoestima muy baja y dificultades de regulación emocional. Las puntuaciones en las tres primeras escalas del DERS (Confusión, Desatención y Rechazo) aluden a dificultades en los procesos de regulación. Las puntuaciones de Confusión y Rechazo se encuentran por encima de la media, siendo esta 7,9 y 14,9 respectivamente. La puntuación en Desatención se encuentra por debajo de la media (9,6). Por su parte, las puntuaciones en Rechazo e Interferencia, son índices generales de desregulación emocional. Los

resultados muestran puntuaciones por encima de la media española en ambas sub-escalas, siendo esta 16,5 y 10,2 respectivamente. Estos resultados se relacionan con la incapacidad percibida para el manejo de emociones y su influencia en la vida cotidiana.

Tabla 8
Resultados de la evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento

Variable	Test	Pre-Tratamiento		Post-Tratamiento	
Depresión	BDI-II	PT32 Depresión grave		PT6 Mínima depresión	
Ansiedad	STAI	Estado PT34 Centil 80	Rasgo PT44 Centil 96	Estado PT7 Centil 5	Rasgo PT14 Centil 15
Autoestima	Autoestima Rosenberg	PT10 Autoestima baja		PT26 Autoestima media	
Regulación Emocional	DERS	Confusión: PT11 Desatención/atención: PT9 Rechazo: PT22 Descontrol: PT35		Confusión: PT7 Desatención/atenci: PT18 Rechazo: PT7 Descontrol: PT15 Interferencia: PT7	
Gravedad	Escala de gravedad Valorada por el terapeuta	PT6 Grave con síntomas incapacitantes diferentes formas		PT1 Leve los síntomas pueden estar ocasionalmente presentes pero apenas son percibidos por el paciente	

Nota. Fuente: Elaboración propia

Tras la evaluación post-tratamiento observamos una reducción significativa de la sintomatología. La puntuación total en la última evaluación, refleja una depresión mínima, autoestima media, y una reducción de la ansiedad, así como mejoras en su regulación emocional. Las puntuaciones post-tratamiento en las sub-escalas del DERS, disminuyen ajustándose a la media. Por su parte se produce una mejora significativa en el manejo de la ansiedad, ajustándose tanto la ansiedad estado como la ansiedad rasgo a la media (atendiendo a la baremación española). Se observan por tanto, cambios a nivel cuantitativo. No obstante, observamos puntuaciones muy polarizadas, disminuciones abultadas que se relacionarían con su patrón de cambio emocional rápido y extremo, propio de su inestabilidad emocional. Seguidamente se muestra en la Figura 3 y Figura 4, la evolución a través de los registros semanales. La distribución de los módulos semanalmente fue: psicoeducación (sesiones 1 y 2), toma de conciencia (sesiones 3 y 4),

regulación emocional (sesiones 5-9) y psicología positiva (sesiones 10-12). Cabe añadir que de la sesión 10 no pudieron recogerse datos debido a que la paciente no cumplimentó el registro.

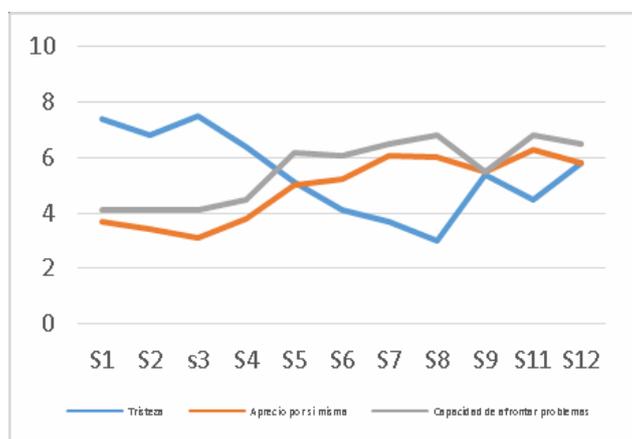


Figura 3: Tendencia en el tiempo del cambio de las variable
Fuente: Elaboración propia

