



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

Autorregulación emocional y estilos de afrontamiento en pacientes con
trastorno límite de la personalidad

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en
Psicología Clínica que presenta la Bachiller:

TALÍA ZAMORANO MACCHIAVELLO

Dr. CARLOS IBERICO ALCEDO

Asesor

Lima 2017



Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo principal conocer la relación entre autorregulación emocional y estilos de afrontamiento en una muestra de 50 pacientes mujeres con Trastorno Límite de la Personalidad. Asimismo, buscó conocer las diferencias de la muestra según edad y tiempo de tratamiento. Para esto se aplicó el cuestionario de autorregulación emocional ERQP y el cuestionario de estilos de afrontamiento COPE. Se encontró una relación entre los estilos de afrontamiento centrados en el problema y en la emoción, y la reevaluación cognitiva, así como una relación entre otros estilos de afrontamiento y supresión. Más específicamente se halló que a más edad, mayor uso de afrontamiento centrado en el problema, en la emoción, y reevaluación cognitiva. Por otro lado, no se encontraron resultados significativos en cuanto al afrontamiento y la autorregulación emocional, y el tiempo de tratamiento.

Palabras clave: autorregulación emocional, afrontamiento, Trastorno Límite de la Personalidad

Abstract

The principal aim of this study was to identify the association between emotional regulation and coping skills in a sample of 50 women outpatients diagnosed with Borderline Personality Disorder. Additionally, this study searched for differences between ages and length of treatment among the sample. These aims were achieved using the Emotional Regulation Questionnaire and the COPE Inventory. The results showed a correlation between problem-focused and emotion-focused coping, and cognitive reevaluation. They also showed a correlation between other coping strategies and suppression. More specifically, the study found that as patients age they make more use of problem-focused and emotion-focused coping, as well as reevaluation. On the other hand, there were no significant results regarding the length of treatment associated to emotional regulation and coping.

Key words: emotional regulation, coping, Borderline Personality Disorder

Tabla de contenidos

Introducción	i
Capítulo 1: Autorregulación emocional	3
Afrontamiento	5
Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)	8
Autorregulación emocional y afrontamiento en TLP	11
Objetivos	13
Capítulo 2: Método	15
Participantes	15
Medición	15
Procedimiento	18
Análisis de datos	18
Capítulo 3: Resultados	19
Capítulo 4: Discusión	21
Referencias bibliográficas	27
Apéndices	33
Apéndice A: Consentimiento informado	33
Apéndice B: Ficha sociodemográfica	34
Apéndice C: Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones ítem-test del COPE	35
Apéndice D: Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones ítem-test del ERQP	37
Apéndice E: Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov	38
Apéndice F: Resultados no significativos del objetivo específico 2	39

Introducción

Las emociones pueden ser útiles al momento de responder efectivamente a un estímulo o pueden llevar a respuestas destructivas (Gross, 2013). Usualmente, las personas reaccionan más rápidamente cuando la emoción es displacentera, intentando controlarla o modificarla (Amstadter y Vernon, 2008). Para esto, las personas utilizan estilos de afrontamiento y autorregulación emocional.

Si bien para algunos autores estas categorías se traslapan empíricamente, para otros sí se logran diferenciar. Esto sucede, principalmente, porque los autores no siempre trabajan con la misma definición del término o hacen uso de una definición parcial, puesto que ambos constructos son sumamente complejas y cuentan con varias aristas. Es así que una prioridad para trabajar con estos constructos debe ser el contar con una definición adecuada. Finalmente, es posible afirmar que la autorregulación emocional y los estilos de afrontamiento son habilidades que reflejan la coordinación de procesos sociales, cognitivos, afectivos y de desarrollo (Compas, Jaser, Dunbar, Watson, Bettis, Gruhn y Williams, 2014). En la Tabla 1 se observará la forma en que sus definiciones se diferencian y se traslapan.

Afrontamiento	
Lazarus y Folkman (1984)	“El cambio constante de los esfuerzos cognitivos y comportamentales para manejar demandas internas y/o externas específicas percibidas como agotadoras y excesivas para los recursos de la persona” (p.141).
Lazarus (2004)	“Esfuerzos utilizados para manejar demandas adaptativas y las emociones que esto genera” (p.10).
Compas et al. (2001)	“Esfuerzos conscientes y volitivos para regular la emoción, la cognición, el comportamiento, la fisiología y el ambiente, como respuesta a eventos o circunstancias estresantes” (p.89).
Skinner y Wellborn (1994)	“Regulación de las acciones bajo estrés” que incluye las formas en que la persona “se moviliza, guía, maneja, energiza, y dirige, su comportamiento, sus emociones y su orientación, o como falla al intentarlo” en situaciones estresantes (p.113).
Eisenberg et al. (1997)	“El proceso regulatorio en un conjunto de contextos – aquellos que involucran el estrés” (p.42).
Autorregulación emocional	
Thompson (1994)	“Los procesos intrínsecos y extrínsecos responsables del monitoreo, la evaluación y la modificación de las reacciones emocionales, especialmente las temporales e intensas, para cumplir con objetivos personales” (p.27-28).
Gross (1998/ 2013)	“El proceso mediante el cual las personas influyen en las emociones que sienten, cuándo las sienten y cómo las experimentan” (p.275). “La autorregulación emocional requiere de la activación de un objetivo que incremente – o disminuya – la magnitud o la duración de una respuesta emocional específica” (p.1).
Cicchetti et al. (1991)	“Los factores intra y extra orgánicos mediante los cuales la excitación emocional es redirigida, controlada, modulada, y modificada para permitir a el funcionamiento adaptativo de la persona en situaciones emocionalmente excitantes” (p.15).
Eisenberg et al. (2007)	“Los procesos utilizados para manejar y cambiar cuándo y cómo uno experimenta las emociones, y los estados motivaciones y fisiológicos relacionados a estas, así como la forma en que las emociones se expresan en el comportamiento” (p.288).

Tabla 1. Definiciones de afrontamiento y autorregulación emocional. Compas et al. (2014).

Se observa, sobre los puntos en común, en primer lugar, que ambos constructos son conceptualizados como procesos de regulación. Luego, ambos procesos incluyen esfuerzos controlados y decididos, dirigidos a metas concretas. En tercer lugar, el

afrontamiento incluye la autorregulación emocional en situaciones estresantes, lo que demuestra como uno puede encontrarse dentro de la definición del otro. Además, ambos conceptos involucran la anticipación ante eventos en los que uno puede saber por adelantado que tendrá que controlarse (Compas et al., 2014).

Por otro lado, se encuentran varios puntos diferentes en las definiciones. En primer lugar, la autorregulación emocional cuenta con procesos automáticos y no conscientes, a diferencia del afrontamiento. Segundo, el afrontamiento se refiere únicamente a respuestas en situaciones de estrés, mientras que la autorregulación emocional hace referencia a un rango mayor de emociones y situaciones, que no necesariamente deben ser aversivas o estresantes (Watson y Sinha, 2008). Asimismo, la autorregulación emocional puede ser intrínseca, como extrínseca. Es decir, un tercero puede ayudar en la autorregulación emocional mediante soporte social, mientras que el afrontamiento tiene que ver con procesos internos exclusivamente (Compas et al., 2014).

Como se puede observar en la Figura 1, Gross (2015) propone una mirada que diferencia los constructos, postulando que el afecto produce estrés, emociones y humores. Para regular el afecto, es necesario modular cada una de estas aristas. Es así que el estrés se regula con el afrontamiento, las emociones se normalizan con la autorregulación emocional, y el humor, con autorregulación del humor.

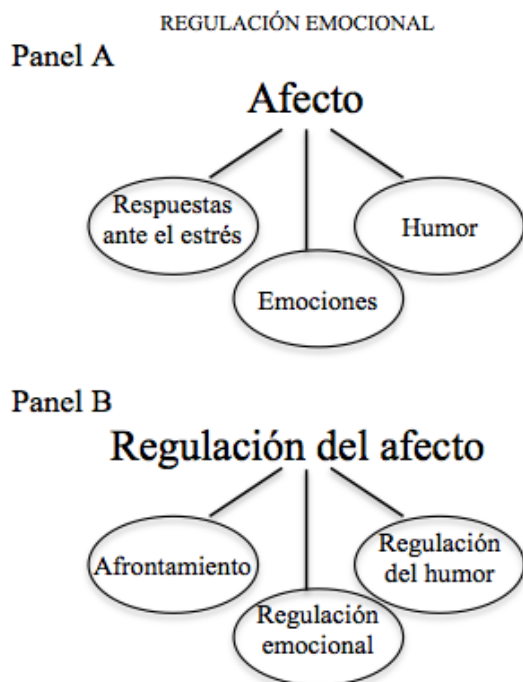


Figura 1. Concepción jerarquizada del afecto y su regulación. Panel A: afecto y términos relacionados. Panel B: regulación del afecto y términos relacionados. Gross (2015).

Autorregulación emocional

La autorregulación emocional suele tener influencia sobre las emociones que uno siente, cómo las experimenta y de qué formas las expresa (Klonsky, 2007). Requiere la activación de una meta u objetivo para regular, ya sea incrementando o disminuyendo, la magnitud, la intensidad y la duración de una o varias emociones (Gross, 2013a). La autorregulación puede estar dirigida hacia emociones negativas o positivas. Usualmente, se utiliza para realzar emociones positivas y para disminuir emociones negativas. Involucra dos procesos, el de supresión, en el que la expresión de la emoción se inhibe, y el de reevaluación, en el cual uno modifica sus pensamientos sobre la situación para mermar su impacto emocional (Williams y Haskin, 2010).

Estos procesos pueden ser tanto conscientes o explícitos, como inconscientes o implícitos. La regulación explícita requiere un esfuerzo consciente para monitorear las actividades de uno mismo. Está relacionada con la autopercepción y la conciencia. Por otro lado, la regulación implícita involucra procesos evocados automáticamente por el estímulo situacional y se lleva a cabo sin necesidad de monitoreo o esfuerzo. (Gyurak et al., 2011). Asimismo, Gross (2013a), propone la existencia de la autorregulación emocional intrínseca, es decir, cuando la persona misma regula sus propias emociones; y la autorregulación emocional extrínseca, es decir, cuando las emociones de una persona se encuentran reguladas por un tercero (ej. Los niños pequeños usualmente necesitan autorregulación emocional extrínseca).

