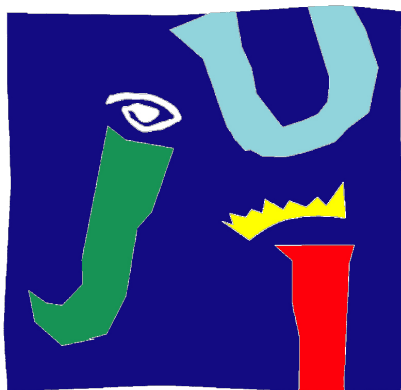


# La regulación emocional y el trastorno límite de la personalidad



UNIVERSITAT  
JAUME • I

*Grado en Psicología*

Alumna: *Alicia Pablo Beltrán*  
Tutora: *Azucena García Palacios*  
Convocatoria: *Julio*

DNI 73397765G



# ÍNDICE

Resumen y Abstract.....	4
Extended summary .....	5
<b>1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>7</b>
Introducción.....	7
Modelos de regulación emocional.....	10
Evaluación de la regulación emocional .....	13
Escalas de regulación emocional no aplicados en sujetos con TLP .....	18
<b>2. ESTUDIO EMPÍRICO .....</b>	<b>21</b>
<b>Objetivos e Hipótesis .....</b>	<b>21</b>
<b>Método .....</b>	<b>22</b>
Sujetos .....	22
Instrumentos .....	23
Procedimiento .....	23
<b>Resultados.....</b>	<b>24</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>31</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>31</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>33</b>

## Resumen

La desregulación emocional es uno de los problemas principales en el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y por tanto también es muy importante su medición. Existen diversas escalas para medir regulación emocional (RE), por eso en este trabajo, hemos realizado una revisión de las escalas más utilizadas para su medición. Tomando como referencia el modelo de Gross, que defiende la idea de que la RE mediante reevaluación cognitiva es mejor que la supresión emocional, hemos realizado una investigación con una muestra de 50 sujetos (mujeres) diagnosticados de TLP, con el objetivo de analizar la relación entre reevaluación y supresión y variables clínicas. Partimos de la hipótesis que los sujetos con TLP que utilicen como forma de RE la reevaluación, tendrán menos problemas con sus emociones que los sujetos que utilicen la supresión emocional, y por tanto, menos conductas autodestructivas y menor gravedad. Se ha utilizado para la medición de la regulación emocional, el Cuestionario de Regulación emocional (ERQ) y se obtuvo como resultado, que el uso de reevaluación cognitiva y supresión no tenía influencia en las variables clínicas.

Palabra clave: Regulación emocional, Trastorno límite de la personalidad, desregulación emocional, reevaluación, supresión, escalas, modelos, emociones.

## Abstract

Emotional dysregulation is one of the main problems of subjects with Borderline Personality Disorder (BPD). Therefore, it is very important its measurement. There are several scales for measuring emotional regulation (ER), so we have done a review of the scales most commonly used to evaluate emotional regulation. Taking as reference Gross, that defends the idea that, cognitive reappraisal is more adaptive than emotional suppression, in order to regulate our emotions, we have conducted a research with a sample of 50 subjects (women) diagnosed with BPD. The aim of this work, is to analyse the relationship between emotional reappraisal and suppression and clinical variables. Our hypothesis is that, subjects with BPD that use reappraisal, will have fewer problems with their emotions than subjects that use suppression. In addition, they will have less self-destructive behavior and a lower severity. In order to evaluate the emotional regulation, we used the Emotional Regulation questionnaire (ERQ) and the results have shown that the use of reappraisal and the suppression did not influence the clinical variables

Key Words: Emotional regulation, Borderline personality disorder, emotional dysregulation, reappraisal, suppression, scales, models, emotions.

## **Extended summary**

The main aim of this academic work is to know the problems of emotional regulation that subjects with Borderline Personality have. First, we have done a general review of all the aspects related to emotional regulation (the importance of emotions, researches about emotional regulation, models of emotional regulation and finally, a search of scales measuring emotional regulation); and then, we did a pilot study about emotional regulation in a sample of subjects with BPD. So, we can divide this academic work in two parts.

In the first part, we talked about emotions and what its definition is. We also explained what emotional regulation is, and why it is important. Basically, the main idea of this first part is to explain that emotions give us information about stimulus and drive us in to action, but in order to act correctly and achieve all the information that the emotion of the stimulus has, we have to control this emotion. This control is carried out through emotional regulation techniques. When the emotional regulation does not work properly, we meet the problem of the emotional dysregulation. In these cases, the emotion can become extremely intense, because the strategies for regulate it does not work properly, so they will not be useful for controlling and reducing the emotion. This is the problem that we find in people diagnosed with Borderline Personality Disorder: their strategies to regulate emotions are not suitable. They lose the control of their emotions and carry out self-destructive behaviors for reducing them at short term. Therefore, is important to learn more about emotional regulation in Borderline Personality Disorder and to explore ways to measuring this construct. r. For this reason, we also conducted a review of the scales most commonly used to measure emotional regulation. We have found that the most commonly used scale to measure emotional regulation, is the scale of Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). This scale assesses emotional regulation difficulties through six factors. In each item of the scale, subjects have to say, on a scale from 1 to 5, in what grade happens which explains the item. The second scale most commonly used, is the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), that provides measures about the tendency of the subject to regulate their emotions in two ways (cognitive reappraisal and suppression). The Affect Regulation and Experience Q-sort-Questionnaire Version (AREQ-QV) have been less used than the others two mentioned scales, because they do not evaluate only emotional regulation, but also it evaluates affective experiences. The Negative Mood Regulation Scale (NMR), evaluates emotional regulation too, but in a different way, the subjects have to say to what extent one emotional regulation strategy, can relieve their emotion. Other scales are used to measure emotional regulation are the Emotional Experiencing and Regulation Interview (EERI), Thought Control Questionnaire (TQC), Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) and the Vermont-Vorst Alexithymia Question Aire (BVAQ).

In addition, during the literature review of the scales to measure emotional regulation, I have found three scales about emotional regulation that have not been used in patients with BPD, but I think they could be useful for these type of population. These scales are, the Mood Regulation Strategies (MRS), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) and the International Affective Picture System (IAPS).

We also performed a review of the models of emotional regulation. During this review, we found that the model with most support was the model of emotional regulation created by Gross. This model develops the idea that emotions can be regulated in two ways: regulating the background of the emotion or regulating the emotional response. For the first form of emotional regulation, the subject has to choose whether deal or not with the situation. If the individual decides to face the situation, he can modify the situation in order to reduce the negative emotion. The other form of emotional regulation that Gross explains, consists in regulating the emotion when the subject is feeling it, by using different techniques that help us to control them. Although this is the most used, there are more models to work with, as the Cybernetic model created by Larsen, the Homeostatic model by Forgas or the model of emotional regulation created by Erber, Wegner y Therriault.

After the review of the most important theoretical aspects of emotional regulation in BPD, we carried out the second part of this work, an empirical study

We used a database of a sample of 50 women diagnosed with BPD. In this data base, I found measures of two forms of emotional regulation, reappraisal and the suppression measured by the ERQ. The aim of this research was to analyse the relationship between reappraisal and suppression and clinical variables in BPD. We had the hypothesis that individuals with BPD that used reappraisal will have fewer problems with their emotions than the individuals that used suppression. But we also have to say that, people who use scored higher in reappraisal, will have lower scores of severity of the disorder, a lower number of hospital admissions, fewer suicide attempts, less parasuicidal behaviors, lower consumption of toxic, fewer maladaptive behaviors of regulation of affection, lower food maladaptive behavior, lower scores on experiences dissociative and lower scores on the axis V.

To analyse the data we divided the sample in low and high in reappraisal and suppression and used a t-test for independent samples. The results revealed no differences between low and high in the emotion reevaluation strategies and the clinical variables. In conclusion, we can say that there is not evidence to affirm that, the use of the suppression or reevaluation, influenced the severity of the disorder, the number of hospital admissions, suicide attempts, parasuicidal behavior, number of maladaptive behaviors regulation affection, food maladaptive behaviors, dissociative experiences or axis V scor. The use of reappraisal influenced the the consumption of substances.

These results are contradictory with the results of the reviews conducted. For this reason, we believe that one of the reasons about the contradictory results, is that the scale used to record the measures (ERQ), was the unsuitable one. We believe this because, the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) measures emotional regulation in normal population and perhaps it will be more appropriate to use a scale that measures emotional dysregulation for a clinical population. Now, if we had to repeat the evaluation, we would use the Difficulties in Emotion Regulation Scale.

# 1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

## Introducción

El Trastorno Límite de la personalidad se caracteriza por un patrón general de inestabilidad en las relaciones personales, la autoimagen, la afectividad y una notable impulsividad. Destaca la ansiedad ante la separación (necesidad de dependencia y protección), elevada variabilidad del estado de ánimo, con amplios periodos de abatimiento, salpicados de momentos de euforia y muy frecuentemente experimentan episodios de irritabilidad, comportamiento autodestructivos y hostilidad impulsiva. Aproximadamente 3 de cada 4 pacientes con TLP realizan intentos autolíticos y entre el 8% y 10% finalmente acaban con su vida (Rosenbluth y Silver, 1997)

Esta inestabilidad emocional e impulsividad está relacionada con evitar un abandono real o imaginario. Presentan problemas de identidad, dificultades para saber quienes son, para dar coherencia a su vida y plantearse objetivos. Una consecuencia de ello es la tendencia a mostrarse dependiente de los demás, buscar protección y seguridad. La dependencia acaba convirtiéndose en control si siente, como suele ocurrirles, que no se les da suficiente atención y afecto. Además sus actitudes son interpretadas como oposición, manipulación y volubilidad, lo que genera rechazo y abandono, lo cual a su vez refuerza su búsqueda de figuras de referencia y potencia la desconfianza en los demás. Pueden tener problemas para tolerar la soledad y los sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento. En los casos más graves podemos encontrar conductas extrañas, impulsos irracionales, confusión y pensamientos delirantes. (Castillo, A. J. Y Maestre, F., 2012)

Su desequilibrio emocional les hace ser muy impulsivos en áreas especialmente dañinas como en el sexo o gastos económicos, intentos o amenazas de suicidio recurrente, automutilaciones, etc. Muchas veces las personas con TLP puede llegar a desarrollar ideas paranoides transitorias con el estrés o síntomas disociativos graves (Jayaro, et al., 2008).

## El papel de las emociones

Aunque años atrás las emociones no recibieron el papel que les correspondía, muchos autores han hablado sobre ellas y sobre su utilidad. Gross en su artículo Emotion regulation: past, present, future (1999), defendió la idea de que las emociones son importantes porque ayudan a que las personas tomen decisiones y nos preparan para reaccionar ante cualquier estímulo. Además otros autores añaden, que es muy importante a nivel social, ya que nos proporcionan información sobre el entorno y hace que tengamos patrones más flexibles de comportamiento, ya que tendemos a actuar de distinta manera según como nos sentimos (Keltner y Haidt, 1999). Para poder beneficiarnos de toda la información que nos proporcionan las emociones, tenemos que tener una serie de habilidades emocionales para regularlas (Hervas, 2011). Si no disponemos de buenas habilidades emocionales, no conseguiremos regular las emociones de forma exitosa (Hervas, 2011). Es importante destacar, que las emociones no nos obligan a responder de una cierta manera, solo hacen más probable que respondamos de una u otra forma. La maleabilidad de las conductas asociadas a las emociones, es lo que se llama regulación emocional (Gross, 2002).