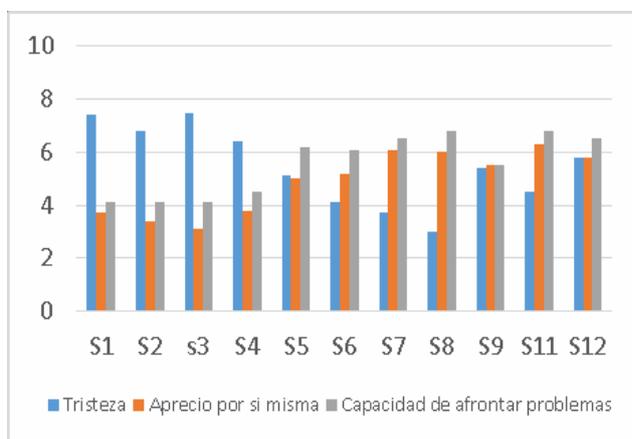


Figura 4: Comparación de los valores de las variables
Fuente: Elaboración propia

Se observa como la tristeza presenta oscilaciones y que a partir de la primera sesión de toma de conciencia comienza a disminuir. Durante las sesiones de regulación emocional se mantiene relativamente estable llegando a una puntuación de 3 respecto al 7,5 obtenido en la primera semana. Sin embargo, a partir de la semana 8 (S8) los resultados muestran un aumento de los niveles de tristeza, obteniendo una puntuación de 5,4 en la semana 9. Estos resultados se deben a circunstancias externas a la intervención, acontecimientos personales que acaecieron en torno a la vida de la paciente: su mascota, (siendo uno de sus pilares más importantes) enfermó, por lo que los niveles de tristeza aumentaron notablemente. No obstante, pese al aumento en las últimas semanas, los niveles de tristeza presentan cambios positivos, que se observan además durante las sesiones de intervención. La paciente manifiesta mejoras en las relaciones interpersonales, mejoras en el ambiente familiar, sentirse más animada y afirma que los cambios son reconocidos por las personas que se encuentran a su alrededor (amigos y pareja). El resto de variables sufre también modificaciones significativas: la capacidad de afrontamiento de problemas aumenta tras las estrategias de regulación emocional, donde se le enseña a identificar emociones, aceptarlas y regularlas. Del mismo

modo, las técnicas de psicología positiva parecen ejercer también una gran influencia en la visión positiva de los problemas y de sí misma.

Asimismo, y pese a que estas variables descienden en la última semana, viéndose influidas por la muerte de su mascota, llama la atención: el aumento de su capacidad para afrontar situaciones difíciles con respecto al principio de la intervención, la disminución de la tristeza y el incremento en su autoestima. La Figura 4 es un gráfico de columnas agrupadas que se utiliza para comparar valores entre algunas categorías, muestra una comparativa en relación a la evolución de cada una de las variables. Se observa como la tendencia a la baja de la tristeza se relaciona con el aumento de la visión positiva de sí misma y la capacidad de afrontamiento de los problemas. Se infiere por tanto, la influencia de unas variables sobre otras, así como la estrecha relación de la capacidad de afrontar problemas con las mejoras en autoestima, aprecio y sentimientos de valía personal. Los resultados post-tratamiento sobre la opinión de la intervención se relacionan con los resultados pre-tratamiento respecto a las expectativas del mismo por parte de la paciente. Asimismo se obtuvo una buena puntuación en alianza terapéutica tanto pre como post-tratamiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En primer lugar y atendiendo a los resultados de la evaluación pre-tratamiento y al análisis funcional de la paciente observamos una fuerte vulnerabilidad asociada a un conjunto significativo de factores de riesgo. Tal y como afirman y demuestran otros estudios, los acontecimientos vitales estresantes suponen factores de riesgo para el desarrollo de depresión: esto se puede ver potenciado por características de personalidad desadaptativas (p. ej. Rasgos latentes de personalidad límite), que ocasionan dificultades en la regulación emocional, alteraciones en del sistema emocional, e inestabilidad afectiva (Fruzzetti, et al., 2005; Hankin, 2010; Lloyd et al., 2015). Se observa un cambio en los valores del BDI-II, pasando de una depresión grave a mínima. Estos resultados se relacionan con lo identificado en otros estudios sobre la eficacia de la psicología positiva sobre la disminución de la sintomatología depresiva (Seligman, et al., 2005; Vázquez, 2006 y Vázquez et al., 2006). Por ejemplo el estudio llevado a cabo por Seligman et al. (2006), mostró como la psicoterapia basada en técnicas de psicología positiva fue altamente eficaz en la reducción de los síntomas depresivos y que además lo era aún más de forma individualizada. Por otro lado los resultados proporcionados por el meta-análisis de Sin y Lyubomirsky (2009), mostraron también una reducción significativa de los