Por otro lado, se considera que la supresión es maladaptativa, mientras que la reevaluación es adaptativa (Gross, 2013a). Se ha encontrado que aquellas personas con desórdenes de ansiedad y trastornos de personalidad tienden a reportar un mayor uso de la supresión (Amstadter et al., 2008). Además, se encuentra que quienes hacen uso de la supresión tienden a manifestar una baja en la sensación de emociones positivas mientras que continúan sintiendo las emociones negativas con la misma intensidad. También reportan menor éxito social y peor memoria que quienes utilizan la reevaluación (Gross, 2013b). No obstante, lo más importante es que la persona pueda hacer uso de ambas formas de autorregulación, según el contexto lo amerite, y que no se remita a un tipo de autorregulación estereotipado e inflexible.

Gross y Thompson (2007) proponen un esquema modelo que explica la autorregulación emocional. En este se identifican cinco instancias en las que la emoción puede ser regulada y cómo esto conlleva a una respuesta distinta según las estrategias

que se utilicen, ya que cada instancia es un momento distinto en el tiempo. Según este modelo, la emoción suscita una relación individuo-situación que involucra transacciones que requieren atención y tienen un significado para esa persona específicamente, según sus objetivos. Para que esto se dé, la persona debe tener activadas dichas metas a la base de su sistema (Gross, 2013b).

Entonces, el proceso empieza con la selección de una situación (*situation selection*) relevante, sea externa o interna, a la que la persona dirige su atención para luego otorgarle una valoración acorde con sus objetivos. Es así que la persona tomará acción para incrementar o disminuir la frecuencia en la que este tipo de situación suceda en su vida. Luego, se encuentra la modificación de una situación (*situation modification*), que ocurre cuando la persona intenta activamente cambiar una situación aversiva para reformar su impacto emocional. Seguidamente, se encuentra el despliegue atencional (*attentional deployment*) que tiene relación con la forma como uno dirige su atención. Por ejemplo, si la situación no es gratificante, uno puede distraerse recordando alguna experiencia que suscite el efecto emocional deseado (Gross, 2015).

Hacia el final de este proceso se ubica el cambio cognitivo (*cognitive change*) que se refiere a la valoración que se le da a la situación para alterar su impacto emocional. Es común el uso de la reevaluación cognitiva para mermar un impacto emocional negativo o para realzar un impacto emocional positivo. Finalmente, el último paso es el ajuste de la respuesta (*response modulation*) tiene que ver con la influencia directa en la experiencia, el comportamiento y los componentes psicológicos de la respuesta emocional luego de que la emoción se ha desarrollado. Es común aquí el uso de la supresión (Gross, 2015). Lo explicado hasta aquí se observa en la Figura 2.

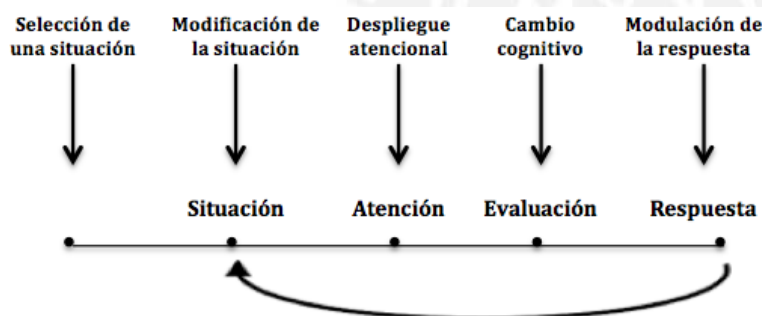


Figura 2. El proceso modelo de autorregulación emocional. Gross & Thompson (2007)

Tomando en cuenta lo anterior, se entiende que puede haber fallas en la autorregulación en distintos momentos. Se encuentra que cuando estas fallas son

constantes o cuando se usan estrategias inflexibles, hay efectos negativos a largo plazo, estrechamente asociados con patologías (Görge et al., 2014). Asimismo, la forma como la persona utiliza este modelo tendrá consecuencias futuras en las siguientes situaciones en las que sea necesaria la autorregulación emocional, puesto que la persona tenderá a utilizar las estrategias que más le han servido en el pasado e irá adaptando aquellas que no dieron los resultados esperados. Es así que Gross (2015) propone una mirada cíclica para el modelo de la autorregulación emocional, tomando en cuenta que cada respuesta traerá consigo una situación nueva a la que habrá que reaccionar. Es posible observar este ciclo en la Figura 3.

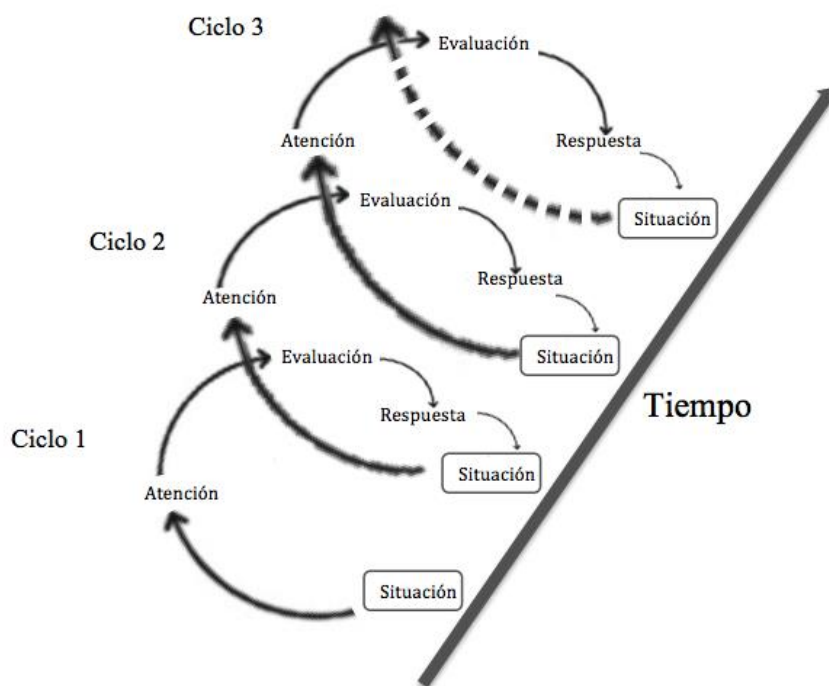


Figura 3. El modelo modal de la emoción en formato espiral, para mostrar cómo se extiende en el tiempo. Gross (2015).

Estilos de afrontamiento

El afrontamiento se define como aquellos esfuerzos conductuales y cognitivos de los que se sirve una persona para lidiar con demandas internas o externas que son experimentadas como desbordantes (Carver y Connor-Smith, 2010; Quintanilla et al., 2005). Este concepto expresa la variedad de respuestas de un ser humano ante una situación estresante. Es la capacidad de las personas para hacerle frente a un estímulo aversivo, y producir una respuesta (Karlsen, 2015).

Si bien esta definición es precisa, también es sumamente amplia y para poder realmente comprender el concepto de afrontamiento es necesario dividirlo en sub dimensiones. En primer lugar, es importante notar que ante un estímulo habrá necesariamente una valoración primaria, en la que el individuo determine el valor personal que le otorgará a la situación, si es que la considera estresante o no. Seguidamente, surgirá la valoración secundaria, donde la persona evaluará cómo actuar. Esto último llevará a una estrategia de afrontamiento determinada. Según este enfoque, el afrontamiento es una respuesta consciente que, además, está determinada por los recursos con los que cuenta la persona para reaccionar (capacidad de resolución de problemas, habilidades, soporte social, creencias, etc.) (Lazarus y Folkman, 1984).

Este constructo involucra dos funciones principales: el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción. El primero involucra estrategias que intentan resolver, reevaluar y minimizar el problema o su impacto, mientras que el segundo comprende aspectos como las fantasías y la preocupación por uno mismo (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Quintanilla et al., 2005). Usualmente, las personas se sirven de ambas funciones para hacer frente al estrés e, idealmente, una función facilita la otra (Karlsen, 2015). Esto se observa en la Tabla 2.

		Estrategias	
		Centradas en el problema	Centradas en la emoción
Comportamiento	Activo	1. Acciones cognitivas Ej. Alterar el contexto o las habilidades de la persona	2. Regulación del afecto Ej. Cambiar el significado de las amenazas percibidas
	Pasivo	4. Adaptarse Ej. Reconceptualización de la situación	3. Retraimiento hacia la Ej. fantasía, preocupación, evitación

Tabla 2. Afrontamiento como estrategia y comportamiento. Karlsen (2015).

Carver, Scheier y Weintraub (1989) proponen quince dimensiones o estrategias de afrontamiento, al momento de crear el Cuestionario de Estilos de afrontamiento (COPE). Estos estilos son el afrontamiento activo, el planeamiento, la supresión de actividades paralelas, el contenerse, la búsqueda de soporte social instrumental, la búsqueda de soporte social emocional, la liberación de emociones, el desentendimiento comportamental, el desentendimiento mental, la negación, la reinterpretación positiva y crecimiento, la aceptación, la religión, el consumo de alcohol o drogas y el humor.

Estos estilos son divididos en dos grandes grupos, según lo que buscan. Los estilos de afrontamiento centrados en el problema son aquellos que buscan tomar

medidas concretas para resolver el problema o modificar la fuente de estrés. Estos son el afrontamiento activo, el planeamiento, la supresión de actividades paralelas, el contenerse y la búsqueda de soporte social instrumental. Luego, los estilos de afrontamiento centrados en la emoción pretenden reducir o manejar la aflicción emocional que conlleva el problema. Estos son la búsqueda de soporte social emocional, la reinterpretación positiva y crecimiento, la aceptación, la negación, el volverse hacia la religión y la liberación de emociones. Es importante notar que los autores no toman como pertenecientes a ningún grupo el humor, el desentendimiento comportamental, el desentendimiento mental o el consumo de sustancias. Solo afirman que estos estilos son los menos útiles (Carver et al., 1989), debido a que no utilizan ningún tipo de afrontamiento, sino más bien, tienden a ser evitativos y a desligarse del problema o el estresor.