Las emociones aparecen en nosotros cuando hay algo importante a lo que debemos prestar atención. Estas se activan casi automáticamente, como por ejemplo cuando vemos una serpiente y con temor retrocedemos. (LeDoux, 1995). El resultado de estas emociones es una serie de comportamientos y respuestas fisiológicas que influyen en como nosotros respondemos (Gross, 2002). Cuando estas respuestas son extremadamente diferentes a las que la sociedad entiende por correctas/aceptadas, las emociones que sentimos pueden producir muchos problemas y por tanto, intentamos regular dichas respuestas emocionales (Gross, 1999a). Cuando se comparan sujetos con trastorno límite de personalidad y población sana, se ha visto que la inestabilidad emocional de las personas con TLP es causada por cambios emocionales más extremos (saltos más grandes de estados positivos a negativos ) y mayor sensibilidad emocional que la muestra no clínica (Houben et. al., 2015). Reisch et al, (2008) llegaron a la conclusión de que las personas con trastorno de personalidad límite pasan más frecuentemente de la ansiedad a la tristeza, o de la ansiedad a la ira y de la tristeza a la ansiedad.

Los seres humanos utilizan diferentes estrategias de regulación emocional con el objetivo de modificar las respuestas emocionales. Aunque una de las principales formas de regulación emocional sea disminuir las emociones negativas, también hay otras formas de regular nuestras emociones (Gross, 2002). Podemos usar como estrategia de regulación emocional, cambiar un tema/situación molesta cuando uno está enfadado. Esta es una forma de regulación emocional consciente, pero también podemos usar estrategias de regulación inconscientes, como por ejemplo, cuando desplazamos nuestro foco atencional de una cosa que nos produce emociones negativas o otra cosa que no nos es molesta (Bonden y Baumeister, 1997).

¿Cuáles son las mejores estrategias de regulación emocional? Hay muchas formas de regular las emociones. Gross (2002) investigó dos estrategias de regulación emocional: Supresión y reevaluación. Concluyó que todo depende de la situación y la posibilidad en la que nos encontremos, ya que es lo realmente adaptativo. Pero que de forma general, la reevaluación era preferible que la supresión, ya que la supresión, disminuía la expresión de las emociones negativas pero no la experiencia de estas, también reducía la expresión y experiencia de las emociones positivas. Además la supresión no solo no disminuye nuestras emociones negativas, sino que aumenta la actividad simpática de nuestro organismo. Incluso tiene efectos importantes en las relaciones sociales, los resultados muestran que la supresión hace que las personas compartan menos sus emociones por lo que reciben menos apoyo social e incluso gustan menos a la gente.

Muchos datos desde diferentes perspectivas coinciden en que la personalidad, y los mecanismos neurológicos implicados, pueden jugar un papel importante en la regulación del estado de ánimo. Existen rasgos de personalidad como el neuroticismo que nos ayuda a predecir reacciones emocionales negativas, mostrando síntomas de desregulación emocional (Hervas y Vazquez, 2006) Además se vio que el neuroticismo y la extraversión tienen una relación distinta para variables como la identificación de emociones y la atención. La extraversión se ha relacionado con una mayor tendencia a atender a las emociones (Coffey, Berenbaum, y Kerns, 2003) mientras que el neuroticismo a una deficiencia en la capacidad de percibir con claridad las emociones (Coffey et al., 2003; Gohm y Clore, 2002). Estos procesos son importantes para una eficaz regulación y constituyen también mecanismos que pueden afectar a los procesos de regulación (Hervas y Vazquez, 2006).



Los déficits de regulación emocional puede presentarse de diferentes formas: (Hervás y Vázquez, 2006a)

- Déficit de regulación por ausencia de activación: Personas que no activan estrategias de regulación a pesar de experimentar episodios de disforia.
- Déficit de regulación por ausencia de eficacia: Se activan las estrategias que el sujeto sabe para regular las emociones pero estas son ineficaces. Si no se procesan primero bien las emociones, es posible que la regulación emocional no sea exitosa.
- Déficit de regulación por empleo de estrategias disfuncionales de regulación emocional: en esta caso encontramos esas personas que aun aplicando estrategias emocionales, no consiguen regular sus emociones ya que tienen unas habilidades emocionales inadecuadas y por tanto sus reacciones y emociones empiezan a ser más intensas y descontrolada. Normalmente esto le sucede a las sujetos que usan la evitación, rechazo o supresión emocional como forma de manejar las emociones (Dalglish, Yiend, Schweizer y Dunn, 2009)

Por tanto, como llevamos explicando, la **desregulación emocional** se considera el principal problema en pacientes con trastorno límite de personalidad (Linehan et al. 1993). Linehan y Heard (1992) definen la mala regulación emocional como el déficit en la capacidad de modular los sentimientos de tal forma que las emociones están fuera de nuestro control, cambian rápidamente y se expresan de forma extremadamente intensa. Hay diferentes autores que han intentado aclarar este constructo. Por una parte Garner y Spears (2000) conceptualizaron la regulación emocional como el control de las experiencias emocionales y la expresión de estas, sobre todo de las emociones negativas. Grow (1999) realizó una definición muy parecida a la anterior, define regulación emocional como aquellos procesos por lo cuales una persona ejerce una influencia sobre las emociones que tiene, sobre cuando las tenemos y sobre como las experimentamos y las expresamos. De forma más específica, Linehan (1993) define este concepto como la tendencia a responder a los estímulos ambientales con una elevada sensibilidad, elevada reactividad (reacciones emocionales muy intensas) y una recuperación retardada (tarda mucho a volver a su estado emocional normal). Gross (1998b) defiende que la regulación emocional es el proceso por el cual controlamos las emociones que tenemos, cuando las tenemos y la forma de sentirlas y expresarlas.

Linehan (1993) expone que la mala regulación emocional que caracteriza al trastorno de personalidad límite se caracteriza por alta sensibilidad a los estímulos emocionales, alta intensidad emocional y costoso y lento retorno a la línea base emocional en la que se estaba, antes de la activación. Esto puede explicar las tendencias autolesivas y los intentos de suicidio, ya que según el modelo de evitación experiencial, estos pacientes usan las autolesiones y los intentos de suicidio como una forma de escapar y evitar sus intensos estados emocionales negativos (Hervás, 2011). Según la investigación de Graetz (2003) estas conductas reducen sus emociones negativas y por tanto se acaba convirtiendo en un proceso de refuerzo negativo. También podemos encontrar síntomas como intolerancia a la frustración, reactividad o disforia (Jayaro, et al., 2008).

## Modelos de regulación emocional

Hervas y Vazquez (2006). de la Universidad Complutense de Madrid, en su artículo, Regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física, realizaron una muy buena revisión los modelos más importantes que han hablado sobre regulación emocional, y que a continuación vamos a citar. Estos son principalmente 4:

**Modelo de regulación emocional de Gross:** Este modelo defiende la idea de que la regulación emocional debe analizarse en función del lugar donde el sujeto realiza la estrategia de regulación emocional y donde produce las emociones. Gross divide las estrategias de regulación emocional en dos grupos. Por una parte las estrategias de regulación centradas en los antecedentes de la emoción y por otra, la regulación emocional centrada en las respuesta emocionales. Primero vamos a centrarnos en el primer grupo. Este tipo de estrategias se produce en varias fases, con diferentes alternativas, de las cuales el sujeto puede elegir o cambiar elementos en función de sus necesidades de regulación emocional. Las fases serían las siguientes: primero, el sujeto puede elegir si exponerse a una situación o no, seguidamente pasamos a la segunda fase, si el sujeto a elegido exponerse a una determinada situación, este puede configurarla a partir de sus acciones. En tercer lugar, cuando el sujeto ya ha cambiado la situación como a él le ha parecido conveniente, la persona puede elegir a que prestar mas atención y a que menos, con el objetivo de poder regular su estado emocional. Finalmente, tomando como referencia los estímulos atendidos, el sujeto extraerá un significado general a la situación. A continuación vamos a hablar sobre el segundo grupo de estrategias propuestas por Gross, que son las centrada en las respuesta emocionales. El autor defiende la idea de que existen diferentes estrategias de regulación emocional en función de cómo actuemos sobre los componentes de las emociones cuando las estamos sintiendo. En otras palabras, se puede influir sobre las emociones que sienten los sujetos, la expresión de dichas emociones y sobre la activación fisiológica. Gross se centra principalmente en las estrategias de regulación emocional de reevaluación y supresión para modificar dichas emociones, tomando la supresión como una estrategia de regulación emocional contrapuesta a la reevaluación cognitiva.

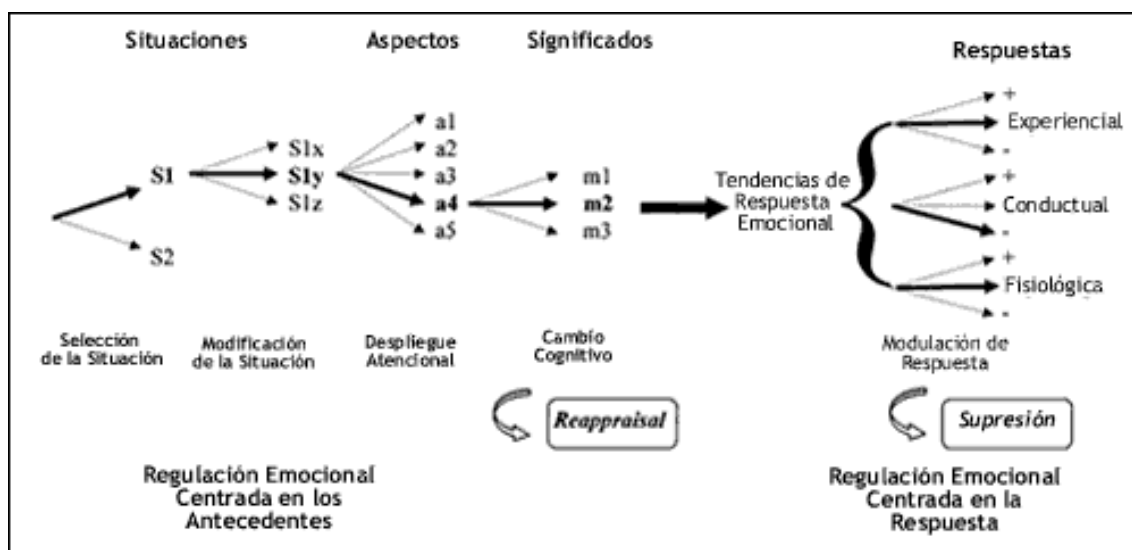


Figura 1. Esquema del modelo de regulación emocional de Gross (1999).

**Modelo cibernético de Larse de regulación del estado de ánimo:** El modelo de Larse está relacionado con el modelo general de autoregulación de Carver y Scheier (1998). Estos autores consideran las estrategias de regulación emocional como conductas de auto-control. Lars en su teoría lo que hace es partir de un estado de ánimo al que se desea llegar y se llega a él reduciendo la diferencia entre el estado de animo actual y el deseado. Este proceso empieza cuando el sujeto es consciente de que hay una diferencia entre el estado de ánimo deseado y el percibido. En este momento se activan los mecanismos de regulación emocional para manejar los factores externos y los internos. Además este modelo añade que los factores individuales que afectan al sujeto pueden ser favorables pero también pueden ser desfavorables en los procesos de regulación emocional. Los factores individuales a los que hacemos referencia son; la atención selectiva, la reactividad temperamental, el tipo de estrategias de regulación emocional que se activan, capacidad perceptiva del propio estado o las creencias y/o deseos en cuanto al estado de animo de referencia (Larse, 2000).