síntomas de depresión y una mejora del bienestar emocional, tras el análisis de 51 intervenciones basadas en psicología positiva. Por su parte la regulación emocional de la paciente se ha visto también mejorada, obteniendo cambios positivos y evidenciando mejoras en la solución de problemas, aceptación, y gestión de emociones. Estos resultados, se relacionan con los beneficios reportados por Linehan (2003), respecto a enseñar habilidades de regulación emocional para entender, conocer y aceptar las propias emociones, reducir la vulnerabilidad y sufrimiento emocional y potenciar las experiencias positivas de la vida diaria. Realizando un análisis general de los resultados obtenidos, se concluye por un lado que el aumento en la percepción de capacidad de solución de problemas por parte de la paciente, presenta un aumento significativo durante el módulo de regulación emocional.

Estos resultados nos hacen suponer la importancia e influencia de la gestión emocional adaptativa, como base para el aprendizaje y desarrollo de habilidades funcionales de resolución de conflictos. Del mismo modo otra conclusión extraída de dichos resultados es la eficacia de la psicología positiva, no solo para el bienestar emocional sino también para la autoestima y la visión positiva de los problemas. Los resultados de los registros semanales muestran un aumento de esta variable coincidiendo con las últimas sesiones y relacionándose al mismo tiempo con la mejora en la solución de problemas. Asimismo es importante tener en cuenta que pese a que en un principio la muerte de su mascota pueda haberse considerado como una interferencia en la intervención, finalmente analizando los resultados, observamos que ha sido una condición externa que nos ha ayudado a comprobar que efectivamente ha mejorado sus competencias y habilidades personales respecto a su capacidad para gestionar las emociones y hacer frente a situaciones adversas; aumentando su autoeficacia y sentimientos de valía personal. No obstante es importante tener en cuenta que pese a ello, la paciente presenta una elevada vulnerabilidad a experimentar los acontecimientos negativos con una mayor intensidad emocional, debida principalmente a los rasgos de personalidad que la caracterizan. Es por ello por lo que observamos niveles de tristeza muy intensos tras la muerte de su mascota, que se contrastaron y relacionaron con las manifestaciones en sesión de la paciente.

Limitaciones y sugerencias

El diseño se ciñe a la intervención individual, por lo tanto, estos resultados se extrapolan solo al efecto particular sobre el caso en cuestión. Cabe mencionar que la paciente llegaba tarde en numerosas ocasiones, lo que limitaba el tiempo de intervención. Esto podría relacionarse con el carácter gratuito de la intervención, ocasionando así percepción de menor implicación y responsabilidad. En la misma línea la paciente no cumplimentó los registros correspondientes a la semana 10, por lo que no hemos podido realizar un análisis de los mismos. Otras interferencias destacadas son la no realización de todas las tareas y la cancelación de diferentes sesiones que supusieron alargar el tratamiento. No obstante, estos comportamientos se relacionarían de forma significativa con su patrón de personalidad. Otra de las limitaciones encontradas, se relaciona con los instrumentos de medida, más concretamente con el DERS. Se trata de un test orientado principalmente a la investigación y donde la validación española ha originado cambios en el número de factores y de ítems y en el nombre que le otorga a la escala de desatención/atención. El estudio presentado puede tomarse como una investigación preliminar aplicada a un caso único, que podría extenderse a un estudio experimental más amplio. Asimismo, se podrían llevar a cabo futuras investigaciones con grupo control, a fin de realizar una comparativa de la eficacia conjunta de estas técnicas, en un protocolo de intervención integrado, respecto a su uso de forma independiente.