Por otro lado, Amstadter y Vernon (2008) consideran que el afrontamiento puede ser diferenciado como evitativo o de acercamiento. La primera categoría es considerada ineficiente puesto que correlaciona con varios síntomas del estrés postraumático y no elimina el elemento estresante del entorno, mientras que la segunda categoría es considerada eficiente ya que está menos asociada con la aflicción psicológica y la persona enfrenta al estresor.

En un estudio reciente, el afrontamiento ha sido dividido en estrategias específicas, algunas de estas consideradas adaptativas y otras maladaptativas. Por ejemplo, dentro de las estrategias de afrontamiento adaptativas se encuentran la aceptación, la reinterpretación positiva, el planeamiento, y el poner el problema en perspectiva. Por el contrario, dentro de las estrategias de afrontamiento maladaptativas se encuentran la rumiación, la catastrofización, y la culpa (Görge et al., 2014).

Adicionalmente, existe el cuestionamiento acerca de las razones por las que las personas eligen ciertos estilos de afrontamiento. Actualmente, se debate si es que lo hacen por dos razones. La primera es elegir el estilo de afrontamiento según el contexto, es decir, según el estresor. La segunda es elegirlo según características individuales, lo que sugiere que ciertos tipos de personalidad se mostrarán más propensos a optar por ciertos estilos de afrontamiento antes que otros. (Karlsen, 2015).

Un estudio, que exploró los patrones de afrontamiento a lo largo de un periodo de dos años, determinó tres grupos de estrategias de afrontamiento. Esto quiere decir que la presencia de cierta estrategia de afrontamiento puede indicar la posibilidad de aparición o no aparición de ciertas otras estrategias, ya que parecen presentarse

agrupadas. En el primer grupo se encontraron altos niveles de afrontamiento adaptativo, tales como afrontamiento activo, soporte emocional, planeamiento, reinterpretación positiva, y bajos niveles de estrategias maladaptativas como la negación, el abuso de sustancias y el desentendimiento comportamental. El segundo grupo involucraba personas con altos niveles de afrontamiento maladaptativo y bajos niveles de afrontamiento adaptativo. Finalmente, el tercer grupo presentó bajos niveles en todos los tipos de afrontamiento, en comparación con los otros dos grupos. Lo que se pudo rescatar del estudio es que los estilos de afrontamiento no tienen una relación directa con la personalidad. Más bien, las personas tienden a fluctuar entre los tres grupos. Es así que es más importante analizar el conjunto de estilos de afrontamiento y no centrarse en un comportamiento o pensamiento específicos (Nielsen y Knardahl, 2014).

Trastorno límite de la personalidad (TLP)

Según el manual diagnóstico DSM-V (2013), el trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en los afectos, así como por manifestaciones intensas de impulsividad. Empieza en la adultez, aunque algunos rasgos se presentan en la adolescencia. Sus síntomas se hacen visibles en distintos contextos mediante cinco o más de los nueve hechos que propone el manual.

Por ejemplo, la persona realizará esfuerzos por evitar el desamparo. Luego, la inestabilidad ya mencionada de las relaciones interpersonales estará representada por extremos de idealización y devaluación. Además, se observará una alteración de la identidad mediante un desequilibrio de la autoimagen y del sentido del yo. Asimismo, será común observar impulsividad en áreas peligrosas como el manejo temerario, el sexo, el abuso de las drogas y la alimentación. También, la persona mostrará actitudes y amenazas suicidas o comportamientos autolesivos.

Adicionalmente, se notará una reactividad en el estado de ánimo caracterizada por episodios de emociones intensas que duran algunas horas. Además, la persona manifestará un sentimiento crónico de vacío. Luego, se podrá percibir dificultades en el control de la ira que incluso terminan en peleas físicas. Asimismo, se advertirán ideas paranoides transitorias relacionadas con estrés y disociación (DSM-V, 2013). Es necesario recalcar que estos síntomas no siguen un orden en su aparición ni forman una

secuencia. Las personas con TLP pueden presentar algunos síntomas sí y otros no, y estos no aparecen al mismo tiempo, necesariamente.

Por otro lado, el manual diagnóstico CIE-10 (1999) califica al trastorno límite dentro de los trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad. Estos son caracterizados por una marcada impulsividad en la persona, que no toma en cuenta las consecuencias personales o sociales de sus actos, debido a su pobre capacidad de planificación. Su conducta sucede a estados de ánimo inestables e intensos que desencadenan actos violentos y manifestaciones explosivas provocadas por una baja tolerancia a la frustración.

Más específicamente, el trastorno tipo límite es descrito como aquel en que sobresale la inestabilidad emocional (CIE-10, 1999). Aunque, un estudio propone que a la base del TLP, además de la inestabilidad emocional, se encuentra una pobre autorregulación emocional (Glenn y Klonsky, 2009).

En esta misma línea, la autoimagen, las preferencias y los objetos internos suelen estar alterados. Estas personas muestran facilidad para involucrarse en relaciones interpersonales intensas e inestables, que ocasionan en ellas crisis emocionales recurrentes; algunas de estas acompañadas de autolesiones o amenazas suicidas. No obstante, las autolesiones también pueden presentarse sin factores precipitantes (CIE-10, 1999).

Con relación a la prevalencia, en el 2011 se estimó que entre el 0.5% y el 5.9% de la población general de los Estados Unidos ha sido diagnosticada con este trastorno. Además, alrededor del 10% de la población psiquiátrica, y entre el 15% y el 25% de los pacientes internos en hospitales psiquiátricos lo padecen (Leichsenring et al., 2011). En esta misma línea, en el año 2015, el Hospital Hermilio Valdizán investigó la prevalencia de TLP en Lima Metropolitana y detectó que el 6.87% de los pacientes adultos entre 18 y 29 años, atendidos en consulta externa, padecían este trastorno. Asimismo, el 3.01% de los pacientes entre 30 y 59 años cuentan con el diagnóstico, y el 4.42% de los adultos mayores de 60 años (Minsa, 2016).

Como ya se ha revisado, no es necesario presentar los nueve síntomas para obtener el diagnóstico, sino tan solo cinco de ellos. Es así que hay 151 combinaciones posibles de síntomas, por lo que se considera al TLP un trastorno heterogéneo, lo que dificulta su tratamiento efectivo. Se plantea que las tendencias suicidas y las autolesiones son los síntomas más útiles para dar con el diagnóstico o el pre diagnóstico de TLP. (Leichsenring et al., 2011).

Por esta razón, el TLP tiene una comorbilidad de entre 60% y 75% con otros trastornos afectivos y de ansiedad, como la depresión mayor, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno bipolar, y el trastorno de ansiedad generalizada. (Leichsenring et al., 2011; Kernberg y Michels, 2009). Además, tiene comorbilidad con otros trastornos de personalidad, desórdenes alimenticios y problemas de abuso de sustancias (Sansone y Sansone, 2011). Se encuentra que los fármacos recetados son efectivos únicamente para el 30% de los pacientes, y que con el tiempo esta cifra se reduce pues los fármacos pueden perder su efecto (Kernberg y Michels, 2009).

No se han encontrado diferencias significativas en la prevalencia entre hombres y mujeres, aunque sí se ha encontrado distinta comorbilidad. Por ejemplo, es más común encontrar desórdenes alimenticios, trastornos del ánimo y trastornos de ansiedad en mujeres con TLP; mientras que los hombres usualmente manifiestan problemas con abuso de sustancias, así como trastornos de personalidad narcisista, paranoide, y antisocial. Esto ha ocasionado que los hombres con TLP busquen ayuda en programas de rehabilitación o que terminen en prisión, mientras que las mujeres son quienes más acuden a servicios psiquiátricos. Es así que muchas veces las muestras de pacientes con TLP están conformadas en su mayoría por mujeres, pues se tiende a buscar este tipo de pacientes en hospitales psiquiátricos (Sansone y Sansone, 2011).

El desarrollo del TLP no es estable en el tiempo. Se encuentra que algunas características afectivas e interpersonales disminuyen con el tiempo, especialmente las autolesiones y las tentativas suicidas, debido a una baja en la impulsividad (Muehlenkamp et al., 2013; Stepp y Pilkonis, 2008; Williams et al., 2009). Al parecer, los síntomas son más agudos mientras la persona es más joven, y la prognosis es más grave si es que hay evidencia de autolesión (Soloff, Lis, Kelly, Cornelius y Ulrich, 1994). Se ha encontrado que la tasa de mortalidad por suicidio en pacientes con TLP es de 8% a 10%, es decir, 50 veces más alta que en la población general, en los Estados Unidos (Leichsenring et al., 2011).

Además, la remisión es bastante común. Alrededor del 45% de los pacientes presenta una remisión luego de 2 años, y el 85%, luego de 10 años. La evidencia muestra que es sumamente difícil para estas personas mantener una vida funcional, pues solo el 25% logra mantener empleos a tiempo completo (Gunderson, 2011). Sin embargo, un factor protector es el soporte familiar percibido y el tratamiento terapéutico y farmacológico constantes, que aportan una mejora al desarrollo de la enfermedad (Fruzzetti, Shenk y Hoffman, 2005).

Ahora, en cuanto a la etiología del trastorno, se sabe que este está compuesto por una mezcla de genética y ambiente. Sobre el ambiente, se encuentra historias de abuso y violencia en la infancia de quienes padecen de TLP, mientras que sobre la genética no se ha detectado genes particulares aún (Leichsenring et al., 2011). La teoría sugiere que la crianza en entornos que invalidan las emociones, no logra enseñar a los niños estrategias efectivas de afrontamiento y autorregulación emocional, lo que los hace propensos a la inestabilidad emocional y a la autolesión (Klonsky, 2007).

No obstante, varios estudios proponen que la labilidad emocional en este trastorno es causada por un exceso de actividad de la amígdala y otras estructuras del sistema límbico, que intensifica y prolonga las emociones, imposibilitando la integración de afectos positivos y negativos. A esto se suma una incapacidad de inhibición de la corteza prefrontal que trae como consecuencia una pobre capacidad cognitiva para controlar el afecto, lo que explica la impulsividad que caracteriza este trastorno (Gunderson, 2011; Kernberg y Michels, 2009; Watt, 2004).