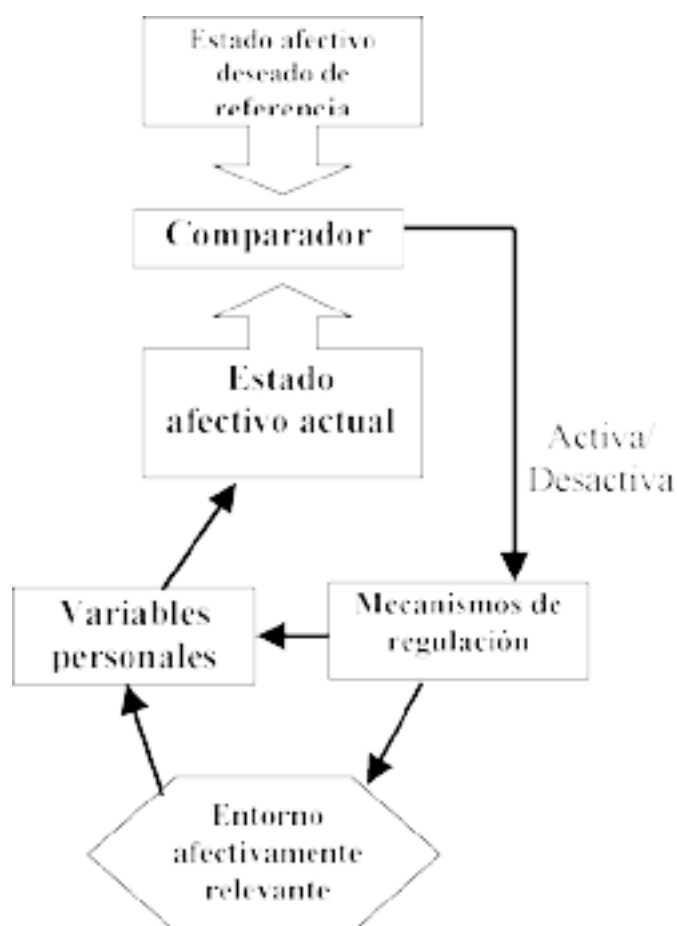


Figura 2. Esquema del modelo de regulación del estado de ánimo propuesto por Larsen (2000).

**Modelo homeostático de Forgas:** Este autor propone que la regulación emocional es un proceso que se activa para llegar a una homeostasis. Es decir, cuando el estado emocional de un sujeto se aleja mucho del estado emocional basal, el sujeto activa los mecanismos de regulación emocional para volver a la normalidad. Lo que es necesario destacar de este modelo es que

Forgas, defiende la idea de que la forma en que se regula el estado de ánimo es mediante procesos automáticos o espontáneos. Creo necesario destacar, que este modelo es el resultado de un modelo anterior formulado por el propio Forgas. Lo llamó modelo de la infusión del afecto (Forgas, 1995). En este modelo diferencia dos tipos de procesamiento; procesamiento abierto o constructivo (que son más vulnerables a los efectos del estado de ánimo), los procesos ordinarios (que este está influido por el estado de ánimo) y por último el procesamiento motivado (procesamiento incongruente con el estado de ánimo de un momento determina y que tiene como misión contrarrestarlo). Consideran estos tres procesos como formas de regulación emocional automática, por tanto todos ellos se complementan según las necesidades de un determinado momento (Forgas, 2000). Como conclusión, los dos modelos de Forgas tienen cosas en común y podrían ser complementarios.

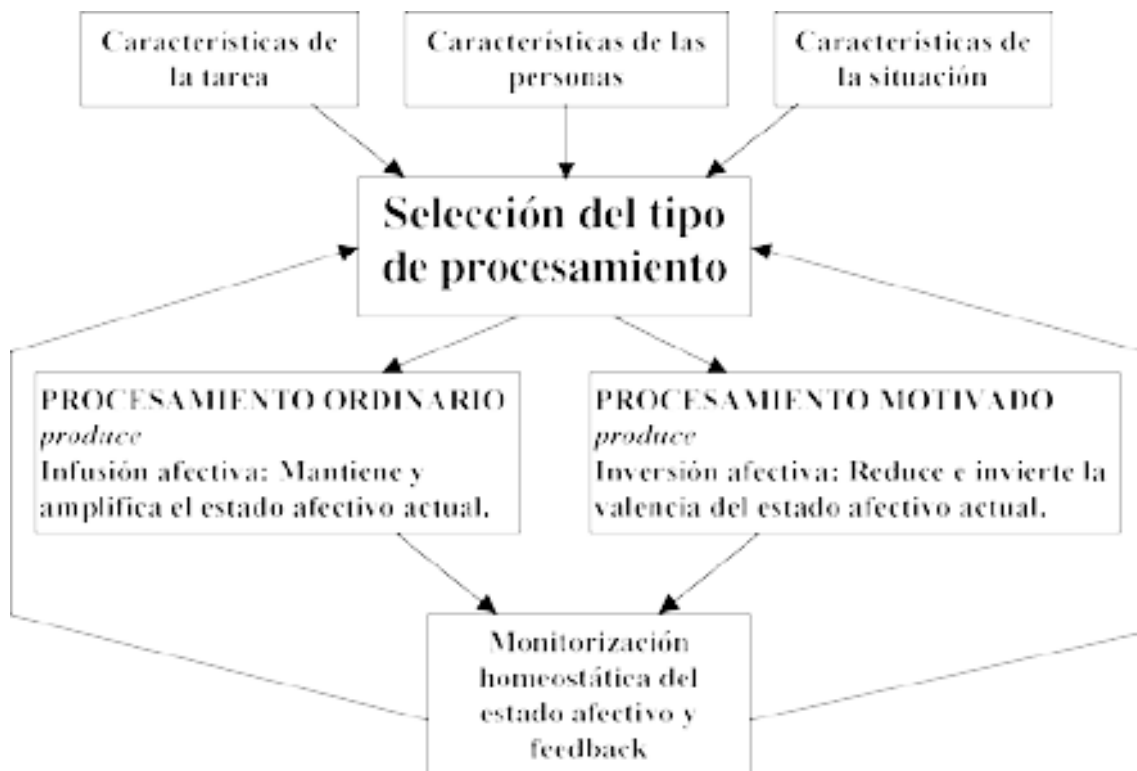


Figura 3. Esquema del modelo propuesto por Forgas y Ciarrochi (2002).

**Modelos de regulación del estado de ánimo basado en la adaptación social:** Fue desarrollado por Erber, Wegner y Therriault en 1996. Este modelo defiende que la regulación emocional se activaría con el objetivo de adaptar al sujeto a la situación social de un determinado momento. Por tanto, lo que nos vienen a decir estos autores es que, las personas no solo regulan su estado emocional por que algo les produzca una gran activación, sino también porque ciertas situaciones sociales nos indican que es mejor regular las emociones en una cierta dirección o simplemente nos avisan de la necesidad de compartir las emociones con otros.

## Evaluación de la regulación emocional

Explicada ya la importancia de la regulación emocional en las personas con TLP. Vamos a realizar una revisión de las diferentes escalas que se han usado para medir la regulación emocional en las personas con este trastorno. La información de cada una de las escalas se ha obtenido realizando una revisión de diferentes investigaciones donde se han medido la regulación emocional.

**Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)** Es el cuestionarios de regulación emocional más utilizado en la evaluación de este constructo. Se ha usado en la mayoría de los artículos donde se pretende medir la regulación emocional a TLP, como en el artículo escrito por Buckholdt, Weiss, Young y Gratz (2014) donde han usado este cuestionarios para examinar el papel de la regulación emocional en relación a la exposición a la violencia, en TLP y TEPT. En los resultados de su investigación se obtuvo como conclusión que la exposición a escenas violentas produce una peor regulación emocional y por tanto mayor probabilidad de padecer un TLP o TEPT. Por otra parte Chapman, Leung y Lynch (2008) en su artículo, *Impulsivity and emotion dysregulation in borderline personality disorder*, evaluaron la asociación entre el TLP y los estados emocionales negativos, con impulsividad y obtuvieron como conclusión que cuanto más grave fuera el TLP mayor desregulación emocional en una determinada serie de dominios que los sujetos con un TLP menos grave, como por ejemplo, la impulsividad. Los sujetos con un TLP más grave realizarían mayores actos impulsivos, eso sucedería porque los TLP graves tendrán más problemas de regulación emocional y por tanto son menos capaces de controlarse. Otro artículo donde podemos encontrar que se ha utilizado el DERS, es en el de Sharp, Ha, Michonski, Ventra y Carbone (2012) cuyo objetivo era evaluar las propiedades psicométricas del CI-BPI (un cuestionario para obtener medidas diagnósticas del TLP). Para ello usaron el DERS y obtuvieron correlaciones ( $p < 0.001$ ) para el cuestionarios CI-BPD ( $r = 0.552^{**}$ ), la correlación para los síntomas internalizantes del cuestionario Youth Self-Report fueron de ( $r = 0.664^{**}$ ), para los síntomas externalizantes ( $r = 0.427$ ), también se obtuvieron correlaciones significativas ( $p < 0.001$ ) para la escala Child Behavior Checklist (CBCL) que de la misma forma que la escala anterior, separa la sintomatología internalizante y externalizante, donde se obtuvo una correlación con el DERS de ( $r = 0.319^{**}$ ) para la sintomatología internalizante pero no se obtuvieron correlación significativa para la sintomatología externalizante del CBCL ( $r = 0.057$ ). Con todos los análisis estadísticos, los autores del artículo llegan a la conclusión que el CI-BPI tiene una elevada validez. Otro de los artículos donde también se utilizó el DERS fue en el de Stepp et. al. (2014) cuyo artículo tenía como objetivo evaluar si la desregulación emocional es un factor mantenedor del TLP. La evaluación se realizó durante 12 meses. Los datos que obtuvieron son consistentes con la noción de que la desregulación emocional es un mantenedor de los problemas de los sujetos con TLP. Para finalizar, mencionaré dos últimos artículos, donde también se ha usado el DERS para medir la regulación emocional. Por una parte, en el artículo realizado por Dixon-Gordon, et. al. (2015) se investigó los patrones de reactividad emocional y desregulación emocional de los sujetos con TLP, tratarnos depresivos mayores y su co-ocurrencia. Obtuvieron como conclusión que los TLP tienen sentimientos más prolongados (sobre todo de ansiedad y miedo), más reactividad emocional y mayor desregulación emocional. Por último, Neumann, van Lier, Gratz y Koot, (2010) en su artículo, querían analizar la utilidad de la escala de dificultades de regulación emocional (DERS) en la evaluación a adolescentes. Estos autores tras su investigación concluyeron que el DERS tiene una buena fiabilidad y validez para evaluar la regulación emocional en adolescentes.

La escala de dificultades de regulación emocional es una herramienta de autoinforme. Consta de 36 ítems que contesta la propia persona sobre si mismo. Evalúa la desregulación emocional con 6 factores;

- No aceptación de emociones negativas
- Dificultades de realizar conducta dirigidas a un objetivo cuando hay una dificultades
- Dificultades de control de conductas impulsivas cuando experimentan emociones negativas
- Acceso limitado a estrategias de regulación emocional
- Falta de conciencia emocional
- Falta de claridad emocional

Los sujetos deben valorar cada elemento en una escala Likert de 5 puntos, donde 1= casi nunca y 5=caso siempre. La revisión que he realizado de todos los instrumentos de evaluación, de regulación emocional en personas con TLP, me obliga a indicar que esta es la herramienta, más utilizada por la mayoría de los investigadores. Posiblemente, sea por su buena fiabilidad, tanto del test en general, como de constructo. Además de tener muy buena validez convergente tanto en adultos como en adolescentes (entre 10 y 18 años). Gratz y Roemer (2003) demostraron alta consistencia interna, buena fiabilidad test-retest y buena validez predictiva. Esta medida de regulación emocional, junto a las diferentes subescalas que lo componen, se asocian significativamente con las medidas objetivas de desregulación emocional (conductas y indicios fisiológicos).

**Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)** La información de este cuestionario (sobre todo la psicométrica) ha sido obtenida en gran medida de la introducción del artículo realizado por Gargurevich, Rafael; Matos, Lennia (2010). Cuyo objetivo es adaptar lingüísticamente y establecer la validez y fiabilidad del ERQ al Perú, ya que en Perú no había ningún instrumentos que evalúen el constructo de regulación emocional. La información más descriptiva, ha sido obtenida de diferentes investigaciones donde han usado este cuestionario para evaluar regulación emocional, como por ejemplo, el artículo titulado, *Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences*, donde James J. Gross (2002) diferencia entre la regulación emocional de reevaluación cognitiva y la supresión, sacando diferentes conclusiones y sugiriendo 5 direcciones importantes para futuras investigaciones sobre procesos de regulación emocional. El siguiente artículo donde se usó dicho cuestionario y es importante destacar, es también realizado por el autor James J. Gross junto a Oliver O. John en 2003. En este artículo comprobaron dos de sus hipótesis generales, mediante la realización de 5 estudios (En el estudio 1 presenta nuevas medidas del uso de la reevaluación y supresión emocional, en el segundo, examina la validez convergente y discriminante, en el tercer estudios muestra que las personas que utilizan como forma de regulación emocional la reevaluación cognitiva y expresión de emociones positivas, tienen menores emociones negativas y por otra parte que los sujetos que utilizan para regular sus emociones la supresión experimentan y expresan menores emociones positivas y una mayor emocionalidad negativa. En el estudio número 4 demuestra que el uso de la reevaluación cognitiva está asociada a un mejor funcionamiento interpersonal, mientras que el uso de la supresión está asociado a un peor funcionamiento interpersonal. Por último, el quinto estudio muestra que el uso de la reevaluación está relacionada positivamente con el bienestar, mientras que el uso de la supresión esta relacionado negativamente



Esta escala consta de 10 ítems. Diseñada para medir la tendencia de los sujetos a regular sus emociones de dos formas; reevaluación cognitiva (6ítems) y supresión expresiva (4ítems). Para dar respuesta a cada ítem se utilizan respuestas tipo likert que va de 1=muy desacuerdo a 7= muy de acuerdo. Las puntuaciones del análisis factorial que se realizó en cuatro muestras fueron de 0.32 hasta 0.85 en el caso de la reevaluación cognitiva, y de 0,54 a 0,89 en el caso de la supresión emocional. Las correlaciones entre estas dos subescalas no fue significativa en ninguna de las cuatro muestras, de esta forma se demostró la independencia de los factores ERQ. Por lo que respecta a la validez de este cuestionario. La validez convergente y divergente, obtuvo correlaciones positivas ( $r = 0.42$ ,  $p < .05$ ) con la escala de afecto positivo y negativo (PANAS) y con la escala de extraversión ( $r = .11$ ,  $p < 0.05$ ), apertura ( $r = .15$ ,  $p < 0.05$ ), agradabilidad ( $r = .14$ ,  $p < 0.05$ ) y conciencia ( $r = .13$ ,  $p < 0.05$ ) del cuestionario de los cinco factores de personalidad (John y Srivastava, 1999). Además es importante destacar que la escala de reevaluación cognitiva obtuvo correlaciones negativas con la escala de afecto negativo del PANAS ( $r = -0.51$ ,  $p < 0.05$ ) y con la escala de neuroticismo ( $r = -0.20$ ,  $p < 0.05$ ) mientras que la escala de supresión obtuvo una correlación positiva con la escala de afecto negativo del PANAS ( $r = .39$ ,  $p < 0.05$ ) y no significativa con neuroticismo ( $r = 0.03$ ,  $p > 0.05$ ). Sin embargo la escala de supresión sí alcanzó correlaciones significativas con las escalas de Extraversión ( $r = -0.41$ ,  $p < 0.05$ ), apertura ( $r = -0.18$ ,  $p < 0.05$ ) y agradabilidad ( $r = -0.14$ ,  $p < 0.05$ ). Tanto la escala de reevaluación cognitiva como la de supresión, presentaron buena consistencia interna, los índices de alfa de Cronbach de la escala de reevaluación fueron de entre 0.75 a 0.82 y en la de supresión, de entre 0.68 a 0.76. Esta escala ha sido traducida a diferentes idiomas (Italiano, Francés, Alemán, Griego, Turco, Finlandés, Portugués, Coreano, Noruego, Español, entre otros; Stanford Psychophysiology Laboratory, 2010). En las adaptaciones se confirmó de nuevo la estructura bifactorial de la escala original, la validez convergente y divergente. La reevaluación positiva correlacionó positivamente ( $p < 0.01$ ) con la escala de afecto positivo y negativamente con la escala de afecto negativo del PANAS ( $r = .24$  y  $r = -.14$  respectivamente. Mientras que la supresión correlacionó negativamente con la escala del afecto positivo ( $r = -.15$ ,  $p < 0.01$ ) y no correlacionó significativamente ( $r = 0.03$ ) con la escala de afecto negativo del PANAS. Otra aportación importante está relacionada con la regulación emocional en función del género. Se ha encontrado que no existen diferencias significativas con relación al género en el uso de estrategias de reevaluación cognitiva pero que sí que hay relación al uso de supresión. En el primer estudio de validación, Gross y John (2003) encontraron que los hombres ( $M = 3.64$ ,  $DE = 1.11$ ) tenían mayores promedios que las mujeres ( $M = 3.14$ ,  $DE = 1.18$ ) en la escala de supresión que en la escala de reevaluación ( $M = 4.60$ ,  $DE = 1.02$  para mujeres). Estos mismo resultados se encontraron en la traducción de la escala al italiano (Balzarotti, et al 2010) donde encontraron diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en supresión para hombres ( $M = 3.82$ ,  $DE = 1.24$ ) y para mujeres ( $M = 2.82$ ,  $DE = 1.16$ ) pero no encontraron diferencias en reevaluación cognitiva.

**Affect Regulation and Experience Q-sort-Questionnaire Version (AREQ-QV).** Este cuestionario ha sido menos utilizado que los dos anteriores. En su artículo Conklin, Bradley y Westen (2006) utilizaron este cuestionario para identificar cuatro factores afectivos (afectividad negativa, disponibilidad afectiva, desregulación emocional y afecto positivo) y cinco factores de regulación afectivas (estrategias externalizantes, estrategias internalizantes, evitación emocional, afrontamiento y estrategias desorganizadas). Su objetivo era investigar la naturaleza de la regulación afectiva y la desregulación en TLP. Obtuvieron como resultados que los TLP se caracterizan por tener afecto negativo y desregulación emocional y que estas dos características parecen tener diferentes orígenes. Otro artículo donde se ha usado esta herramienta ha sido en el

realizado por Westen, Muderrisoglu, Shedler., Fowler y Koren (1997) donde tenían como objetivo describir los resultados preliminares de la versión corta del AREQ, una evaluación basada en la observación de la regulación afectiva y experiencial en 2 estudios, que obtuvieron como resultado que las correlaciones entre los prototipos de los tipos y los perfiles de clasificación de los trastornos que comparten un diagnóstico (distimia, TLP y TP narcicista) también proporcionaron evidencias de validez convergente y discriminante. Los resultados del segundo estudio mostraron que el AREQ se puede aplicar de forma fiable mediante una entrevista y que evita mucho de los problemas que tienen los autoinformes

La escala Affect Regulation and Experience Q-sort-Questionnaire Version consta de 98 ítems con respuestas de tipo Likert de 7 puntos. Esta escala fue diseñada para evaluar los múltiples componentes de las experiencias afectivas y las estrategias de regulación emocional. Los ítems están escritos para que sean lo más simples y claros posible, así permitir una descripción comprensible y obtener una respuesta más fiable. De esta forma ,evitamos inferencias clínicas y reducimos al mínimo interpretaciones idiosincrásicas. Algunos ejemplos de los ítems que nos encontramos en la parte de evaluación de experiencias afectivas son: “Tiene problemas para reconocer o recordar algo positivo cuando se siente mal; “Cuando las cosas van mal, todo es malo”. Los ítems sobre estrategias de regulación emocional evalúan tanto estrategias cognitivas explícitas (de comportamiento), por ejemplo el consumo de drogas, como estrategias de regulación emocional implícitas . El estudio normativo, identificó cuatro factores de experiencia afectiva; afecto negativo, capacidad de experimentar diferentes emociones, desregulación emocional y afecto positivo. Y cinco estrategias de regulación emocional; Externalización (“Tiende a culpar a otros por sus propios errores o fallos”) evitación emocional (“Cambiar las ideas o recuerdos para no sentir emociones negativas”), afrontamiento centrado en la realidad (“Tiende a responder de forma flexible a las situaciones difíciles o estresantes”), internalización (Tiende a sentirse mal o indigno en lugar de sentirse enfadado con los demás) y desorganización (“Se comporta de manera autodestructiva cuando está alterado, por ejemplo realiza conducciones rápidas, cortes de muñeca, etc.”). En cuanto a las características trigonométricas los valores del coeficiente obtenidos son buenos (0.71 a 0,88), además muestra una alta validez y fiabilidad interjueces. Es muy útil para realizar predicciones del funcionamiento global y diagnósticos (Westen et al., 1997)

**Negative Mood Regulation Scale (NMR).** Este cuestionario se utilizó en el artículo realizado por Gratz y Roemer en 2004 para crear algunos de los ítems del DERS. Obtuvieron como análisis final que el DERS tienen una alta consistencia interna, Buena fiabilidad test-retest y Buena validez predictiva.

Evalúa las expectativas de regulación emocional de las emociones negativas. Es una medida de autoinforme que consta de 30 ítems que empiezan del siguiente modo, “Cuando estoy molesto, creo que...”. Hay 10 ítems que reflejan el funcionamiento general (“... yo puedo por lo general encontrar una manera de animarme”), 10 ítems más que reflejan las estrategias cognitivas, por ejemplo, “Puedo sentirme mejor al pensar en el tiempo más agradable” y por último, 10 ítems más sobre estrategias comportamentales (“... Salir a cenar con los amigos”). Los sujetos tienen que indicar mediante una escala de tipo Likert de 5 puntos, la medida en que creen que estas estrategias puede aliviar su estado de ánimo negativo (1=muy en desacuerdo y 5=muy de acuerdo). Esta escala tiene una buena consistencia interna. Además se ha demostrado que tienen una estructura unifactorial, estabilidad temporal y validez discriminante de discapacidad social.



El coeficiente de fiabilidad test-retest es de entre .67 a .78, con un intervalo de separación de 3 a 8 semanas.

**Emotional Experiencing and Regulation Interview (EERI)** (Scott et. al. 2013) usaron este cuestionario para comprobar si hay alguna relación entre el apego malo y problemas de regulación emocional en personas con trastornos de personalidad, entre ellos, el TLP. Como resultado obtuvieron que el apego preocupado correlacionó muy fuertemente con el trastorno de la personalidad límite. Más que en otros trastornos de la personalidad. Por tanto, el apego preocupado puede ayudar a entender las dificultades nucleares de regulación emocional del TLP.