BIBLIOGRAFIA

- Allport, G. W. (1937). *Personality* (pp. 173-181). New York: Holt.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: Author.
- American Psychiatric Association. (2006). *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006*. American Psychiatric Pub.
- Andrade-González, N., & Fernández-Liria, A. (2015). Spanish Adaptation of the Working Alliance Inventory (WAI). Psychometric properties of the patient and therapist forms (WAI-P and WAI-T). *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 31(2), 524-533.
- Aragonès, E., Piñol, J. L., y Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención primaria*, 41(10), 545-551.

- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S. E., Carl, J. R., Ellard, K. K., y Bullis, J. R. (2013). The origins, diagnosis, & treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 1-22.
- Bellón, J. Á., Moreno-Küstner, B., Torres-González, F., Montón-Franco, C., GildeGómez-Barragán, M. J., Sánchez-Celaya, M., ... y Gutierrez, B. (2008). Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: methodology. *BMC Public Health*, 8(1), 256.
- Bellón, J. Á., Moreno-Küstner, B., Torres-González, F., Montón-Franco, C., GildeGómez-Barragán, M. J., Sánchez-Celaya, M., ... y Gutierrez, B. (2008). Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: methodology. *BMC Public Health*, 8(1), 256.
- Berlanga, C., Heinze, G., Torres, M., Apiquián, R., & Caballero, A. (1999). Personality and clinical predictors of recurrence of depression. *Psychiatric Services*, 50(3), 376-380.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., y Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC public health*, 13(1), 119.
- Bomovalova MA, Hicks BM, Iacono WG, McGue M (2010) Familial transmission and heritability of childhood disruptive disorders. *Am J Psychiatry* 167(9):1066–1074.
- Borkovec, T. D., y Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 3(4), 257-260.
- Boyce, P., Parker, G., Barnett, B., Cooney, M., & Smith, F. (1991). Personality as a vulnerability factor to depression. *The British Journal of Psychiatry*, 159(1), 106-114.
- Bradley, R., Jenei, J., y Westen, D. (2005). Etiology of borderline personality disorder: Disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (1), 24-31.
- Brown, T. A., y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological assessment*, 21(3), 256.
- Brown, T. A., y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological assessment*, 21(3), 256.
- Casañas, R. (2015). *Evaluación de la efectividad de la Psicoeducación grupal en Depresión Mayor (síntomas leves/ moderados) en Atención Primaria*. (Tesis doctoral). Universitat Autònoma, Barcelona.
- Catanzaro, S. J., Backenstrass, M., Miller, S. A., Mearns, J., Pfeiffer, N., y Brendalen, S. (2014). Prediction of symptoms of emotional distress by mood regulation

- expectancies and affective traits. *International Journal of Psychology*, 49(6), 471-479.
- Cuadra, A., Veloso, C., Ibergara, M., y Rocha, M. (2010). Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Terapia psicológica*, 28(1), 127-134
- Echeburúa, E., & Botella, C. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Martínez Roca.
- Emmons, R. A. ,y McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: an experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of personality and social psychology*, 84(2), 377.
- España, y Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto versión resumida*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J. y Lecrubier, Y. (1997). Mini International Neuropsychiatric Interview.
- Font-Mayolas, S. (2013). Adaptación española del inventario de evaluación de la personalidad (PAI). Autor: Leslie C. Morey (1991, 2007). Adaptación española: Ortiz-Tallo, M.; Santamaría, P.; Cardenal, V. & Sánchez, MP Editorial TEA, Madrid, España. 2011. Comenta: Sílvia Font-Mayolas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(35).
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., y Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and psychopathology*, 17(04), 1007-1030.
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., y Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1007-1030.
- Gallardo, R. (2006). Naturaleza del estado de ánimo. *Revista chilena de Neuropsicología*, 1(1).
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Gremaud-Heitz, D., Riemenschneider, A., Walter, M., Sollberger, D., Küchenhoff, J., y Dammann, G. (2014). Comorbid atypical depression in borderline personality disorder is common and correlated with anxiety-related psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 650-656. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.11.021>.
- Hamilton, M. (1988). Distinguishing between anxiety and depressive disorders. *Handbook of anxiety disorders*, 143-155.
- Hankin, B. L. (2010). Personality and depressive symptoms: Stress generation and cognitive vulnerabilities to depression in a prospective daily diary study. *Journal of social and clinical psychology*, 29(4), 369.

- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología conductual*, 19(2), 347.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología conductual*, 19(2), 347.
- Hervás, G. ,y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59,9-36.
- Hirschfeld, R. M (2001). Thecomorbidity of majordepression and anxietydisorders: recognition and management in primarycare. *Prim CareCompanion J ClinPsychiatry* ,244-254.
- Horvath, A. O., y Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology*, 36(2), 223.
- Hume, D. (2012). Emotions and moods. *Organizationalbehavior*, 258–297.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., y Brook, J. S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of general psychiatry*, 59(8), 741-749.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., y Prescott, C. A. (1999). Causal relationshipbetweenstressfullifeevents and theonset of majordepression. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 837-841.4
- Kessler, R. C. (1997). Theeffects of stressfullifeeventsondepression. *Annualreview of psychology*, 48(1), 191-214.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... y Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, 289(23), 3095-3105.
- Köhling, J., Ehrental, J. C., Levy, K. N., Schauenburg, H., y Dinger, U. (2015). Quality and severity of depression in borderlinepersonalitydisorder: A systematicreview and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 37, 13-25. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.002>
- Layous, K., Chancellor, J., 7 Lyubomirsky, S. (2014). Positive activities as protectivefactorsagainst mental healthconditions. *Journal of AbnormalPsychology*, 123(1), 3.
- Layous, K., y Lyubomirsky, S. (2014). Thehow, why, what, when, and who of happiness: Mechanismsunderlyingthesuccess of positive activityinterventions. *Positive emotion: Integratingthe light sides and darksides*, 473-495
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press.

- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid: Paidós.
- Linehan, M.M., Comtois, K., Murray, A., Brown, M., Gallop, R., Heard, H., Korslund, K., Tutek, D., Reynolds, S. y 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*, 757-766.
- Lloyd, C., af Klinteberg, B., y DeMarinis, V. (2016). Emotion Regulation and Existential Meaning-Making in Young Women with Mental Ill-Health Concerns—A Qualitative Study. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, *1*(1), 1-11.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: an evolutionary model*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Monroe, S. M., Slavich, G. M., Torres, L. D., y Gotlib, I. H. (2007). Severe life events predict specific patterns of change in cognitive biases in major depression. *Psychological medicine*, *37*(06), 863-871.
- Moroz, M., y Dunkley, D. M. (2015). Self-critical perfectionism and depressive symptoms: Low self-esteem and experiential avoidance as mediators. *Personality and Individual Differences*, *87*, 174-179.
- Neumann, R., Seibt, B., & Strack, F. (2001). The influence of mood on the intensity of emotional responses: Disentangling feeling and knowing. *Cognition & Emotion*, *15*(6), 725-747. <https://doi.org/10.1080/02699930143000266>.
- Ng, W. (2015). Boosting well-being with positive psychology interventions: moderating role of personality and other factors. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *45*(2), 79-87.
- Organización mundial de la Salud, A. M. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*.
- Orth, U., Robins, R. W., y Meier, L. L. (2009). Disentangling the effects of low self-esteem and stressful events on depression: Findings from three longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, *97*(2), 307-321. <https://doi.org/10.1037/a0015645>.
- Orth, U., Robins, R. W., y Meier, L. L. (2009). Disentangling the effects of low self-esteem and stressful events on depression: Findings from three longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, *97*(2), 307-321. <https://doi.org/10.1037/a0015645>.
- Öst, L. G., Salkovskis, P., y Hellström, K. (1991). One-session therapist directed exposure vs. self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behavior Therapy*, *22*(3) 407-422.
- Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubietta, E., y Casullo, M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y estrés*, *12*(2-3), 329-341.

- Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E., y Casullo, M. (2006). Apoyo seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 329-341.
- Palacios, A. G. (2004). La terapia dialéctico conductiva para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Información psicológica*, (84), 40-51.
- Park, N., Peterson, C., y Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia psicológica*, 31(1), 11-19.
- Pérez, M., y García, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13 (3).
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Campayo, J., Armengol, S., Bauza, N., y Garcia-Toro, M. (2013). Stressful life events severity in patients with first and recurrent depressive episodes. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(12), 1963-1969.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image* (Vol. 11, p. 326). Princeton, NJ: Princeton university press.
- Ruiz, E., Salazar, I. C., y Caballo, V. E. (2012). Inteligencia emocional, regulación emocional y estilos/trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 20(2), 281-304.
- Sanidad, servicios sociales. "Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto." (2014). Recuperado a partir de <http://avalia-t.sergas.es/DXerais/61/avalia-t201306GPCdepression-adultoVC.pdf>
- Sanjuan, P. y Magallares, A (2006). Estilo atributivo negativo, sucesos vitales y sintomatología depresiva. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11(2), 91-98.
- Sanz, J., Perdígón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3).
- Seehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. y Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22-33; quiz 34-57.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421
- Seligman, M. E., Rashid, T., y Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American psychologist*, 61(8), 774
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American psychologist*, 60(5), 410.

- Sergeant, S., y Mongrain, M. (2011). Are positive psychology exercises helpful for people with depressive personality styles?. *The Journal of Positive Psychology*, 6(4), 260-272.
- Sin, N. L., y Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 65(5), 467-487.
- Slavich, G. M., Monroe, S. M., y Gotlib, I. H. (2011). Early parental loss and depression history: Associations with recent life stress in major depressive disorder. *Journal of psychiatric research*, 45(9), 1146-1152.
- Sowislo, J. F. ,y Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, 139(1), 213-240.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. (1982). Manual del cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI). *Madrid: TEA Ediciones*, 1-16.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1970). Manual for the state-trait anxiety inventory.
- Vázquez, C. (2006). La Psicología Positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 1-2.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*. 14(3), 401-432.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*. 14(3), 401-432.
- Vázquez, C., Nieto, M., Hernan, L., y Hervás, G. (2004). Tratamiento psicológico en un caso de depresión mayor. In *Terapia psicológica: casos prácticos* (pp. 201-232). Ediciones Pirámide.
- Vera, B. (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 1, 3-8.
- Vilaplana, M., Mckenney, K., Riesco, M. D., Autonell, J., & Cervilla, J. A. (2010). Comorbilidad depresiva en los trastornos de la personalidad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(1), 4-12.
- Watson, D. (2009). Differentiating the mood and anxiety disorders: A quadripartite model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 221-247.
- Watson, D., y Naragon-Gainey, K. (2014). Personality, emotions, and the emotional disorders. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 422-442.
- Watson, D., y Naragon-Gainey, K. (2014). Personality, emotions, and the emotional disorders. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 422-442

- Yen, S., Zlotnick, C., y Costello, E. (2002). Affect regulation in women with borderline personality disorder traits. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(10), 693-696.
- Yoshimatsu, K., y Palmer, B. (2014). Depression in Patients with Borderline Personality Disorder: *Harvard Review of Psychiatry*, 22(5), 266-273. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000045>.
- You, S., y Conner, K. R. (2009). Stressful life events and depressive symptoms: influences of gender, event severity, and depression history. *The Journal of nervous and mental disease*, 197(11).
- Zhang, J., Zheng, J., & Magnenat-Thalmann, N. (2016). Modeling Personality, Mood, and Emotions. In *Context Aware Human-Robot and Human-Agent Interaction* (pp. 211-236). Springer International Publishing.