Por otro lado, en 1993, Linehan propone un modelo biosocial, de cuatro factores, que explica la personalidad límite. El primer factor es la sensibilidad emocional, originada en los primeros años de vida, que activa la corteza cingular anterior y el lóbulo frontal, ocasionando la tendencia a percibir las emociones negativas. En segundo lugar, el afecto negativo, como consecuencia del primer factor, sensibiliza en exceso a la persona ante eventos negativos. En tercer lugar, las estrategias de autorregulación emocional inadecuadas, indican que es difícil para estas personas regular sus afectos, porque tienden a una baja conciencia de emoción. Finalmente, las estrategias de regulación maladaptativas son evidentes cuando la emoción es intensa y se dan de forma inmediata (ej. rumiación, supresión, autolesiones) (Carpenter y Trull, 2013).

Autorregulación emocional y afrontamiento en TLP

La emoción y la cognición no son mutuamente excluyentes, sino que se sirven la una de la otra para ayudar a la persona a superar obstáculos. Entonces, la emoción sirve para determinar qué es deseable y qué es aversivo, mientras que la cognición se encarga de activar, inhibir, modular y combinar comportamientos y afectos. Sin embargo, cuando alguno de estos sistemas falla, se pueden producir diversos síntomas concernientes a la autorregulación emocional, desatando así diversos desórdenes clínicos (Watt, 2004).

En 11 estudios que examinaron las razones para la autolesión a través de reportes personales en población clínica adulta diagnosticada con TLP, se encontró que la autorregulación emocional era, en la mayoría de los casos, la razón principal para realizar la conducta. Estas personas manifestaron que la autolesión era el único recurso que tenían para controlar las emociones aversivas (Klonsky, 2007). Se plantea que la autolesión muchas veces calma la aflicción psicológica, aliviando los sentimientos aversivos intensos cuando la autorregulación emocional fracasa. Es importante resaltar que la tensión interna aversiva que manifiestan estas personas está asociada a la despersonalización. (Kleindienst et al., 2008).

Es elemental resaltar que todo lo revisado sobre conductas autolesivas en el TLP tiene un correlato directo con la actividad cerebral. Los electroencefalogramas muestran que hay una mayor actividad theta en la corteza cingular anterior (ACC). Esta región ha sido asociada con la despersonalización, lo que podría explicar por qué es que los pacientes que se autolesionan muchas veces niegan sentir dolor o manifiestan una elevada tolerancia a este (Johnson et al., 2003). Asimismo, las resonancias magnéticas exponen que estas personas tienen un menor engranaje en las regiones de control cognitivo del cerebro, es decir, en el lóbulo prefrontal, más específicamente en la ACC (Leichsenring et al., 2011; Perlman y Pelphrey, 2010). Lo anterior estaría contribuyendo a la inestabilidad afectiva del individuo.

La ACC sirve como la conexión entre la emoción y la cognición, esparciendo información a otras áreas del cerebro, también. Se tiene la hipótesis de que la zona dorsolateral de la corteza prefrontal tiene relación con la cognición, y que la emoción se encuentra en la zona cercana a la corteza orbitofrontal y a la amígdala. Se considera que la zona dorsolateral tiene mayor relación con los procesos conscientes y controlados de autorregulación, y que esta zona se desarrolla después que la zona de la emoción (Perlman y Pelphrey, 2010).

En esta misma línea, un estudio con niños entre 5 y 11 años encontró que los niños mayores, tendían a hacer un uso mayoritario de la zona de la cognición. Por otro lado, se halló que los niños más asustadizos utilizaban mayormente la zona de la emoción ante la necesidad de autorregular sus emociones y que, usualmente, fracasaban en autorregularse efectivamente. Es así que se puede deducir que el desarrollo de la persona la lleva hacia una autorregulación más cognitiva, y que el temperamento (ser asustadizo, en este caso) tiene una influencia en la efectividad o el fracaso de la

autorregulación emocional, lo que podría explicar las diferencias individuales sobre autorregulación emocional (Perlman y Pelphrey, 2010).

Separadamente, un aspecto crucial de examinar es el de los recursos hallados para mejorar la calidad de vida de quienes padecen TLP. Se ha encontrado que, aunque la ira y la hostilidad sean muchas veces los sentimientos predominantes, la emoción que subyace es la vergüenza. Esta correlaciona con las autolesiones que se usan muchas veces como forma de castigo, pues la autocrítica severa es sumamente común en el TLP. Al entender todo esto, se propone la autocompasión como una estrategia para hacerle frente a la vergüenza y a la autocrítica. Esta consiste en la amabilidad hacia uno mismo, en el entendimiento de la humanidad (en vez del aislamiento), y en la mentalización. El desarrollo de esta habilidad está relacionado con una baja en los niveles de ansiedad, una mayor resiliencia y una mejora en las relaciones interpersonales (Loess y Waltz, 2014; Warren, 2015).

De esta misma forma, se ha identificado problemas en el sueño en pacientes con TLP. Por la excesiva activación de la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal, usualmente estos pacientes están mortificados por una carga afectiva y aflicción emocional. Es así como se producen las recurrentes pesadillas. Sin embargo, se ha encontrado una correlación negativa entre estos disturbios en el sueño y la capacidad para fantasear. Esta, entendida como una imaginación creativa y libre, funciona como factor protector para los problemas del sueño, porque mejora la autorregulación emocional, al igual que la autocompasión (Simor, Bódizs y Csóka, 2010).

Objetivos

Luego de revisar la teoría, se considera que se debe explorar con mayor perseverancia el TLP y las estrategias que quienes lo padecen utilizan para poder sobrellevarlo. Entonces, a partir de lo revisado hasta aquí, se planteó, como objetivo principal de la presente investigación, examinar la relación entre la autorregulación emocional y los estilos de afrontamiento en pacientes diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

En cuanto a los objetivos específicos, el primero pretendió observar las diferencias en los estilos de afrontamiento y la autorregulación emocional, según la edad de las participantes, ya que la impulsividad tiende a disminuir con los años, mas no los síntomas depresivos ni la aflicción psicológica (Stepp y Pilkonis, 2008). Luego, el

segundo objetivo específico buscó conocer las diferencias entre autorregulación emocional y los estilos de afrontamiento, según el tiempo de tratamiento, puesto que un factor protector en el desarrollo del trastorno es el tratamiento terapéutico y farmacológico (Fruzzetti, Shenk y Hoffman, 2005). Tomando en cuenta todo lo mencionado hasta aquí, se realizó un estudio de corte cuantitativo, en el que se evaluó en un único momento y de manera individual.



Método

Participantes

De acuerdo con lo planteado, los criterios de inclusión para la muestra fueron cuatro: contar con el diagnóstico de TLP, tener entre 18 y 60 años, ser mujer y no presentar comorbilidad con cualquier tipo de trastorno psicótico. Entonces, en la investigación participaron 50 pacientes mujeres de Consulta Externa Adultos del Hospital Víctor Larco Herrera, situado en Lima, que cuentan con el diagnóstico de Trastorno de Personalidad Límite. El rango de edad osciló entre los 18 y los 56 años ($M = 30.56$; $D.E = 9.68$), mientras que el tiempo de tratamiento fluctuó entre 1 y 180 meses ($M = 38.92$; $D.E = 41.29$). Dentro de la muestra, el 90% había nacido en Lima y el 10% en otras provincias del Perú. Un 94% declaró tomar medicación para tratarse, y el 78% reveló seguir un tratamiento farmacológico y terapéutico a la vez. Entonces, solo el 16% seguía un tratamiento exclusivamente farmacológico, y el 6% un tratamiento terapéutico únicamente. Asimismo, solo el 40% de la muestra tenía conocimiento de su diagnóstico. Por otro lado, el 82% manifestó contar con soporte familiar, y el 68% declaró haberse autolesionado en algún punto de su vida, ya sea de forma no suicida o suicida.

Medición

Autorregulación Emocional

Para medir este constructo se utilizó el Cuestionario de Autorregulación Emocional (ERQ) de Gross y Thompson (2003), adaptado para el Perú (ERQP) por Gargurevich y Matos (2010). Puede ser utilizado libremente, puesto que su adaptación es pública. Este cuestionario evaluó dos estrategias de autorregulación emocional: la reevaluación cognitiva y la supresión, a partir de diez ítems. Seis de estos evalúan la reevaluación cognitiva y cuatro la supresión. Se utilizó una escala Likert de siete escalas de frecuencia (1 = totalmente en desacuerdo; 7 = totalmente de acuerdo) para evaluar cuán de acuerdo o en desacuerdo se mostraron las entrevistadas ante estrategias de reevaluación o supresión de experiencias emocionales que el cuestionario plantea.

Para su validación en el Perú, luego de realizar la traducción del cuestionario y hacer una prueba piloto, se aplicó el ERQP a una muestra de 320 estudiantes universitarios de ambos sexos de dos universidades privadas. El Análisis Factorial demostró que la prueba conservaba su estructura bifactorial. Además, se comprobó la validez convergente y divergente del cuestionario a partir de las correlaciones de las

subescalas con la Escala de Afecto Positivo y Negativo en Español (SPANAS). Para la validez convergente la escala de afecto positivo correlacionó positivamente con la escala de reevaluación cognitiva ($r=.14$), y la escala de afecto negativo correlacionó positivamente con la escala de supresión ($r=.32$). Para la validez divergente las escalas de afecto positivo y negativo del SPANAS correlacionaron negativamente, aunque no de forma significativa, con las escalas de reevaluación cognitiva y supresión del ERQP, respectivamente ($r=-.09$ y $r=-.05$). La confiabilidad, medida por el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach en ambas escalas, fue de 0.72 para reevaluación cognitiva y de 0.74 para supresión. Luego, la medida de adecuación (KMO) de la muestra total fue de 0.72 (Gargurevich y Matos, 2010). Para la presente investigación, la prueba presentó un alfa de Cronbach de 0.58 para la prueba total. Asimismo, se halló una confiabilidad de 0.73 para la sub escala de reevaluación cognitiva, mientras que la sub escala de supresión solo obtuvo 0.57. Debido a la baja confiabilidad del ERQP, se consideró eliminar el ítem 2 para lograr un alfa de Cronbach más alto, 0.63, en la prueba total. Sin embargo, al hacerlo, la confiabilidad de la sub escala de supresión disminuía a 0.45, por lo que se conservaron todos los ítems de la prueba original.