Se utiliza para evaluar la reactividad a las emociones y el deterioro de las estrategias de regulación emocional a través de cuatro estados: ira, tristeza, pena/vergüenza y alegría/felicidad. Se pide a los sujetos que describan una situación recientes y con detalle donde experimentaron esa emoción, incluyendo antecedentes del evento y una narración paso a paso de la cadena de acontecimientos. Esta narración se describe como una viñeta, paso a paso. Después el equipo profesional, por consenso, usa las viñetas para clasificar a los participantes en una serie de dimensiones de funcionamiento emocional: Dificultades para reconocer y etiquetar emociones, dificultades para acceder a las emociones y labilidad emocional. La gravedad se midió en una escala de 9 puntos, donde la mayor puntuación indica mala regulación emocional. Para usar esta técnica, los miembros del equipo profesional tienen que ser ciegos a la información del diagnóstico durante todo el proceso del EERI. En este análisis se usó el nivel global de funcionamiento de regulación emocional, el cual resume los niveles generales de problemas en la regulación de sus emociones a través de los diferentes estados emocionales. Esta escala correlacionó altamente con otras medidas de regulación emocional. El coeficiente de fiabilidad del EERI estimado a partir de efectos aleatorios de un solo sentido fue de 0.94.

**Thought Control Questionnaire (TQC).** Rosenthal, Cukrowicz, Cheavens y Lynch (2006) utilizaron este cuestionario para evaluar el rol de las autolesiones en los TLP. Una de las hipótesis de las que partían estos autores era que las autolesiones eran un potenciador entre el afecto negativo y la gravedad de los síntomas de los TLP pero los resultados indicaron que las autolesiones, no son un potenciador de los síntomas del TLP ya que encontraron una varianza significativa en los síntomas TLP más allá de la afectividad negativa.

Es un autoinforme de 30 ítems creado para identificar con qué frecuencia los sujetos utilizan diferentes estrategias para controlar la intensidad y frecuencia de pensamientos negativos. Wells y Davies (1994) informaron que este cuestionario tiene 5 escalas que representan un único factor: Distracción, reevaluación, control social, preocupación y autolesiones. Las respuestas a los ítems son de tipo likerts en una escala del 1 al 4, donde 1 = nunca y 4 = siempre, de esta forma las personas indican como de frecuente usan esas estrategias de regulación emocional. Estas 5 subescalas han demostrado una adecuada consistencia interna. Las autolesiones y la preocupación correlacionan positivamente con psicopatología, mientras que las subescalas de distracción, control social y reevaluación, correlacionan negativamente con psicopatología.

**Acceptance and Action Questionnaire (AAQ).** Chapman, Rosenthal, y Leung (2009) utilizaron este cuestionario para estudiar el efecto de la supresión emocional y observación emocional en los sujetos con un TLP grave y TLP menos grave. Obteniendo como resultado que las personas con TLP graves usaban mayoritariamente la supresión de la respuesta emocional. Se encontraron mayores niveles de emociones negativas en las técnicas de regulación emocional que en observación emocional.

Es una medida de autoinforme de 16 ítems que mide las conductas de evitación emocional (tendencia a evitar de forma interna y externa las emociones y pensamientos). Este cuestionario, evalúa la evitación y control de experiencias, evaluaciones negativas de las experiencias internas, la aceptación y el grado en que un sujeto actuó impulsado por sus emociones negativas. Algunos ejemplo de los ítems que podemos encontrar en este cuestionario son “rara vez me preocupo por conseguir mantener bajo control mis emociones/ansiedad”, “Si pudiera mágicamente quitar el dolor que he tenido en mi vida, lo haría”. El Acceptance and Action Questionnaire correlaciona significativamente con la tendencia a suprimir pensamientos, tanto en población clínica como general. Puntuaciones altas en esta escala indica una mayor evitación de las experiencias negativas. Hayes et. al. (2004) demostró sus buenas propiedades psicométricas, para cada uno de estos ítems, la correlación fue significativa ( $r = ,89$ ). Hay evidencias para creer que este cuestionario evalúa un único constructor, ya que en su análisis con otras herramientas, que evalúan diferentes estrategias de regulación emocional, correlaciona significativas en los constructos de supresión de pensamiento y conveniencia social. Además es importante nombrar que el AAQ se utilizó para evaluar la validez de constructo del DERS

**Vermond-Vorst Alexithymia Question Aire (BVAQ).** Dijke et. al. (2013) utilizaron este cuestionario para estudiar las dificultades en el funcionamiento emocional en los sujetos con TLP y en los trastornos somatomorfos. Se obtuvieron como resultados que los sujetos con TLP eran más propensos a tener dificultades para identificar las emociones y menos propensos a fantasear o a realizar pensamiento orientados hacia el exterior, que los otros sujetos.

Este cuestionario consta de 40 ítems de escala de respuestas tipo Likert, con buenas cualidades psicométricas. Recogen dos grupos distintos de estrategias de regulación emocional, las dimensiones cognitiva totales(dificultades en verbalizar e identificar las emociones) y la dimensión afectivas totales (reducida capacidad para fantasear y experimentar emociones). La fiabilidad de esta escala total y de sus correspondientes subescalas es buena y varía entre 0.75 y 0.85. Las dimensiones del BVAQ correccional de forma elevada con la Escala de Alexitimia Toronto (TAS-20). Dijke et al. 2013 proponen el uso de este cuestionario para mejorar en el tratamiento de sujetos con TLP.

## **Escalas de regulación emocional no aplicados en sujetos con TLP**

Los cuestionarios que encontraremos a continuación, no han sido usados para evaluar regulación emocional en sujetos con TLP. Pero opino que podrían ser de utilidad por la información que proporcionan.

**Mood Regulation Strategies (MRS).** Esta escala no ha sido aplicada a sujetos con TLP. Se utilizó en un experimento donde se quería comprobar si el uso de estrategias de autoregulación emocional mejoraba el estado de ánimo a una muestra de profesores (Totterdey y Parkinson,

1999). Me ha parecido una escala muy apropiada para la aplicación a sujetos con TLP ya que evalúa las formas de regulación emocional que ha usado el sujeto, hasta el momento de realizar el cuestionario (en el caso del experimento era 2h antes de realizar la escala). Los participantes tienen que completar 10 escalas de clasificación unipolar para indicar el grado en que han usado los diferentes tipos de regulación emocional. La escala tiene 19 posibles repuestas donde un 0 indica que no se había usado ninguna estrategia y en el otro extremo un signo +, que significa que se ha usado todas las estrategias de regulación emocional. La primera parte consta de un total de 8 escalas, 4 era técnicas de focalización (2 cognitivas y 2 conductuales) y por otra parte, 4 técnicas más de regulación emocional basadas en la distracción (2 cognitivas y 2 emocionales). En total, estas técnicas de regulación emocional son: razonar, reevaluar, apoyo social, expresar las emociones, realizar actividades placenteras o relajantes, distracción cognitiva hacer actividades activadoras o enérgicas y evitación cognitiva. Además los sujetos tienen que describir la situación y anotar las estrategias que han usado. Por último, las otras dos escalas de regulación emocional, consisten en decir como ellos normalmente tratan de mejorar su estado de ánimo y a continuación decir como de exitosa ha sido para mejorar su estado de ánimo.

**Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)** Este cuestionario tampoco ha sido usado en sujeto con TLP. En el estudio donde se uso, analizaba la regulación emocional en 5 grupos de sujetos depresivos (desde adolescentes hasta ancianos), de diferentes edades, con el objetivo de estudiar si existen diferencias en las estrategias de regulación emocional cognitivas y los síntomas depresivos. Obtuvieron como resultado que a pesar de encontrar diferencias notables en el uso de algunas estrategias de regulación emocional cognitivas usadas por los sujetos, la relación entre regulación emocional cognitiva y los síntomas depresivos fueron similares. (Garnefski y Kraaij, 2006)

Consta de 36 ítems y distinguen 9 estrategias de regulación emocional que se evalúan exponiendo lo que el sujeto piensa después de una situación estresante/aversiva. Las estrategias que evalúa son las siguientes; autculpa, sentimiento de culpa, rumiaciones o focalización del pensamiento (pensamiento constante sobre los sentimientos o pensamientos asociados con los eventos negativos), catastrofismo (pensamientos sobre lo peor que puede pasar), perspectiva (dejar de lado la gravedad de una situación/ relativizar la gravedad de algo), reorientación positiva (pensar en cosas positivas en lugar de pensar en el evento actual actual), reevaluación positiva (crear pensamientos con un significado positivo de un evento negativo), aceptación (aceptar las experiencias de lo que está ocurriendo), planificación (se refiere a centrarse en los pasos a seguir para manejar el evento negativo). La consistencia interna de este cuestionario es de entre 0.68 y 0.83 (Cronbach >.80). La correlación test-retest oscila entre .40 y .60, lo que refleja estilos moderadamente estables. Uno de los inconvenientes de este cuestionario es que aún no se ha probado en adultos. Con este cuestionario Gernefski y Kraaij (2006) demostraron que hay una fuerte y consistente relación entre emociones negativas y las estrategias de regulación como la rumiación, catastrofismo y sentimiento de culpa. (Gernefski y Kraaij, 2006)

**International Affective Picture System (IAPS)**. Por último, encontré un artículo donde se hablaba del Affective Picture System. Se ha utilizado durante muchos años para el estudio de las emociones en diferentes trastornos psicopatológicos. Pero como en el artículo indica, nunca se ha usado para el estudio en sujetos con TLP. Jayaro, Vega, Díaz-Marsá, Y Carracos (2008) en

su revisión sobre el IAPS, dedicaron un apartado de su artículo a hablar sobre la aplicabilidad de este instrumento al TLP. Refieren que es uno de los mejores instrumentos para estudiar las emociones y que es sorprendente que ha nadie se le haya ocurrido usarlo para el estudio de las emociones en los sujetos con TLP. Estos autores hipotetizan que los sujetos con TLP expuestos a los estímulos emocionales del IAPS tendrían un patrón de respuestas distinto al de los sujetos sanos y al de otros grupos diagnósticos, en las dimensiones de valencia, arousal y control medidas con el SAM. Dicen que el análisis de las respuestas de estos pacientes podrían ayudar a comprender que dimensiones de la emoción están más alteradas, constituyendo la base de la inestabilidad afectiva, lo que podría ser útil para mejorar el abordaje terapéutico de estos pacientes. Además, los estudios emocionales del IAPS podrían servir, en estudios de neuroimagen, para investigar las bases biológicas de la desregulación afectiva, contribuyendo a mejorar el tratamiento farmacológico de estos pacientes.

El International Affective Picture System cuenta con una serie de estímulos pictóricos emocionales (escenas e violencia, escenas de sexo o efectividad o rostro), estandarizados e internacionales. Esta considerado el sistema más fiable y válido para el estudio experimental de las emociones. Esta herramienta se ha utilizado en la investigación sobre trastornos mentales como la esquizofrenia, depresión mayor, ansiedad o rasgo psicopatológicos de la enfermedad, pero nunca en TLP. Jayaro et al. consideran que podría ser una muy buena herramienta para el estudio del trastorno límite de la personalidad, ya que ayuda en la comprensión y el tratamiento de los trastornos donde la desregulación emocional es un factor principal. El IAPS tiene como objetivo inducir estados de ánimo en laboratorio. Cuenta con estímulos objetivos, controlables y calibrados, con efecto conocido sobre cada uno de los tres componentes de las respuestas emocionales, es ético, rápido de administrar y posee validez ecológica. La teoría que sustenta esta herramienta es que las fotografías puede inducir estados emocionales al sujeto, dando lugar a la activación de respuestas cognitivas-perceptuales asociadas con respuestas emocionales. La hipótesis que se plantean con el uso de esta herramienta en sujetos con TLP es que, ante los estímulos emocionales, los sujetos con TLP tendrán un patrón de respuesta distinto al de los sujetos sanos y al de otros grupos diagnosticados en las dimensiones de valencia, arousal y de regulación emocional. La evaluación de estas respuestas las realizaríamos con el Self Assessment Manikin (SAM). Esta herramienta de evaluación nos pide que puntuemos cada imagen en tres dimensiones: valencia/placer, arousal/activación y dominancia/control. El análisis de las respuestas que da el paciente podría ayudar a comprender que dimensiones de la emoción están más alteradas, constituyendo la base de la inestabilidad afectiva, lo que podría ser útil para para mejorar el abordaje psicoterapéutico del paciente.