ANEXOS

Anexo 1. Descripción detallada de la estructura del protocolo.

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN:

- Disminuir el estado de ánimo negativo
- Aprender a conocer y comprender tus emociones
- Aprender formas adaptativas de hacer frente a los problemas
- Incrementar la conciencia sobre las experiencias emocionales

MODULOS:

- Módulo 1: Psicoeducación (2)
- Módulo 2: Toma de conciencia (2)
- Módulo 3: Regulación emocional (5) (DBT)
- Módulo 4: Psicología positiva (3)
- Módulo 5: Prevención de recaídas (1)

ESTRUCTURA DE LA INTERVENCIÓN:

- 13 sesiones
- Duración 1.00h
- Periodicidad semanal
- Individual

MODULO 1: PSICOEDUCACIÓN

A. Objetivos del módulo

- Conocer y comprender las características de la intervención
- Conocer qué es la depresión y sus síntomas
- Aprender la relación entre pensamientos y emociones
- Conocer las emociones y su funcionamiento adaptativo
- Conocer las diferentes áreas del yo

B. Estructura del módulo

I. “Comprendiendo la importancia de los pensamientos”

- a. ¿Qué es la depresión?
- b. Sintomatología de la depresión
- c. Relación entre pensamientos y emociones

II. “Comprendiendo la importancia de las emociones”

- a. Comprendiendo las dificultades emocionales
- b. Regulación emocional
- c. Importancia de la regulación emocional

MODULO 2: TOMA DE CONCIENCIA

A. Objetivo del módulo:

- Aprender a utilizar la respiración como anclaje para conectar con el momento presente y calmar la mente.
- Tomar conciencia y gestionar de un modo más saludable los pensamientos, emociones y sensaciones.
- Clarificar el concepto de aceptación. La aceptación como actitud ante los pensamientos, emociones o sensaciones.

B. Estructura del módulo

I. Entrenamiento de la atención

- a. Introducción a la utilidad de poner el foco en la respiración
 - i. Qué es
 - ii. Objetivo
- b. Puesta en práctica de la respiración
- c. Tarea para casa:

II. Toma de conciencia. Estar en el presente

- a. Atención focalizada en la respiración
- b. ¿qué?: Los sentidos y Los pensamientos
- c. ¿Cómo?: Trabajando la Aceptación, sin juzgar.

- d. Tarea para casa: Practicar la toma de conciencia: sensaciones corporales, sentidos y emoción, por ejemplo: Dar un paseo con atención plena.

MODULO 3: REGULACION EMOCIONAL

A. Objetivos del módulo

- Incrementar la conciencia sobre las experiencias emocionales
- Reducir la vulnerabilidad negativa y el sufrimiento emocional
- Incrementar la ocurrencia de acontecimientos emocionales positivos
- Entrenamiento en solución de problemas

B. Estructura del módulo

I. Observar y describir emociones

- a. Revisar la práctica de toma de conciencia y hacer ejercicio
- b. Recordar la psicoeducación sobre regulación emocional y función de las emociones
- c. Ejercicio: mitos de las emociones
 - i. Valorar hasta qué punto están de acuerdo con cada uno
 - ii. Elegir mito con mayor grado de acuerdo
 - iii. Intentar dar argumentos en contra (la idea es flexibilizar en la medida de los posibles ideas y creencias acerca de las emociones)
- d. Tarea para casa: Practicar la toma de conciencia y leer argumento en contra de los mitos.