Este instrumento ha sido utilizado en una muestra de 21 personas entre 22 y 63 años, siendo la mayoría mujeres, para un estudio que buscaba conocer la ansiedad y la autorregulación emocional en acogedores de Lima (Miguel del Priego, 2014). Asimismo, el ERQ ha sido utilizado en España, en una muestra de 8 equipos de distintas disciplinas deportivas con el fin de conocer la regulación emocional de los resultados adversos en competición y las estrategias funcionales en deportes colectivos (Oriol, Gomila y Filella, 2013).

Estilos de afrontamiento

Para medir los estilos de afrontamiento se utilizó el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE) de 60 ítems, elaborado por Carver, Scheier y Weintraub (1989), quienes autorizan su aplicación individual o grupal. Este instrumento pretende conocer los estilos y las estrategias de afrontamiento de las personas ante determinadas situaciones estresantes. Consta de 60 ítems y está dividido en 15 subescalas: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades paralelas, contenerse, y búsqueda de soporte social instrumentales están focalizadas en el problema; búsqueda de soporte social emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, religión, liberación de emociones están focalizadas en la emoción; negación,

desentendimiento conductual, desentendimiento mental, uso de alcohol o drogas y humor están focalizadas en la evitación del problema. Cada escala cuenta con 4 ítems y las opciones de respuesta se presentan bajo un formato likert de cuatro escalas de frecuencia (1 = casi nunca; 4 = casi siempre). Los puntajes obtenidos en cada ítem se suman a los correspondientes a cada escala y se obtienen 15 puntajes que permiten identificar un perfil de afrontamiento orientado a uno de los tres estilos nombrados.

Este cuestionario fue adaptado en el Perú por Chau y Casaretto (2015) utilizando una muestra de 300 estudiantes universitarios, quienes realizaron una revisión lingüística de la prueba, luego de la aplicación de un piloto con 100 estudiantes. Se cambió la traducción de 8 ítems de la adaptación de Casuso (1996) para que estos sean más adecuados, pero solo 5 de estos tuvieron un mejor funcionamiento. Luego, para medir la confiabilidad, se obtuvo un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para cada una de las 15 escalas correlacionadas con sus respectivos ítems, y éstos oscilaron entre 0.53 y 0.91. Finalmente, para la validez se realizó un análisis factorial exploratorio, análisis con rotación oblicua y extracción de componentes principales. De esto se obtuvo una medida de adecuación (KMO) de 0.79 y una solución que explica el 65,15 % de varianza para 15 factores. (Casaretto y Chau, 2015). Para el presente estudio, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.90 para la prueba total. Luego, para las escalas de afrontamiento centrado en el problema, la confiabilidad fue de 0.87, mientras que para las escalas de afrontamiento centrado en la emoción fue de 0.80. Finalmente, para las escalas de otros estilos de afrontamiento se halló una confiabilidad de 0.70.

Este instrumento fue utilizado en una muestra de 155 estudiantes entre 16 y 22 años, mayoritariamente mujeres para investigar el rol de estrés percibido y su afrontamiento en las conductas de salud de estudiantes universitarios de Lima (Becerra, 2013). Además, ha sido utilizado en una investigación que buscaba conocer la relación entre afrontamiento y soporte social en una muestra de 45 adictos entre los 20 y 60 años, hospitalizados en una comunidad terapéutica de un hospital psiquiátrico de Lima (Rodríguez, 2012). Finalmente, el COPE también ha sido utilizado para determinar la relación entre los niveles de estrés percibido y los estilos de afrontamiento predominantes en una muestra de 30 pacientes con Bulimia Nerviosa y 30 pacientes sin el trastorno, en Lima (Romero, 2009).

Procedimiento

Primeramente, se solicitó la autorización del Hospital Víctor Larco Herrera para obtener la muestra dentro del pabellón de Consulta Externa de adultos. Una vez obtenida esta autorización, se procedió a mirar las historias de las pacientes programadas con psicología o psiquiatría que tuviesen citas al día siguiente y que contaran con el diagnóstico de TLP. De esta forma, al día siguiente, se procedía a buscarlas en la sala de espera o preguntar a los psiquiatras y psicólogos encargados. Una vez se las encontraba, eran abordadas una por una y se las llevaba a un consultorio. En este momento, se procedía a explicar brevemente la investigación y a otorgarles el consentimiento informado. Si es que lo firmaban, pasaban a llenar la ficha sociodemográfica, seguida por el COPE y el ERQP. El tiempo que tomaron las pacientes varió entre 10 y 25 minutos, aproximadamente. La metodología de búsqueda mediante historias se repitió todos los días, al igual que el abordaje individual, hasta contar con 50 protocolos válidos. Este proceso duró aproximadamente un mes y medio.

Análisis de datos

En primer lugar, se realizó un análisis de consistencia interna para las pruebas utilizadas. Seguidamente, se ejecutó el análisis de normalidad Kolmogorov-Smirnov, en el que se encontró que las tres escalas del COPE cuentan con normalidad. Sin embargo, en el ERQP, solo la reevaluación cognitiva es normal, mientras que la supresión no lo es. Debido a esta situación particular en la que cuatro de las cinco escalas a correlacionar eran normales, se optó por realizar correlaciones lineales de Pearson para responder al objetivo principal y a los objetivos específicos.

Por otro lado, al momento de realizar las correlaciones se consideró correlacionar las quince estrategias de afrontamiento, mencionadas anteriormente, con reevaluación y supresión. Sin embargo, no se obtuvo correlaciones significativas. De esta forma, se procedió a hacer las correlaciones, únicamente, con los estilos de afrontamiento, dentro de los que están contenidas las estrategias.

Resultados

Para responder al objetivo principal, se realizó una correlación lineal de Pearson entre los estilos de afrontamiento y los tipos de autorregulación emocional, para conocer su relación. Como se puede observar en la Tabla 1, el afrontamiento centrado en el problema tiene una correlación alta con reevaluación ($r = .571; p < .05$), mientras que con supresión esta es media ($r = .488; p < .05$). Luego, el afrontamiento centrado en la emoción correlaciona de forma alta con supresión ($r = .627; p < .05$), mientras que con reevaluación su correlación es media ($r = .457; p < .05$). En tercer lugar, los otros estilos de afrontamiento correlacionan medianamente con supresión ($r = .332; p < .05$) y no correlacionan con reevaluación ($r = -.002; p > .05$). Por otro lado, supresión y reevaluación tienen una correlación baja ($r = .263; p > .05$). Asimismo, afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción correlacionan de forma alta ($r = .802; p < .05$). Finalmente, los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y en el problema no tiene correlacionan con otros estilos de afrontamiento ($r = .233; p > .05; r = .213; p > .05$).

Tabla 1
Correlaciones entre COPE y ERQP

	Reevaluación	Supresión	Afront Problema	Afront Emoción	Afront Otros
Reevaluación	1	.263*	.571***	.457***	-.002
Supresión	.263*	1	.488***	.627***	.332**
Afront Problema	.571***	.488***	1	.802***	.213
Afront Emoción	.457***	.627***	.802***	1	.233*
Afront Otros	-.002	.332**	.213	.233*	1

N = 50

* = $p < 0.05$

** = $p < 0.01$

*** = $p < 0.001$

Para responder al primer objetivo específico, se procedió a realizar una correlación lineal de Pearson entre la edad de las participantes (variable discreta), los estilos de afrontamiento y los tipos de autorregulación emocional. En la Tabla 2 se observa que esta variable correlacionó positivamente de forma baja con reevaluación (r

= .302; $p > .05$), afrontamiento centrado en el problema ($r = .273$; $p > .05$) y afrontamiento centrado en la emoción ($r = .271$; $p > .05$). Sin embargo, no correlaciona con otros estilos de afrontamiento ($r = -.055$; $p < .05$) ni con supresión ($r = .068$; $p < .05$).

Tabla 2

Correlaciones entre edad, COPE y ERQP

	Reevaluación	Supresión	Afront Problema	Afront Emoción	Afront Otros
Edad	.302*	.068	.273*	.271*	-.055

N = 50

* = $p < 0.05$

Finalmente, para responder al segundo objetivo específico, se realizó una comparación de medias para muestras independientes. Siguiendo el análisis, no se encontraron diferencias significativas entre el tiempo de tratamiento (0 – 38 meses, 39 meses a más) y el COPE y ERQP.

Discusión

Esta investigación pretende, como objetivo principal, conocer la relación entre autorregulación emocional y estilos de afrontamiento en mujeres con TLP. Para eso se correlacionaron los dos tipos de autorregulación emocional: supresión y reevaluación cognitiva, con los tres grupos de afrontamiento: centrado en el problema, centrado en la emoción, y otros estilos de afrontamiento. Además, esta investigación cuenta con dos objetivos específicos. El primero es conocer las diferencias entre autorregulación emocional y afrontamiento según la edad de las participantes. El segundo objetivo específico procura conocer las diferencias entre autorregulación emocional y afrontamiento según el tiempo de tratamiento. Para esto se correlacionaron las variables de edad y de tiempo de tratamiento con los dos tipos de autorregulación emocional y los tres grupos de afrontamiento.

Con relación al objetivo principal, se encontró una correlación positiva entre reevaluación y afrontamiento centrado en el problema, y en la emoción, pero no con otros. Además, se encontró una correlación positiva entre supresión y afrontamiento centrado en el problema, en la emoción y otros. Finalmente, se encontró una correlación positiva alta entre afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción, pero no hubo correlación con otros estilos de afrontamiento, mientras que supresión y reevaluación tuvieron una correlación baja.

Se esperaba que reevaluación cognitiva solo correlacionara con afrontamiento centrado en el problema, dado que ambas variables resultan ser las formas más activas de manejo de emociones y problemas (Carver et al., 1989; Gross, 2013a). En el caso contrario, se esperaba que supresión solo correlacionara con afrontamiento centrado en la emoción, puesto que ambas variables tienen relación con las formas más pasivas de manejo de emociones y problemas, sobretodo supresión puesto que diversos estudios la encuentran relacionada con patología (Amstadter et al., 2008; Gross, 2013a; Gross, 2013b).