## 2. ESTUDIO EMPÍRICO

### Objetivos e Hipótesis

Hemos visto durante el desarrollo de este artículo que existen muchas formas de regulación emocional. En este estudio empírico vamos a centrarnos en el modelo de Gross, en concreto en una de sus investigaciones publicada en la revista *psychophysiology*, titulada *Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences* (2002).

Gross quería comprobar si había un tipo de regulación emocional más conveniente que otra. En este caso, quiso estudiar si la reevaluación y la supresión emocional tenían diferentes consecuencias a nivel comportamental, experiencial y a nivel fisiológico.

Basándose en su modelo de regulación emocional. Gross esperaba como resultados que la reevaluación produciría una menor respuesta conductual y fisiológica, mientras que en la supresión disminuiría las respuestas conductuales pero no la respuesta emocional, incluso llegando a aumentar la actividad fisiológica como consecuencia del esfuerzo de la inhibición de la conducta que provoca la emoción.

Los resultados de su investigación indicaron en función del tipo de regulación emocional que se usara (reevaluación o supresión) se obtuvieron diferentes resultados. La supresión produjo una disminución de la expresión de la conducta negativas y un aumento de la activación simpática, cardiovascular, y también activó el sistema electrodermal. Al igual que la supresión, la reevaluación disminuyó la conducta expresiva pero no tuvo consecuencias a nivel simpático, cardiovascular o electrodermica. Al contrario que la supresión. Además se observó que la reevaluación disminuyó la experiencia de disgusto mientras que en la supresión no hay ningún efecto sobre la experiencia desagradable.

Pero la supresión y reevaluación no se estudió solo con emociones negativas, también con estímulos que producían emociones positivas, como por ejemplo la diversión. Gross y Levenson (1997) encontraron que mientras la supresión conductual de emociones negativas no tenía ningún efecto en la emoción, la supresión conductual de las emociones positivas producían un fuerte impacto emocional. Otros autores encontraron hallazgos parecidos. Por ejemplo Stepper y Strack (1993) encontraron que los sujetos que suprimieron la conducta expresiva de la emoción positiva, manifestaron menos emociones positivas. Gross refiere que estos hallazgos son la consecuencia del intento de inhibir el impulso emocional.

Basándose en todos estos hallazgos, Gross (2002) hipotetizó que las personas que para regular sus emociones utilizaba la supresión emocional, expresaban menos conductualmente sus emociones positivas y negativas. Produciéndose una relación asimétrica entre la experiencia emocional y la expresión de dicha emoción. Otra de sus hipótesis fue que las personas que usaban la supresión habitualmente como forma de regulación emocional tenían mayores niveles de experiencias emocionales negativas pero menos experiencias emocionales positivas. Por otra parte, esperaban que las personas que usaban la reevaluación para regular sus emociones experimentaran y expresaran menos emociones negativas y tuvieran mejores experiencias y expresión de emociones positivas.

Tras su investigación, estas hipótesis se confirmaron e hizo una evaluación sobre que forma de regulación emocional es más recomendable. Se ha demostrado que la supresión no disminuye las emociones negativas que expresamos, pero si disminuye la expresión de las emociones positivas, es decir, la supresión de la emoción no disminuye la emoción negativa que siente el sujeto pero si disminuye la experimentación de emociones positivas (hace que tengamos menos sentimientos positivos). Además aumenta la actividad simpática y parasimpática, consume recursos cognitivos, etc... Por contra, la reevaluación, no activa la actividad simpática ni tiene consecuencias cognitivas, siendo esta más recomendable que la supresión.

Incluso en el ámbito social, la supresión es menos recomendable que la reevaluación. En comparación con la reevaluación, la supresión hace que las personas compartan menos sus emociones, por lo que tienen menos apoyo social e incluso gustan menos a la gente.

Todos estos resultaos hacen evidente una mayor preferencia por la reevaluación que por la supresión, pero hay que tener en cuenta que puede que la reevaluación no sea siempre preferible, pueden haber ocasiones en que sea muy difícil reevaluar y la supresión podría ser la única manera de regular las emociones negativas que estamos expresando. Seria poco adaptativo usar la reevaluación cuando no nos sirve.

Por tanto, tras la revisión de estos hallazgo y haciendo una evaluación propia de los resultados. Cabria esperar que los sujetos con TLP que utilicen la supresión emocional sentirán más emociones negativas que los que utilicen la regulación emocional y por tanto, al sentir más emociones negativas y no regularlas con éxito, su sintomatología será más grave.

Llegada a esta conclusión este estudio tiene como **objetivo** comprobar si la regulación emocional mediante la reevaluación en sujetos con TLP, es mas recomendable y beneficiosa que la regulación emocional mediante la supresión. Para ello partimos de la **hipótesis** de que los sujetos que usen la reevaluación cognitiva como forma de regulación emocional, tendrán menores puntuaciones de gravedad del trastorno, menores número de ingresos hospitalarios en el ultimo año, menos intentos de suicidio, menos conductas parasuicidas, menor consumo de tóxicos, menor número de conductas desadaptativas de regulación de afecto, menores conductas desadaptativas alimentarias, menores puntuaciones en experiencias disociativas y menores puntuaciones en el eje V. Por el contrario, nuestra segunda hipótesis sería que los sujetos con TLP que usan para regular sus emociones, la supresión emocional, tendrán mayores puntuaciones de gravedad del trastorno, mayor número de ingresos hospitalarios en el último año, más intentos de suicidio, más conductas parasuicidas, más consumo de tóxicos, mayor número de conductas desadaptativas de regulación de afecto, más conductas desadaptativas alimentarias, mayores puntuaciones en experiencias disociarias y mayores puntuación en el eje V.

## **Método**

### **Sujetos**

La muestra está constituida por 50 mujeres de entre 15 y 45 años diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad (la media de edad es de 27,26 y la desviación típica de 8,210). Catorce sujetos de la muestra son estudiantes, seis están desempleadas, cuatro tienen un trabajo cualificado, tres tienen un empleo no cualificado, otras tres son amas de casa y dos están de baja

laboral. Por lo que respecta al estado civil, la mayoría están solteras (37) el resto están casadas o conviven con sus parejas (4), divorciadas (4), separadas (1) o tienen pareja (1). Seis de los cincuenta sujetos no están recibiendo tratamiento farmacológico y el resto están tratados mayoritariamente con antidepresivos y antiimpulsivos, con antidepresivos o con los 3 tipos de fármacos a la vez.

## **Instrumentos**

*Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)*: Esta escala consta de 10 ítems. Diseñada para medir la tendencia de los sujetos a regular sus emociones de dos formas; reevaluación cognitiva (6 ítems) y supresión expresiva (4 ítems). Para dar respuesta a cada ítem se utilizan respuestas tipo Likert que va de 1=muy desacuerdo a 7 = muy de acuerdo. Las puntuaciones del análisis factorial que se realizó en cuatro muestras fueron de 0.32 hasta 0.85 en el caso de la reevaluación cognitiva, y de 0,54 a 0,89 en el caso de la supresión emocional.

*Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*: Este cuestionario incluye 20 ítems, 10 de los cuales se refieren a la subescala de afecto positivo (AP) y 10 a la subescala de afecto negativo (AN). Los ítems poseen un formato de tipo Likert con un rango de 4 puntos, desde 0 (muy ligero o nada en absoluto) a 4 (extremadamente). Las estimaciones de la consistencia interna varían entre 0.86 a 0.90 para la escala de afecto positivo, y de 0.84 a 0.87 para la escala de afecto negativo.

*Inventario de depresión de Beck (BDI)*: Es una medida de autoinforme que evalúa síntomas de depresión mediante 21 ítems. Cada ítem es evaluado en un rango de 0 a 3 en el que el sujeto debe elegir aquella frase que mejor se aproxime a como se ha sentido durante la última semana, incluyendo el día en el que completa el inventario. La puntuación total en el inventario puede tener un rango de entre 0 y 63 puntos.

*State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*: Inventario compuesto por 20 ítems para cada escala, ansiedad rasgo (AR) y escala de ansiedad estado (AE). Las respuestas son tipo Likert, desde 0 = nada hasta 3 = mucho. La puntuación total se obtiene sumando los valores de los ítems (tras la inversión de las puntuaciones en los ítems negativos). Los totales de cada escala oscilará entre 0 y 60. Cuanto mayores sean las puntuaciones, mayor será la ansiedad detectada.

## **Procedimiento**

Los datos para este trabajo han sido proporcionados por mi tutora Azucena, ya que yo aún no estoy capacitada para poder realizar este tipo de evaluaciones. El procedimiento que realizó para la recogida de los datos es el siguiente:

Los pacientes acudían al centro clínico PREVI de Valencia y Castellón donde se les realizaba una primera evaluación antes de comenzar el tratamiento. La información utilizada en este estudio se recogió durante las sesiones de evaluación. El diagnóstico fue realizado por especialistas en psicología clínica de acuerdo con el criterio DSM-I-TR (APA, 2000) mediante la entrevista diagnóstica SCID-II (First, M., Gibbon, M., y Spitzer, R., 2003).



Para empezar a realizar los análisis estadísticos, se obtuvo la mediana de las puntuaciones de reevaluación y de supresión obtenidas en el ERQ, para tener un punto de corte y diferenciar a los sujetos en 2 grupos; Participantes con altas puntuaciones en reevaluación cognitiva y participantes con bajas puntuaciones en reevaluación cognitiva (Me = 21) y por otra parte, hicimos lo mismo con las puntuaciones de regulación emocional supresión; sacamos la mediana de las puntuaciones de supresión emocional del ERQ y dividimos a los sujetos con altas puntuaciones en supresión emocional y bajas puntuaciones en supresión emocional (Me =13). Una vez hecho esto, procedemos a realizar el análisis estadístico. Realizamos el análisis estadístico con el SPSS 21. Para analizar los datos, al ser las medidas independientes, utilizamos una prueba T para muestras independientes.