II. Componentes de las emociones

- a. Revisar práctica de toma de conciencia
- b. Revisar las tareas para casa
- c. Presentación del modelo para describir emociones. Reforzar la psicoeducación e introducir el modelo.
- d. Ejercicio: ABC
- e. Metáfora del jinete

- f. Tarea para casa: Practicar toma de conciencia (registro) y hoja “observar y describir emociones”

III. Reducir la vulnerabilidad negativa: Aumento de emociones positivas a corto plazo

- a. Revisar práctica de toma de conciencia
- b. Revisar el ejercicio de observar y describir emociones
- c. Plantearle la base lógica de la reducción de la vulnerabilidad negativa: Acumular emociones positivas, prepararse para afrontar situaciones emocionales, cuidar el cuerpo, construir sentimientos de autoeficacia etc.,
- d. Incremento de acontecimientos agradables que provoquen emociones positivas (listado de acontecimientos placenteros). A corto plazo. Realizar una actividad diaria de la lista.
- e. Realizar cambios en tu vida: → Acumular experiencias positivas. Elegimos en sesión una meta y la trabajamos juntas.
 - i. Hacer una lista de acontecimientos que quiere que ocurran
 - ii. Hacer un programación de los pasos a seguir para conseguir metas
 - iii. Hazte las siguientes preguntas.
 - iv. Dar el primer paso

Enfatizar en el bienestar físico → contribuye a la fortaleza emocional

Tarea para casa: Registros; práctica toma de conciencia; Ejercicio de observar y describir emociones; experimentación de emociones positivas)

IV. Justificación Vs no justificación de la emoción. Actuar de manera opuesta a la emoción.

- a. Revisar práctica de toma de conciencia y experimentación de acontecimientos positivos
- b. Revisar el ejercicio de observar y describir emociones
- c. Revisar ficha pasos para reducir las emociones dolorosas
- d. No justificación: Técnica de acción opuesta a la emoción

- e. Tareas para casa: Registros; Práctica de toma de conciencia y ficha pasos para reducir las emociones dolorosas (experimentación de emociones positivas)

V. Cambio de respuesta ante los acontecimientos emocionales: Actuar de manera opuesta a la emoción. Justificación Vs no justificación de la emoción

- a. Revisar practica de toma de conciencia y experimentación de acontecimientos positivos (registro)
- b. Revisar listado de metas a largo plazo y
- c. No justificación: Técnica de acción opuesta a la emoción
- d. justificada: Solución de problemas
- e. Tareas para casa: Registros; Práctica de conciencia y Registro de experimentación de acontecimientos positivos (ficha pasos para reducir las emociones dolorosas).

MODULO 4: PSICOLOGIA POSITIVA

A. Objetivos del módulo

- Incrementar el bienestar y disminuir el malestar
- Fomentar satisfacción vital
- Incrementar la conciencia sobre el significado positivo de tener problemas
- Trabajar y fortalecer la resiliencia
- Incrementar la experimentación de emociones positivas
- Cultivar el optimismo.

B. Estructura del módulo

I. Comprendiendo el significado positivo de tener problemas

- a. El papel de las circunstancias vitales
- b. Introducción del significado positivo de tener problemas: Profundizar en el análisis acerca de encontrar otros posibles significados (positivos) al hecho de tener problemas.
- c. Ejercicio de “mis mejores virtudes”

II. Satisfacción con el pasado: Trabajar por agradecer las cosas buenas que te han sucedido. Enlazarlo con aprendizajes, agradecimientos, perdón y olvido. Se continúa enlazando con la resiliencia y la capacidad de aprender de las experiencias. De la importancia de aceptar, perdonar y agradecer para seguir avanzando y sobreponerse a los problemas y futuros acontecimientos.

III. Satisfacción con el presente y optimismo: Trabajar el agradecimiento diario, disfrute del día a día, disfrute de las cosas simples de la vida. Retomamos las actividades placenteras y los acontecimientos agradables que provoquen emociones positivas (listado de acontecimientos placenteros trabajado en el módulo de R.E). Continuamos enlazando con la resiliencia, la importancia de la implicación de la gratitud y disfrute diario, para abordar problemas y sobreponerse a las adversidades. Asimismo se hace hincapié de nuevo en la importancia del mindfulness. Asimismo se enlaza con los beneficios de la visión optimista del futuro, de como el presente ayuda a nuestro futuro, nuestra visión del día a día nos ayudara a afrontar el futuro. la persistencia en la tarea, el afrontamiento, y adoptar una actitud frente a la adversidad.