Sin embargo, se encuentra que el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción correlacionan altamente, lo que indica que las participantes no lograron diferenciar estos constructos. Por lo tanto, ambos grupos correlacionan con supresión y con reevaluación. Esto puede haberse dado porque la fuente de los problemas de una persona con TLP muchas veces es ella misma. Es decir, la mayoría de los problemas que surgen en la vida de una persona que padece este

trastorno son ocasionados por sus intensas emociones y su incapacidad de contenerlas, lo que las lleva a actuar, perdiendo el control de sus impulsos (DSM-V, 2013; CIE-10, 1999).

De esta forma, para las participantes del estudio, el problema de base ante cualquier estresor, es su incapacidad para manejarlo debido a que sus emociones son desbordantes. Esto lleva a la conclusión de que el afrontamiento debe estar siempre centrado en la emoción, aun si en paralelo se está intentando resolver un problema concreto con acciones dirigidas a este y no a las emociones. Esto estaría explicando por qué para la muestra el afrontamiento centrado en la emoción y el afrontamiento centrado en el problema son entendidos como lo mismo.

Por otro lado, el grupo de otros estilos de afrontamiento comprende el desentendimiento comportamental y mental, así como el consumo de sustancias, por lo que se asume que es un grupo que alberga estilos evitativos de manejo de situaciones de estrés en los que la persona no acepta el estresor a nivel racional ni a nivel emocional, resultando en un estilo inútil (Carver et al., 1989). Tomando esto en cuenta, tiene mucha lógica que este grupo correlacione con supresión pues esta se caracteriza por el evitar conectar con las emociones. En esta misma línea, tiene sentido que no haya correlacionado con reevaluación puesto que para reevaluar una situación difícil, se la debe reconocer primero.

Con respecto al primer objetivo específico, se encontró una correlación directa entre la edad y el afrontamiento centrado en el problema y en la emoción, mientras que con otros estilos de afrontamiento no hubo correlación. Además, hubo una correlación directa entre edad y reevaluación, pero no la hubo con supresión. Con esto se logra entender que hay una mejora con respecto al manejo de las emociones y los estresores mientras más edad tiene la persona.

Como se ha visto en el análisis del objetivo general, el afrontamiento centrado en el problema y en la emoción son entendidos como iguales para el caso particular de la muestra, y pueden ser considerados estilos saludables para una persona con TLP, pues denotan un intento de control del problema actual y del problema emocional constante que presentan. Asimismo, la reevaluación es considerada una técnica saludable de autorregulación emocional (Gross, 2013a). Entonces, si hay una alza en estas tres variables, a medida que la persona tiene más edad, se puede concluir que a mayor edad, mejores estrategias de afrontamiento centrado en el problema y la emoción y autorregulación emocional en personas con TLP, por lo que se esperaría una baja en la

sintomatología general del trastorno. Además, no hay relación con otros estilos de afrontamiento ni con supresión que son las formas menos adaptativas de manejo de emociones (Carver et al., 1989; Gross, 2013a).

Por último, al analizar el segundo objetivo específico, no se encontró correlación alguna entre el tiempo de tratamiento y los tipos de autorregulación emocional, ni los estilos de afrontamiento. Se esperaría que con el tratamiento la sintomatología general del TLP disminuya. Sin embargo, para que esto se cumpla, el tratamiento debe ser continuo (Fruzzetti, Shenk y Hoffman, 2005). Ahora, en la ficha de datos sociodemográficos se preguntó por los años de tratamiento, mas no se aclaró si este había sido continuo o intermitente. Posiblemente, es por esto que los resultados no coincidieron con lo esperado.

Tomando en cuenta lo anterior, sería importante resaltar que la ficha de datos sociodemográficos tuvo otras limitaciones. Además, de no especificar la interrupción del tratamiento, no tomó en cuenta el factor de discapacidad social de las personas al preguntar por el soporte familiar. Es así que la mayoría de las entrevistadas respondió que sí cuentan con soporte familiar, y la teoría explica que esto tiene relación con un mejor desarrollo de la enfermedad (Fruzzetti, Shenk y Hoffman, 2005). Contrariamente, la evidencia de autolesión y tentativas suicidas tiene relación con un cuadro más agudo de TLP (Soloff et al., 1994), y la mayoría de pacientes también afirmó haber realizado estas conductas. Lo anterior podría indicar que se cuenta con una muestra sumamente particular o que las pacientes no respondieron honestamente a la pregunta del soporte social. Esto quiere decir que si se quiere conocer el soporte familiar percibido por la paciente, se debe hacer preguntas menos directas u ofrecer respuestas que no sean dicotómicas, como una escala Likert para motivar a la paciente a responder con sinceridad.

En esta misma línea, se sospecha que la discapacidad social puede haber limitado las respuestas honestas, también, en el ERQP. Puesto que quienes respondieron los cuestionarios son personas que actualmente reciben algún tipo de tratamiento, cuentan con cierto conocimiento de las formas de ser saludables y no saludables. Entonces, quizá fue evidente en el ERQP que los ítems de supresión no eran estrategias deseables, por lo que no marcaron honestamente. Esto llevó a que la confiabilidad del ERQP en general y de la sub escala de supresión fueran menores a la de reevaluación cognitiva. Asimismo, esto puede explicar porque supresión fue la única sub escala que no obtuvo normalidad.

Otra hipótesis que explicaría la confiabilidad del ERQP en general podría ser el nivel educativo. A lo largo de la aplicación se encontró que este instrumento fue el que más dudas le causó a las participantes, a pesar de contar con menos ítems que el COPE. Esto hace notar la complejidad de los ítems. Lamentablemente, en la ficha de datos sociodemográficos no se preguntó por el nivel educativo, pues no se consideró relevante en su momento. No obstante, en una futura investigación sería sumamente útil para comprobar esta hipótesis.

Por otro lado, como se ha visto en la literatura, las autolesiones y los intentos de suicidio son síntomas que indican la gravedad del cuadro (Soloff et al., 1994), puesto que se relacionan con la baja autorregulación emocional y el pobre control de impulsos (Glenn y Klonsky, 2009). Se ha visto que con el paso del tiempo, la impulsividad tiende a bajar, por lo que las autolesiones y los intentos de suicidio podrían disminuir (Muehlenkamp et al., 2013; Stepp y Pilkonis, 2008; Williams et al., 2009). En la presente investigación se preguntó en la ficha de datos sociodemográficos si es que las pacientes se autolesionaban. El problema fue que estas respondieron tomando en consideración toda su vida y no al presente. Por esta razón, en el futuro se debería preguntar si se han autolesionado en el pasado y si lo hacen en la actualidad para poder conocer si la edad ha tenido alguna influencia en este síntoma.

Para futuras investigaciones se considera interesante conseguir una muestra de hombres con TLP para poder hacer las comparaciones del caso y encontrar diferencias entre sexos, en caso las haya. Asimismo, sería beneficioso contar con una muestra más extensa para una mayor confiabilidad. Esto podría lograrse con un mayor tiempo de recolección de datos o aplicando los instrumentos en las pacientes internas en el hospital. Esto último también sería útil para comparar las características entre las pacientes de consulta externa y las internadas.

Finalmente, si bien la confiabilidad de la investigación es positiva, es posible que el diagnóstico de las personas entrevistadas no haya sido el adecuado. Lamentablemente, no se encontró ningún instrumento que corroborara el diagnóstico otorgado por el psiquiatra, por lo que no se tuvo más opción que tomar las historias clínicas como única referencia. Entonces, si en futuras investigaciones hubiese otra forma de cerciorarse del diagnóstico, quizá se tendría una confiabilidad aún mejor para los resultados generales.

A pesar de lo ya mencionado, el presente estudio cuenta con varios aportes. En primer lugar, se puede empezar a considerar que el afrontamiento en mujeres con TLP

tiene un desarrollo distinto, puesto que las acciones están altamente ligadas a las emociones. Es así que si la persona con TLP consigue manejar sus emociones, su manejo de problemas de todo tipo va a verse favorecido.

Tomando esto en cuenta, la investigación sugiere que el TLP debe tener un tratamiento centrado en el manejo de emociones pues esto va a repercutir en distintas áreas de la vida de la persona. Finalmente, si se ha encontrado que el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción resultan estrategias saludables para las mujeres con TLP, se podría considerar un factor de riesgo el que una persona puntúe bajo en estas escalas al resolver el COPE. De esta forma, se podría utilizar esta prueba para conocer, aunque de manera poco segura, la salud mental de la persona.





Referencias:

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Trastornos de la personalidad. En *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Traducción de Ricardo Restrepo. Estados Unidos de Norteamérica: American Psychiatric Publishing, pp. 359 – 373.
- Amstadter, A. y Vernon, L. (2008). A preliminary examination of thought suppression, emotion regulation and coping in a trauma exposed sample. Estados Unidos de Norteamérica: *National Institute of Health Public Access*, vol. 17, núm. 3, octubre, pp. 279 – 295.
- Becerra, S. (2013). Rol de estrés percibido y su afrontamiento en las conductas de salud de estudiantes universitarios de Lima. Pontificia Universidad Católica del Perú: Tesis de Maestría en Psicología Clínica de la Salud.
- Carpenter, R. y Trull, T. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: a review. *Current Psychiatry Reports*, vol. 15, núm. 1, pp. 335 – 348. Estados Unidos de Norteamérica: Springer Science+Business Media New York.
- Carver, C. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, vol. 61, pp. 679 – 704.
- Carver, C., Kumari, J. y Scheier, M. (1986). Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 51, núm. 6, pp. 1257 – 1264.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 56, pp. 267 – 283.
- Cassaretto, M. y Chau, C. (2015). Afrontamiento del estrés: adaptación del cuestionario COPE en universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*.
- Compas, B., Jaser, S., Dunbar, J., Watson, K., Bettis, A., Gruhn, M., y Williams, E. (2014). Coping and Emotion Regulation from Childhood to Early Adulthood: Points of Convergence and Divergence. *Australian Journal of Psychology*, vol. 66, núm. 2, pp. 71 – 81.

- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, vol. 17, núm. 04, pp. 1007 – 1030.
- Gargúrevich, y Matos, L. (2010). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Autorregulación Emocional adaptado para el Perú (ERQP). Perú: *Revista de Psicología*, vol. 12, pp. 192 – 215.
- Glenn, C. R. y Klonsky, E. D. (2009). Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. Estados Unidos de Norteamérica: *Journal of personality disorders*, vol. 23, núm. 1, pp. 20-28.
- Görgen, S., Hiller, W. y Witthöft, M. (2014). Health anxiety, cognitive coping, and emotion regulation: a latent variable approach. Alemania: *International Society of Behavioral Medicine*, vol. 21, febrero, pp. 364 – 374.
- Gross, J. (2015). Emotion Regulation: current status and future prospects. Estados Unidos de Norteamérica: *Psychological Inquiry: an international journal for the advancement of psychological theory*, vol. 26, núm. 1, pp. 1 – 26.
- Gross, J. (2013a). Emotion Regulation: Taking stock and moving forward. Estados Unidos de Norteamérica: *American Psychological Association*, vol. 13, núm. 3, pp. 359 – 365.
- Gross, J. (2013b). Emotion Regulation: conceptual and empirical foundations. En *Handbook of emotion regulation*. Estados Unidos de Norteamérica: Guilford Press.
- Gunderson, J. (2005). Borderline personality disorder. *The New England Journal of Medicine*, vol. 36, núm. 21, pp. 2037 – 2042. Inglaterra: The Lancet.
- Gyurak, A., Gross, J. y Etkin, A. (2011). Explicit and Implicit Emotion Regulation: A Dual-Process Framework. Estados Unidos de Norteamérica: *Cognitive Emotion*, vol. 25, núm. 3, abril, pp. 400 – 412.
- Johnson, P.A., Hurley, R., Benkelfat, C., Herpertz, S.C. y Taber, K.H. (2003). Understanding emotion regulation in borderline personality disorder: contributions of neuroimaging. *Windows to the Brain*, vol. 15, núm. 4, pp. 397 – 401. Estados Unidos de Norteamérica: *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*.
- Karlsen, B. (2015). Is coping a scientific concept? Noruega: *Nordisk Sygeplejeforskning*, vol. 5, núm. 1, pp. 3 – 16.

- Kernberg, O. y Michels, R. (2009). Borderline personality disorder. Estados Unidos de Norteamérica: *The American Journal of Psychiatry*, vol. 166, núm. 5, pp. 505 – 508.
- Kleindienst, N., Bohus, M., Ludäscher, P., Limberger, M., Kuenkele, K., Ebner-Priemer, U., Chapman, A., Reicherzer, M., Stieglitz, R.D. y Schmahl, C. (2008). Motives for Non Suicidal Self Injury among women with borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Estados Unidos de Norteamérica: Lippincott Williams & Wilkins, vol. 196, núm. 3, pp. 230 – 236.
- Klonsky, D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. Estados Unidos de Norteamérica: *Clinical Psychology Review*, vol. 27, pp. 226 – 239.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. y Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. Alemania: *The Lancet*, vol. 377, pp. 74 – 84.
- Loess, P. y Waltz, J. (2014). Borderline personality disorder, emotion regulation, and self-compassion. *Graduate Student Research Conference*. Paper 20. Estados Unidos de Norteamérica: University of Montana Scholar Works.
- Miguel del Priego, W. (2014). *Ansiedad y autorregulación emocional en acogedores de Lima*. Lima: Banco de Tesis de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Minsa (2016). *Análisis de situación de salud hospitalaria (ASIS)*. Hospital Hermilio Valdizán: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. pp. 35 – 38.
- Muehlenkamp, J., Brausch, A., Quigley, K. y Whitlock, J. (2013). Interpersonal features and functions of Non-Suicidal Self Injury. En *Suicide and life threatening behaviour*. Estados Unidos de Norteamérica: The official journal of the American association of suicidology, vol. 43, núm. 1, pp. 67 – 80.
- Nielsen, M. y Knardahl, S. (2014). Coping strategies: a prospective study of patterns, stability, and relationships with psychological distress. Escandinavia: *Scandinavian Journal of Psychology*, vol. 55, pp. 142 – 150.
- Organización Mundial de la Salud (1999). F60.31. Trastorno de inestabilidad emocional de personalidad tipo límite. En *Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*. España.

- Oriol, X., Gomila, M. y Filella, G. (2013). Regulación emocional de los resultados adversos en competición. Estrategias funcionales en deportes colectivos. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, vol. 14, núm. 1, pp. 63 – 72. España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia
- Perlman, S., Pelfrey, K. (2010). Regulatory brain development: balancing emotion and cognition. Estados Unidos de Norteamérica: *Society Neuroscience*, vol. 5, núm. 5 – 6, pp. 533 – 542.
- Quintanilla, R., Valadez, I., Valencia, S. y Gonzáles, J. (2005). Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida. Méjico: *Revista Investigación en Salud*, vol. 7, núm. 2, agosto, pp. 112 – 116.
- Rodríguez, A. (2012). Afrontamiento y soporte social en un grupo de adictos de un hospital psiquiátrico de Lima. Pontificia Universidad Católica del Perú: Repositorio de tesis.
- Romero, S. (2009). Niveles de estrés percibido y estilos de afrontamiento en pacientes con bulimia nerviosa. Pontificia Universidad Católica del Perú: Repositorio de tesis.
- Sansone, R. y Sansone, L. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *The Interface*. Estados Unidos de Norteamérica: Innovations in Clinical Neuroscience: vol. 8, núm. 5, pp. 16 – 20.
- Simor, P., Csóka, S. y Bódizs, R. (2010). Nightmares and bad dreams in patients with borderline personality disorder: fantasy as a coping skill? Hungría: *European Journal of Psychiatry*, vol. 24, núm. 1, pp. 28 – 37.
- Soloff, P., Lis, J., Kelly, T., Cornelius, J. y Ulrich, R. (1994). Self-mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. Estados Unidos de Norteamérica: The Guilford Press, vol. 8, núm. 4, pp. 257 – 267.
- Stapp, S. y Pilkonis, P. (2008). *Age-related differences in Individual DSM criteria for Borderline Personality Disorder*. *Journal of Personality Disorder*, vol. 22, núm. 2, pp. 427 – 432. Estados Unidos de Norteamérica: National Institute of Health.
- Watson, D. y Sinha, B. (2008). Emotion regulation, coping, and psychological symptoms. Canadá: *International Journal of Stress Management*, vol. 15, núm. 3, pp. 222 – 234.

- Watt, D.F. (2004). Consciousness, emotional self-regulation and the brain. Review Article. Estados Unidos de Norteamérica: *Journal of Consciousness Studies*, vol. 11, núm. 9, pp. 77 – 82.
- Warren, R. (2015). Commentary. Emotion regulation in borderline personality disorder: the role of self-criticism, shame, and self-compassion. En *Personality and Mental Health*, vol. 9, pp. 84 – 86. Estados Unidos de Norteamérica: John Wiley & Sons, Ltd.
- Williams, F. y Hasking, P. (2010). Emotion regulation, coping and alcohol use as moderatos in the relationship between non-suicidal Self-injury and psychological distress. Australia: *Society for Prevention Research*, vol. 11, agosto, pp. 33 – 41.





Apéndices**Consentimiento informado**

- a) Acepto participar voluntariamente en la investigación, realizada por la estudiante de Psicología Clínica Talía Zamorano Macchiavello, alumna de la Pontificia Universidad Católica del Perú, para su tesis de licenciatura.
- b) Entiendo que para fines de la investigación se me solicitará responder una ficha de datos y dos cuestionarios que permitirán obtener información sobre mi manera de actuar y sentir. El proceso durará 30 minutos, aproximadamente.
- c) La información que brinde será estrictamente confidencial pues será anónima y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de esta investigación.
- d) Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi nombre o identidad no será revelada y mis datos clínicos permanecerán confidenciales.
- e) Cualquier pregunta que yo quisiera hacer en relación a mi participación en esta investigación deberá ser contestada por la investigadora Talía Zamorano Macchiavello.
- f) Yo podré retirarme de esta investigación en cualquier momento sin dar razones ni tampoco sin que esto me perjudique.
- g) Comprendo que debido a que el resultado será producto de un análisis grupal, no obtendré información sobre mis resultados.
- h) Mi consentimiento ha sido dado voluntariamente, sin haber sido forzado/a y obligado/a.

He leído y entendido este consentimiento informado. Por lo anterior, acepto participar voluntariamente en la investigación.

Nombre del participante:

Firma _____

Investigadora responsable: Talía Zamorano Macchiavello

Firma: _____

Fecha: ____/____/2016

Ficha Sociodemográfica

Edad: _____

Sexo: Masculino Femenino

Lugar de nacimiento: _____

Diagnóstico: _____

Edad a la que obtuvo el diagnóstico: _____

Medicación: Sí No

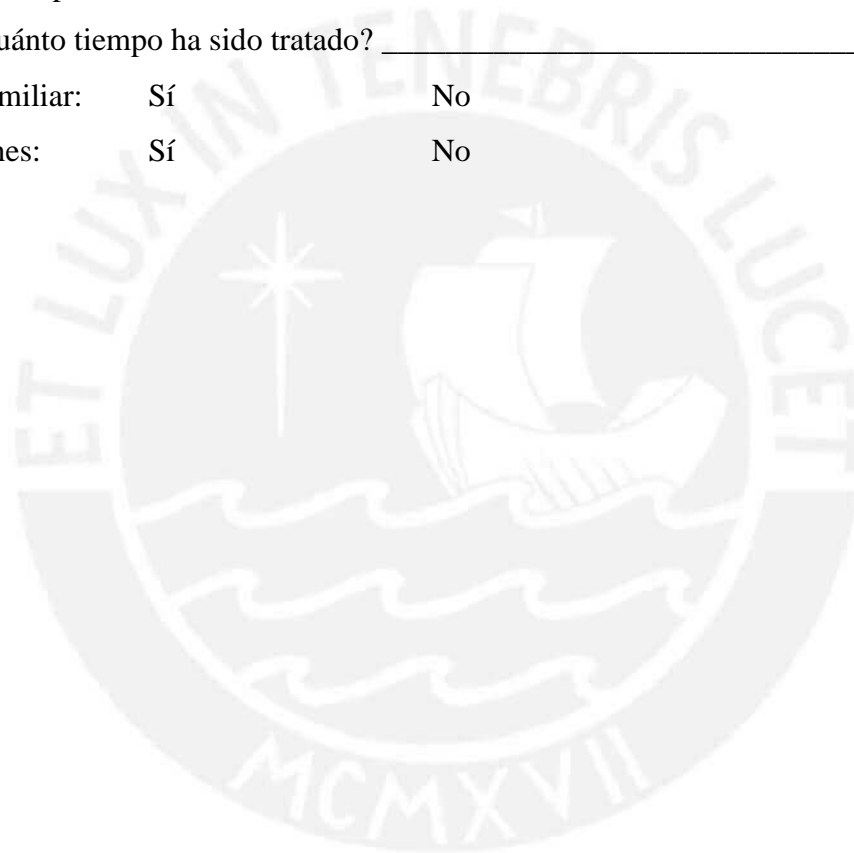
Tratamiento: Sí No

 ¿Qué tipo de tratamiento? _____

 ¿Cuánto tiempo ha sido tratado? _____

Soporte familiar: Sí No

Autolesiones: Sí No



Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones ítem-test del COPE

α total del instrumento = 0.90
 α afrontamiento centrado en el problema = 0.87
 α afrontamiento centrado en la emoción = 0.80
 α otros estilos de afrontamiento = 0.70