## Resultados

Los resultados obtenidos tras el análisis estadístico son los siguientes. En el análisis sobre supresión emocional no se han obtenido puntuaciones significativas en ninguna de las variables estudiadas. (Tabla 1)

Por otra parte, a lo que se refiere a la reevaluación cognitiva, solo se han obtenido resultados significativos para una de las variables analizadas, la que corresponde al consumo de tóxicos en el primer pre-test,  $t(31,836) = -2,165$ ,  $p=0,038$ . Es decir, todos aquellos sujetos que puntúan alto en reevaluación cognitiva, consumieron más tóxicos que los sujetos con bajos niveles de reevaluación cognitiva. (Tabla 3)

Tabla 1. Prueba de muestras independientes (Supresión)

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior		Superior
Gravedad valorada por el clínico Primer Pre-test	Se han asumido varianzas iguales	1,351	,251	-,159	48	,874	-,05636	,35341	-,76694	,65422
	No se han asumido varianzas iguales			-,161	47,994	,872	-,05636	,34908	-,75823	,64551
Número de ingresos	Se han asumido varianzas	,486	,489	,509	47	,613	,22222	,43672	-,65635	1,10079



hospital	iguales									
arios	No se han			,518	46,902	,607	,22222	,42941	-,64169	1,08614
ultimo	asumido									
año	varianzas									
Primer	iguales									
Pre-test										
Número	Se han	,550	,462	-,789	46	,434	-,4685	,59383	-1,6638	,72678
de	asumido									
intentos	varianzas									
de	iguales									
suicidio	No se han			-,763	35,260	,451	-,4685	,61415	-1,7149	,77793
totales	asumido									
Primer	varianzas									
pre-test	iguales									
Número	Se han	3,162	,082	-1,00	43	,320	-3,010	2,9899	-9,0397	3,0197
de	asumido							1		
conduct	varianzas									
as	iguales									
parasuic	No se han			-,920	22,672	,367	-3,01000	3,2703	-	3,76071
idas	asumido							8	9,78071	
último	varianzas									
año	iguales									
Primer										
Pre-test										
Uso de	Se han	3,196	,081	-	45	,288	-,15370	,14305	-,44182	,13441
Tóxicos	asumido			1,074						
Primer	varianzas									
pre-test	iguales									
	No se han			-	38,838	,296	-,15370	,14507	-,44718	,13977
	asumido			1,060						
	varianzas									
	iguales									
Número	Se han	1,157	,287	,520	48	,605	,35427	,68096	-	1,72342
de	asumido								1,01489	
Conduct	varianzas									
as	iguales									
Desadap	No se han			,529	47,921	,599	,35427	,66984	-,99259	1,70112
tativas	asumido									
de	varianzas									
Regulac	iguales									
ión										
Afecto										
Primer										

Pre-test										
Número de Conductas	Se han asumido varianzas iguales	,004	,948	,171	47	,865	,05219	,30519	-,56178	,66616
Desadaptativas Alimentarias	No se han asumido varianzas iguales			,170	44,245	,866	,05219	,30648	-,56538	,66976
Primer Pre-test										
Inventario Depresión de Beck	Se han asumido varianzas iguales	,911	,345	-1,38	48	,172	-5,784	4,17233	-14,173	2,6048
Primer Pre-test	No se han asumido varianzas iguales			-1,40	47,991	,166	-5,784	4,11294	-14,053	2,485
Cuestionario de Ansiedad Rasgo	Se han asumido varianzas iguales	,058	,811	-,687	48	,495	-2,331	3,39193	-9,1516	4,4882
Primer Pre-test	No se han asumido varianzas iguales			-,695	47,962	,490	-2,331	3,35487	-9,0772	4,4138
Escala de Comer Emocional	Se han asumido varianzas iguales	1,945	,170	-,798	47	,429	-4,99498	6,25753	-17,58350	7,59353
Primer Pre-test	No se han asumido varianzas iguales			-,786	41,597	,436	-4,994	6,35175	-17,817	7,8270
Escala de Experiencias Disociativas	Se han asumido varianzas iguales	,018	,893	-1,51	48	,137	-7,881	5,21737	-18,371	2,6087
Primer Pre-test	No se han asumido varianzas iguales			-1,51	47,544	,135	-7,881	5,18942	-18,318	2,5551

Eje V Primer Pre-test	Se han asumido varianzas iguales	,216	,644	-1,90	46	,063	-7,0035	3,6728	-14,396	,38947
	No se han asumido varianzas iguales			-1,87	40,557	,068	-7,003	3,7356	-14,550	,54337

Tabla 2. *Estadísticos de grupo (Supresión)*

	NIVELESSUPRESIÓN	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Gravedad valorada por el clínico Primer Pre-test	Puntuación baja S	27	6,0741	1,32798	,25557
	Puntuación alta S	23	6,1304	1,14035	,23778
Número de ingresos hospitalarios ultimo año Primer Pre-test	Puntuación baja S	27	1,2222	1,62512	,31276
	Puntuación alta S	22	1,0000	1,38013	,29424
Número de intentos de suicidio totales Primer pre-test	Puntuación baja S	26	1,0769	1,62291	,31828
	Puntuación alta S	22	1,5455	2,46359	,52524
Número de conductas parasuicidas último año Primer Pre-test	Puntuación baja S	25	3,4400	4,84837	,96967
	Puntuación alta S	20	6,4500	13,96791	3,12332
Uso de Tóxicos Primer pre- test	Puntuación baja S	27	1,2963	,46532	,08955
	Puntuación alta S	20	1,4500	,51042	,11413
Número de Conductas Desadaptativas de Regulación Afecto Primer Pre-test	Puntuación baja S	27	4,9630	2,60888	,50208
	Puntuación alta S	23	4,6087	2,12644	,44339
Número de Conductas Desadaptativas Alimentarias Primer Pre-test	Puntuación baja S	27	1,3704	1,04323	,20077
	Puntuación alta S	22	1,3182	1,08612	,23156
Inventario Depresión de Beck Primer Pre-test	Puntuación baja S	27	26,2593	15,82742	3,04599
	Puntuación alta S	23	32,0435	13,25443	2,76374
Cuestionario de Ansiedad Rasgo Primer Pre-test	Puntuación baja S	27	39,4074	12,66205	2,43681
	Puntuación alta S	23	41,7391	11,05859	2,30588
Escala de Comer Emocional Primer Pre-test	Puntuación baja S	26	42,9615	19,21766	3,76889
	Puntuación alta S	23	47,9565	24,51990	5,11275
Escala de Experiencias Disociativas Primer Pre-test	Puntuación baja S	27	21,3715	18,93030	3,64314
	Puntuación alta S	23	29,2529	17,72361	3,69563
Eje V Primer Pre-test	Puntuación baja S	26	43,7692	11,44485	2,24452
	Puntuación alta S	22	50,7727	14,00657	2,98621

Tabla 3. Prueba de muestras independientes (Reevaluación)

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Gravedad valorada por el clínico Primer Pre-test	Se han asumido varianzas iguales	1,351	,251	-,159	48	,874	-,05636	,35341	-,76694	,65422
	No se han asumido varianzas iguales			-,161	47,99	,872	-,05636	,34908	-,75823	,64551
Número de ingresos hospitalarios ultimo año Primer Pre-test	Se han asumido varianzas iguales	,486	,489	,509	47	,613	,22222	,43672	-,65635	1,10079
	No se han asumido varianzas iguales			,518	46,90	,607	,22222	,42941	-,64169	1,08614
Número de intentos de suicidio totales Primer pre-test	Se han asumido varianzas iguales	,550	,462	-,789	46	,434	-,46853	,59383	-1,66384	,72678
	No se han asumido varianzas iguales			-,763	35,26	,451	-,46853	,61415	-1,71499	,77793
Número de conductas parasuicidas último año Primer Pre-test	Se han asumido varianzas iguales	3,162	,082	-1,007	43	,320	-3,01000	2,98991	-9,03972	3,01972
	No se han asumido varianzas iguales			-,920	22,67	,367	-3,01000	3,2703	-9,7807	3,7607
Uso de	Se han	3,196	,081	-	45	,288	-,15370	,14305	-,44182	,13441

Tóxicos	asumido			1,074						
Primer pre-test	varianzas iguales									
	No se han asumido			-	38,83	,296	-,15370	,14507	-,44718	,13977
	varianzas iguales			1,060	8					
Número de Conductas Desadaptativas de Regulación Afecto Primer Pre-test	Se han asumido	1,157	,287	,520	48	,605	,35427	,68096	-	1,7234
	varianzas iguales								1,01489	2
	No se han asumido			,529	47,92	,599	,35427	,66984	-,99259	1,7011
	varianzas iguales				1					2
Número de Conductas Desadaptativas Alimentarias Primer Pre-test	Se han asumido	,004	,948	,171	47	,865	,05219	,30519	-,56178	,66616
	varianzas iguales									
	No se han asumido			,170	44,24	,866	,05219	,30648	-,56538	,66976
	varianzas iguales									
Inventario Depresión de Beck Primer Pre-test	Se han asumido	,911	,345	-	48	,172	-	4,1723	-	2,6048
	varianzas iguales			1,386			5,78422	3	14,1732	1
	No se han asumido			-	47,99	,166	-	4,1129	-	2,4854
	varianzas iguales			1,406			5,78422	4	14,0538	5
									8	
Cuestionario de Ansiedad Rasgo Primer Pre-test	Se han asumido	,058	,811	-,687	48	,495	-2,3317	3,3919	-9,1516	4,4882
	varianzas iguales									
	No se han asumido			-,695	47,96	,490	-2,3317	3,3548	-9,0772	4,4138
	varianzas iguales									
Escala de	Se han	1,945	,170	-,798	47	,429	-4,9949	6,2575	-17,583	7,5935

Comer Emocional Primer Pre-test	asumido									
	varianzas iguales									
Primer Pre-test	No se han asumido			- ,786	41,59	,436	-4,9949	6,3517	-17,817	7,8270
	varianzas iguales									
Escala de Experiencias Disociativas Primer Pre-test	Se han asumido	,018	,893	-1,51	48	,137	-7,8816	5,2173	-18,379	2,6087
	varianzas iguales									
Primer Pre-test	No se han asumido			-1,51	47,54	,135	-7,8814	5,1894	-18,318	2,5551
	varianzas iguales									
Eje V Primer Pre-test	Se han asumido	,216	,644	-1,90	46	,063	-7,0035	3,6728	-14,396	,38947
	varianzas iguales									
Primer Pre-test	No se han asumido			-1,87	40,55	,068	-7,0035	3,7356	-14,550	,54337
	varianzas iguales									

Tabla 4. Estadísticos de grupo (Reevaluación)

	NIVELES REEVALUACION	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Gravedad valorada por el clínico Primer Pre-test	Puntuación baja R	31	5,9677	1,16859	,20988
	Puntuación alta R	19	6,3158	1,33552	,30639
Número de ingresos hospitalarios ultimo año Primer Pre-test	Puntuación baja R	30	1,2667	1,72073	,31416
	Puntuación alta R	19	,8947	1,10024	,25241
Número de intentos de suicidio totales Primer pre-test	Puntuación baja R	29	1,2759	1,79078	,33254
	Puntuación alta R	19	1,3158	2,42791	,55700
Número de conductas parasuicidas último año Primer Pre-test	Puntuación baja R	27	5,9630	12,42665	2,39151
	Puntuación alta R	18	3,0000	3,92578	,92532
Uso de Tóxicos Primer pre-test	Puntuación baja R	29	1,2414	,43549	,08087
	Puntuación alta R	18	1,5556	,51131	,12052
Número de Conductas	Puntuación baja R	31	4,8387	2,29633	,41243

Desadaptativas de Regulación Afecto Primer Pre-test	Puntuación alta R	19	4,7368	2,57859	,59157
Número de Conductas	Puntuación baja R	30	1,3000	1,05536	,19268
Desadaptativas Alimentarias Primer Pre-test	Puntuación alta R	19	1,4211	1,07061	,24561
Inventario Depresión de Beck Primer Pre-test	Puntuación baja R	31	30,8387	13,13798	2,35965
	Puntuación alta R	19	25,7895	17,18390	3,94226
Cuestionario de Ansiedad Rasgo Primer Pre-test	Puntuación baja R	31	42,6452	9,23236	1,65818
	Puntuación alta R	19	36,9474	14,88278	3,41434
Escala de Comer Emocional Primer Pre-test	Puntuación baja R	30	46,7000	22,32387	4,07576
	Puntuación alta R	19	43,1053	21,29396	4,88517
Escala de Experiencias Disociativas Primer Pre-test	Puntuación baja R	31	25,5300	20,81530	3,73854
	Puntuación alta R	19	24,1272	14,86617	3,41053
Eje V Primer Pre-test	Puntuación baja R	31	49,4839	13,65008	2,45163
	Puntuación alta R	17	42,4118	10,72415	2,60099

## Conclusiones

Tras el análisis de los resultados podemos concluir que, no hay evidencias de que el uso de la estrategia de regulación emocional de supresión o reevaluación influyan en la gravedad, en los ingresos hospitalarios en el último año, intentos de suicidio, parasuicidas, número de conductas desadaptativas de regulación de afecto, conductas desadaptativas alimentarias, en experiencias disociativas y en la puntuación del eje V, pero sí influye en el consumo de tóxicos. Ya que hemos obtenido una correlación significativa para la reevaluación y no para la supresión.

