



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA
**PROPUESTA DE TALLER DE REGULACIÓN
EMOCIONAL PARA PACIENTES CON
TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD
(TLP)**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MARIBEL QUIROZ ALVA

Directora : DRA. REBECA ROBLES
GARCÍA

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Introducción	3
Capítulo 1: Trastorno límite de la personalidad (TLP)	
1.1. Definición, clasificación y prevalencia	7
Cuadro 1. Criterios diagnósticos DSM-5 para TLP	8
Cuadro 2. Criterios diagnósticos CIE-10 para TLP	9
1.2. Modelos que explican el TLP	10
Figura 1. Modelo neuroconductual del TLP	11
Tabla 1. Comorbilidad con otro tipo de trastornos.	17
1.3. Enfoques de tratamiento	17
Tabla 2. Terapias utilizadas en el TLP	24
Capítulo 2: Regulación emocional en personas con TLP	
2.1. Emoción y su regulación: Definición, funciones y desarrollo	25
Figura 2. Componentes de la emoción	28
2.1.1. Desarrollo de las emociones	31
2.2. Emociones y salud: importancia de la regulación emocional	35
2.2.1. Emociones positivas y bienestar	37
2.2.2. Emociones negativas y sus consecuencias en la salud	39
2.2.3. Regulación emocional	41
Cuadro 3. Cuadro comparativo de las teorías de la RE y DE	45
2.3. Desregulación emocional: Definición y medición	46
Tabla 3. Escalas originales de regulación emocional y sus adaptaciones al español	48
2.4. Desregulación emocional, psicopatología y TLP	53
Cuadro 4. Resumen del grupo B de los trastornos de la personalidad	54
2.4.1. Psicopatología y TLP	54
2.5. Desregulación emocional, correlatos y TLP	56
Capítulo 3: Taller de regulación emocional para pacientes con TLP	
3.1. Antecedentes: propuestas de intervención efectivas	69
3.2. Componentes terapéuticos principales de las intervenciones	71
Cuadro 5. Estrategias de la regulación emocional	77
Cuadro 6. Terapia de libertad (ACT/FAP) para el TLP	79
Tabla 4. Aportaciones de estrategias terapéuticas	80
3.3. Un taller basado en evidencia científica: objetivos y contenidos	90
Bibliografía	110
Anexos	127

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un término diagnóstico que consiste en un conjunto de patrones persistentes de inestabilidad del estado de ánimo, la autoimagen, las relaciones interpersonales y el control de impulsos. Estos individuos pueden pasar de un estado deprimido a una ira intensa; sus cambios pueden ser de forma tan abrupta que pueden llegar a deteriorar de manera considerable sus relaciones interpersonales.

A la inefectividad para regular las emociones de la forma deseada se le ha denominado “desregulación emocional”, algunos autores la proponen como característica central o problema clave de las personas con TLP y otras patologías emocionales del comportamiento (Gratz, y Roemer, 2008; Linehan, 1993). Estas dificultades emocionales han desatado que el concepto gane gradual interés en la investigación como un elemento psicopatológico fundamental.

El objetivo principal de este texto es llevar a cabo una revisión de la literatura empírica para la elaboración de una propuesta de taller de regulación emocional para pacientes con TLP; las técnicas que se incluyen han demostrado mayor efectividad en diferentes estudios. Además, se pretende que sea una propuesta de trabajo clínicamente factible, con un mayor número de pacientes (grupales) y de corta duración, para que sea susceptible de implementarse regularmente en instituciones públicas de salud mental, generalmente limitadas en tiempo y espacio, y con una gran demanda de atención.

En el capítulo 1 se abordarán las características principales del TLP, al igual que las definiciones más relevantes de la literatura. Se reconoce que el TLP rara vez se produce aisladamente. En los últimos años un creciente cuerpo de evidencia clínica sugiere que existe una alta relación del diagnóstico de TLP con trastornos del eje I y II; esto puede deberse a que es una predisponente de patologías de tipo emocional y comportamental. Sobre la comorbilidad del Eje II, parece que muy pocos pacientes con TLP no cumplen los criterios para otro

trastorno de la personalidad (Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin, y Burr, 2000; Widiger, y Trull, 1993).