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
COPE1	,387	,895
COPE2	,223	,897
COPE3	,174	,898
COPE4	,476	,894
COPE5	,425	,895
COPE6	,136	,898
COPE7	,323	,896
COPE8	,184	,897
COPE9	,316	,896
COPE10	,205	,897
COPE11	,514	,894
COPE12	-,055	,900
COPE13	,181	,898
COPE14	,604	,893
COPE15	-,474	,903
COPE16	,264	,897
COPE17	,479	,894
COPE18	,315	,896
COPE19	,557	,894
COPE20	,294	,896
COPE21	,197	,897
COPE22	,131	,898
COPE23	,464	,894
COPE24	-,009	,899
COPE25	,498	,894
COPE26	-,183	,901
COPE27	,361	,896
COPE28	,461	,895
COPE29	,521	,894
COPE30	,509	,894
COPE31	-,009	,901
COPE32	,547	,894
COPE33	,558	,894

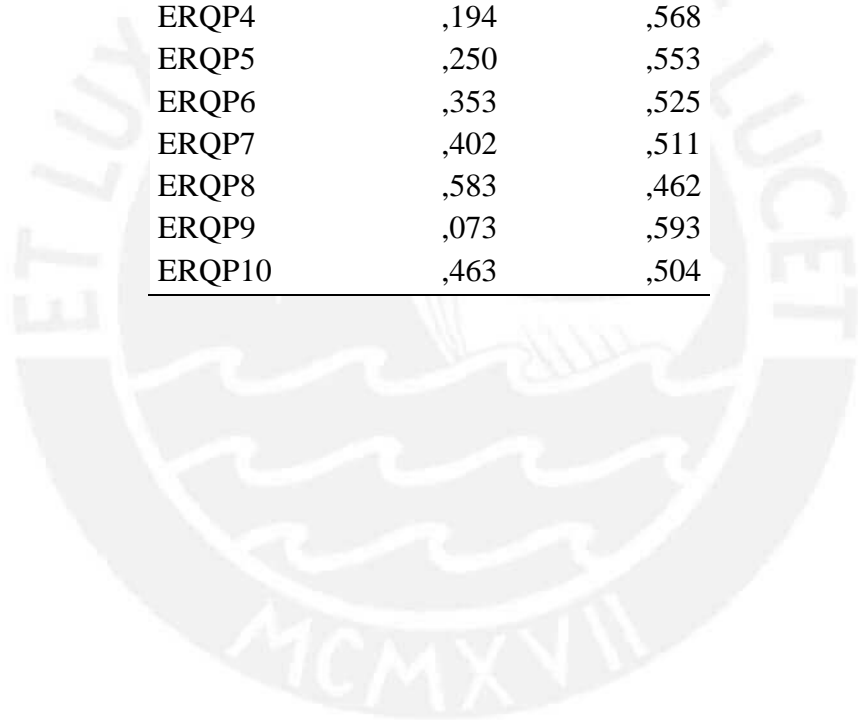
COPE34	,423	,895
COPE35	-,002	,899
COPE36	,404	,895
COPE37	,078	,899
COPE38	,603	,893
COPE39	,648	,893
COPE40	,413	,895
COPE41	,513	,894
COPE42	,562	,894
COPE43	,317	,896
COPE44	,327	,896
COPE45	,526	,894
COPE46	,358	,896
COPE47	,504	,894
COPE48	,408	,895
COPE49	,408	,895
COPE50	,435	,895
COPE51	,357	,896
COPE52	,515	,894
COPE53	-,033	,899
COPE54	,319	,896
COPE55	,401	,895
COPE56	,514	,894
COPE57	,179	,897
COPE58	,600	,893
COPE59	,581	,893
COPE60	,362	,896

Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones ítem-test del ERQP

α total del instrumento = 0.58
 α reevaluación cognitiva = 0.73
 α supresión = 0.57

α total del instrumento sin el ítem 2 = 0.63
 α reevaluación cognitiva sin el ítem 2 = 0.73
 α supresión sin el ítem 2 = 0.45

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
ERQP1	,169	,575
ERQP2	-,041	,629
ERQP3	,235	,557
ERQP4	,194	,568
ERQP5	,250	,553
ERQP6	,353	,525
ERQP7	,402	,511
ERQP8	,583	,462
ERQP9	,073	,593
ERQP10	,463	,504



Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para una muestra

COPE

	Afront Problema	Afront Emoción	Afront Otros
Estadístico de prueba	.084	.079	.074
Sig.	.200	.200	.200

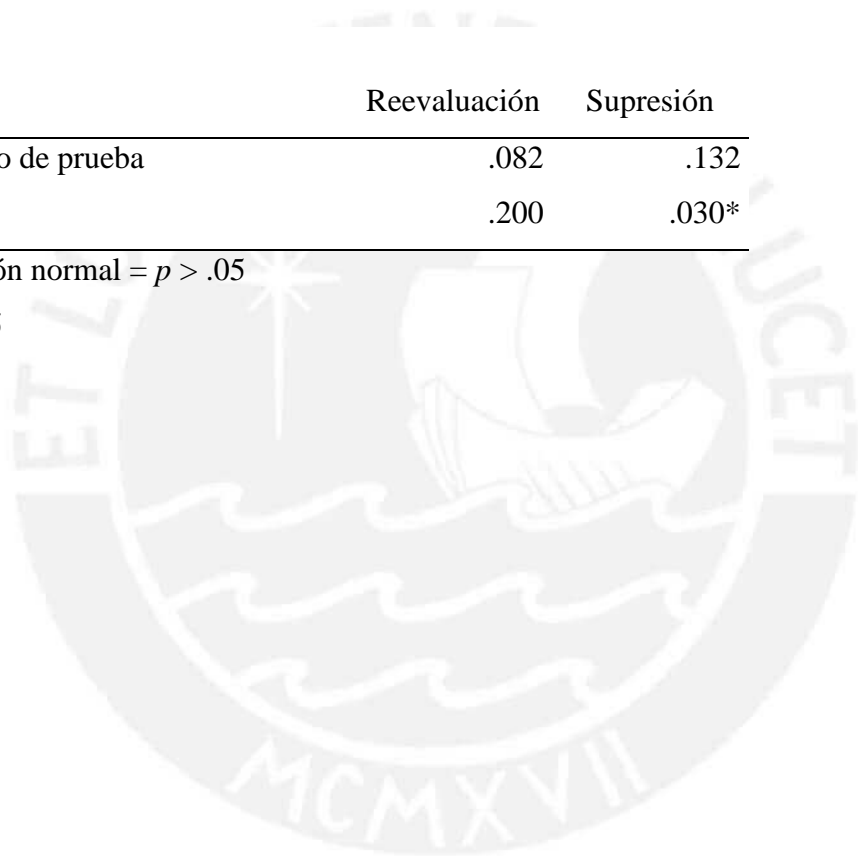
Distribución normal = $p > .05$

ERQP

	Reevaluación	Supresión
Estadístico de prueba	.082	.132
Sig.	.200	.030*

Distribución normal = $p > .05$

* = $p < .05$



Resultados no significativos del objetivo específico 2

Estadísticas de grupo

	Tiempo de tratamiento	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Reevaluación	38 meses o menos	32	3,7396	1,34533	,23782
	39 meses o más	18	4,0463	1,25219	,29515
Supresión	38 meses o menos	32	2,2734	,47247	,08352
	39 meses o más	18	2,2500	,56880	,13407
Afront Problema	38 meses o menos	32	2,3047	,51546	,09112
	39 meses o más	18	2,2250	,43225	,10188
Afront Emoción	38 meses o menos	32	2,2531	,47382	,08376
	39 meses o más	18	2,2167	,42772	,10081
Afront Otros	38 meses o menos	32	2,2539	,36337	,06424
	39 meses o más	18	2,2118	,46333	,10921

Comparación de medias para grupos independientes de acuerdo al tiempo de tratamiento

		Calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias		Sig.	Diferencia	Diferencia de
		F	Sig.	t	gl	(bilat.)	de medias	error estándar
Reevaluación	Varianzas iguales	,193	,663	-,793	48	,432	-,30671	,38688
	No varianzas iguales			-,809	37,559	,424	-,30671	,37904
Supresión	Varianzas iguales	,877	,354	,156	48	,876	,02344	,14987
	No varianzas iguales			,148	30,257	,883	,02344	,15795
Afront Problema	Varianzas iguales	1,458	,233	,555	48	,582	,07969	,14367
	No varianzas iguales			,583	40,770	,563	,07969	,13669
Afront Emoción	Varianzas iguales	,793	,378	,270	48	,788	,03646	,13495
	No varianzas iguales			,278	38,508	,782	,03646	,13107
Afront Otros	Varianzas iguales	1,439	,236	,356	48	,724	,04210	,11833
	No varianzas iguales			,332	28,901	,742	,04210	,12670