## Discusión

La contradicción de los análisis estadísticos con nuestra hipótesis de partida, nos dan evidencias para confirmar lo que Bonanno y Burton (2013) defendieron en su investigación. Ningún tipo de regulación emocional es por sí misma la más correcta, la adecuación de esta, depende del contexto en el que se vaya a aplicar y la situación en la que se encuentra el sujeto. Aunque Gross (2002) defendiera que la reevaluación cognitiva era mucho más favorable para regular las emociones que la supresión. También hizo referencia a la aplicación de dichas técnicas en función del contexto.

Además, hay que tener en cuenta que uno de los problemas que encontramos en los sujetos con TLP es el ambiente invalidante. Podríamos pensar que, aunque tengan como forma de regulación emocional la reevaluación cognitiva, no tengan todos los recursos necesarios para afrontar las situaciones.

Además también podríamos pensar que los resultados obtenidos pueden estar influidos por los tratamientos farmacológicos de los participantes, ya que ha sido una variable registrada pero no controlada. Podría ser posible que los sujetos con mayores problemas de regulación emocional que usarían para regular sus emociones la supresión, tuvieran dosis de medicación más alta y

por tanto sus dificultades, bajo los efectos de los fármacos fueran menores que los sujetos que usan la reevaluación cognitiva, que por su mejor forma de regular las emociones (reevaluación), tendrían menores dosis de medicación y más probabilidad de realizar conductas típicas de los TLP, en este caso, el consumo de tóxicos, si su ambiente no es favorecedor. Es importante señalar que el abuso de tóxicos en sujetos con TLP es muy común y por tanto podríamos pensar que una de las causas por las que hemos obtenido una correlación significativa en el consumo de tóxicos es porque dentro de los sujetos con altos niveles de regulación emocional, son más propensos a regular sus emociones consumiendo sustancias tóxicas en lugar de realizar otro tipo de conductas autodestructivas.

Pero el aspecto más importante a destacar para el análisis de nuestros resultados, es la herramienta que se ha usado para la evaluación de la regulación emocional. Es posible que la medida de regulación emocional utilizada no sea la adecuada, es decir, que realmente el cuestionario ERQ no sea válido para el constructo que nosotros queremos medir, ya que este cuestionario nos proporciona medida de regulación emocional para población general (no clínica) y no de desregulación. Actualmente, el DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale), es el cuestionario que realmente mide el constructo de dificultades de regulación emocional y el que actualmente se utiliza para la población clínica con estos problemas, de ello que sea el cuestionario más usado en las diferentes investigaciones en TLP.

Para concluir y como posibles investigaciones futuras, sería conveniente replicar esta investigación usando como herramienta de medición la escala Difficulties in Emotion Regulation Scale para poder contrastar con validez nuestra hipótesis.



## Referencias

- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. Rev)*. Washington. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4.a ed. Texto revisado (DSM-IV-TR), 2000.
- Balzarotti, S., John, O.P., Y Gross, J.J. (2010). An Italian adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 26, 61-67.
- Boden, J. M., Y Baumeister, R. F. (1997). Repressive coping: Distraction using pleasant thoughts and memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 45-62.
- Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8, 591-612.
- Buckholdt, K. E., Weiss, N. H., Young, J., Y Gratz, K. L. (2014). Exposure to Violence, Posttraumatic Stress Symptoms, and Borderline Personality Pathology Among Adolescents in Residential Psychiatric Treatment: The Influence of Emotion Dysregulation. *Child Psychiatry Hum. Dev.*, 49, 884-892
- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (1998). *On the Self-Regulation of Behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Castillo, A. J., Y Maestre, F. (2012). Trastorno narcisista y límite de la personalidad. En Jarner, A. Y Talam, A.(comps), *Manual de psicopatología clínica*(pp. 543-564)
- Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Leung, D. W .(2009). Emotion suppression in borderline personality disorder: An experience sampling study. *Journal of Personality Disorders*, 23(1), 29-47.
- Coffey, E., Berenbaum, H., y Kerns, J. G. (2003). The dimensions of emotional intelligence, alexithymia, and mood awareness: Associations with personality and performance on an emotional stroop task. *Cognition and Emotion*, 17, 671-679.
- Conklin, C. Z., Bradley, R., y Westen, D. (2006). Affect Regulation in Borderline Personality Disorder. *The journal of Nervous and Mental disease*, 194 (2), 69-77.
- Dagleish, T., Yiend, J., Schweizer, S., y Dunn, B. D. (2009). Ironic effects of emotion suppression when recounting distressing memories. *Emotion*, 9, 744-749.
- Dijke, A., van der Hart, O., van Son, M., Bühring, M., van der Heijden, P., y Ford, J. D. (2013). Cognitive and Affective Dimensions of Difficulties in Emotional Functioning in Somatoform Disorders and Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 46, 153-162.

- Dixon-Gordon, K. L., Weiss, N. H., Tull, M. T., DiLillo, D., Messman-Moore, T. y Gratz, K. L. (2015). Characterizing emotional dysfunction in borderline personality, major depression, and their co-occurrence. *Comprehensive psychiatry*, 62, 187-203.
- Erber, R., Wegner, D. M., y Therriault, N. (1996). On being and collected: mood regulation in anticipation of social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 757-766.
- First, M., Gibbon M., y Spitzer, R.(2003). SCID-II, *Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV*. Barcelona: Masson
- Forgas, J. P. (1995). Mood and judgment: The affect infusion model (AIM). *Psychological Bulletin*, 117, 39-66.
- Forgas, J. P. (2000). Managing moods: Toward a dual-process theory of spontaneous mood regulation. *Psychological Inquire*, 11, 172-177
- Gargurevich, R., y Matos, L. (2010). Propiedades psicométricas del cuestionario de autorregulación emocional adaptado para el Perú (ERQP). *Revista de psicología Trujillo*, 12 ,192–215.
- Garnefski, N., Y Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659–1669.
- Garnefski, N., Y Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric Features and Prospective Relationship with Depression and Anxiety in Adults. *European Journal of psychological Assessment*, 23(3), 141-149.
- Garner, P. W., Y Spears, F. M. (2000). Emotion Regulation in Low-income Preschoolers. *Social development*, 9(2), 246-264.
- Gohm, C. L., y Clore, G. L. (2002). Four latent traits of emotional experience and their involvement in web-being, coping, and attributional style. *Cognition and Emotion*, 16, 495-518.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 192-205.
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Develkionebt, factor structure, and initial validation of the Difficulties in emotion Regulation Scale. *Journal of psychopatology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.
- Gross, J. J., Y Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting positive and negative emotions. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95–103.

- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573.
- Gross, J. J. (1999a). *Emotion and emotion regulation*. In L. A. Pervin & O. P. John . (Eds). *Handbook of personality: Theory and research*, 2, (pp. 525–552). New York: Guilford
- Gross, J. J. (2002). Emotion Regulation: Affective, cognitive and social consequence. *Psychophysiology*. 39. 281-291.
- Gross, J. J., Y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Grow, K. V. (1999). The relation of psychological needs for autonomy and relatedness to vitality, well-being, and mortality in a nursing home. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(5), 935-954.
- Hauben et al. (2015) Emotional Switching in borderline personality disorder: Adaily Life Study. *Personality disorders: Theory, Reserarch and Treatment*, 7(1), 1-11
- Hayes, S. C. et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological Tecord*, 54, 553-578.
- Hervas, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología conductual*, 19 (2), 348-370
- 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 (1,2), 9-36.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006a). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59, 9-36.
- Jayaro, C., de la Vega, I., Díaz-Marsá, M., Montes, A. Y Carrasco, J. L. (2008). Aplicaciones del international Affective Picture System en el estudio de la regulación emocional en los trastornos mentales. *Actas Esp Psiquiatr*, 36(3), 177-182.
- John, O. P., Y Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, Measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research*, 2nd ed., (pp. 102–138). New York: Guilford Press.
- Keltner, D. y Haidt, J. (1999). Social functions of emotions at four levels of analysis. *Cognition and Emotion*, 13, 505-521.
- Larsen, R. L. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquire*, 11, 129- 141.
- LeDoux, J. E. (1995). Emotion: Clues from the brain. *Annual Review of Psychology*, 46, 209-235.
- Linehan, M. (1993). *Skills-Training Manual for Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.

- Linehan, M. M. y Heard, H. L. (1992). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. In JF Clarkin, E Marziali, H Munroe-Blum (Eds), *Borderline Personality Disorder: Clinical and Empirical Perspectives*, (pp. 248–267). New York: Guilford Press.
- Neumann, A., C van Lier, P. A., Gratz, K.L y Koot, H. M. (2010). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation Difficulties in Adolescents Using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Assessmentm* 17 (1), 138-149.
- Rosenbluth, M., y Sulver, D. (1997). Assessment and Treatment of borderline Personality Disorders. En Rosenbluth, M. (comp.). *Treating Difficult Personality Disorders*, 1-23.
- Rosenthal, M. Z., Cukrowicz , K. C., Cheavens, J. S., Y Lynch, T. R. (2006). Self-punishment as a regulation strategy in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20(3), 232-246.
- Reisch, T., Ebner-Priemer, U. W., Tschacher, W., Bohus, M., y Linehan M. M. (2008). Sequences of emotions in patients in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(1), 42-48.
- Scott, L. N., Kim, Y., Nolf, K. A., Hallquist, M. N., Wright, A. G., Stepp, S. D., Morse, J. Q., y Pilkonis, P. A. (2013). Preoccupied attachment and emotional dysregulation: specific aspects of borderline personality disorder or general dimensions of personality pathology?. *Journal of Personality Disorders*, 27(4), 473 – 495.
- Sharp, C., Ha, C., Michonski, J., Ventra. A., y Carbone,. C. (2012). Borderline personality disorder in adolescent: Evidence in support of childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder in a sample of adolescent inpatients. *Comprehensive psychiatry*, 53, 765-774.
- Stanford Psychophysiology laboratory (2010). Resources. Recuperado el 1 de julio de 2016 de, <http://walron.stanford>.
- Stepp, S. D., Scott, .L. N., Morse, J. Q., Nolf, K. A., Hallquist, M. N., Y Pilkonis, P. A. (2014). Emotion dysregulation as a maintenance factor of borderline personality disorder features. *Comprehensive psychiatry*, 55, 657-666.
- Stepper, S., Y Strack, F. (1993). Proprioceptive determinants of emotional and non-emotional feelings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 211–220.
- Totterdell, P., Y Parkinson, B. (1999). Use and effectiveness of self-regulation strategies for improving mood in a group of trainee teachers. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(3), 219-232.
- Wells. A., Y Davies, M. (1994). The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behavior Research and Therapy*, 32, 871-878.

Westen, D., Muderrisoglu, S., Fowler, C., Shedler, J., y Koren, D. (1997) Affect regulation and affective experience: Individual differences, group differences and measurement using a Q-sort procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 429–439.