En el segundo apartado se revisarán las prevalencias del TLP, situadas entre un 1-2% para la población general, entre el 11-20% y el 18-32% para los pacientes ambulatorios y hospitalizados, entre el 30 y el 60 % en poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad. Aparentemente, el TLP es más común en mujeres que en hombres y la edad de diagnóstico se sitúa entre los 19-32 años (Carpenter, y Trull, 2012; DSM-5; APA, 2013).

Se cree que hay varios factores que están relacionados con la etiología y el desarrollo de TLP; entre los factores etiológicos que han recibido atención destacan: la historia familiar, experiencia traumática, abuso físico y sexual y rasgos específicos de la personalidad (Trull, 2000). Existen modelos teóricos con base, social, biológica y psicológica. Estas diferentes teorías ayudan a proporcionar una discusión sobre las cuestiones metodológicas y modelos teóricos para comprender los factores etiológicos.

En tercer lugar se analizan los estudios que se han realizado para comprobar la eficacia de los tratamientos psicológicos para el abordaje del TLP, incluyendo tratamientos psicoterapéuticos puros e intervenciones mixtas (de distinta procedencia técnica). Hoy en día existen diferentes enfoques de tratamiento conocidos como “terapias de tercera generación” o “tercera ola” por ejemplo: terapia de aceptación y compromiso (AcT), terapia dialéctico-conductual (DBT) y terapia analítico-funcional (FAP). Las terapias están cobrando relevancia por su eficacia con mejores resultados al combinarse.

En el capítulo 2 se pretende dar una explicación concreta y completa del proceso de la emoción desde la visión de varios autores y corrientes; se verá que las emociones han demostrado ejercer una influencia importante en muchas áreas de funcionamiento psicológico, de ahí la importancia de la regulación emocional (RE). Por ejemplo, en pacientes con TLP destaca la inestabilidad emocional (Linehan, 1993) y la existencia de una estrecha relación con otros trastornos. Estos procesos para regular las emociones son

indispensables tanto para el TLP como para otras psicopatologías. El no poder regular las emociones influye sobre la salud mental o sobre el desarrollo de la enfermedad debido a factores tanto biológicos como ambientales involucrados en la RE.

En el siguiente apartado se considera a la desregulación emocional (DE) como una de las características y síntomas principales de las personas con TLP; el concepto se empieza a estudiar a partir de las investigaciones de Marsha Linehan (1993), donde el procesamiento emocional supone un déficit en el funcionamiento de estrategias adaptativas. Ella es una de las precursoras de la terapia dialéctica conductual enfocada en la disminución de las conductas de autolesión y suicidas, que los pacientes con TLP usan como una forma de escapar y evitar sus intensos estados emocionales negativos (Linehan, 1993).

Para medir la DE se han creado diferentes escalas; se presenta una revisión minuciosa de las mismas, haciendo hincapié en las utilizadas para evaluar este constructo en personas con TLP, dado que tendrá un análisis que contribuya a comprender las dimensiones que se han utilizado para la medición del abordaje del constructo.

Por último, en el capítulo 3 se hace una revisión de los antecedentes y los componentes terapéuticos principales de intervenciones que han tenido mayor eficacia en el TLP, pues son la base para el desarrollo de la propuesta de taller. De tal manera, los elementos centrales del taller son: las estrategias para regular las emociones, el diseño para la comprensión del procesamiento emocional en personas con TLP y herramientas necesarias para poder tratar a los pacientes en un menor tiempo y con mayor eficacia.

Para empezar se examina la historia respecto a las terapias que han surgido durante la actual ola, ya que cuentan con elementos en común y una creciente utilidad. Las terapias han pasado por movimientos que han adoptado para reforzar las técnicas de empleo, su aplicación es de carácter cognitivo-

conductual y cuentan con un amplio número de técnicas que han sido aplicadas en una gran variedad de problemas psicológicos.

La terapia Dialectico Conductual (DBT, por sus siglas en inglés), que es uno de los modelos que ha conseguido efectividad en el tratamiento, se describe más a fondo para una mejor comprensión de los componentes en los que se basa. Otro de los modelos que se resume es el *Mindfulness* basado en teorías de la meditación, que se ha utilizado ampliamente como componente adicional o separado en la terapia psicológica actual.

Con la revisión de las diferentes técnicas que han utilizado las terapias, la realización del taller que se propone en este trabajo se basa en evidencia científica con objetivos y contenidos centrados en la desregulación emocional. La propuesta de taller representa la integración de varias terapias conductuales basadas en la aceptación, tal como la terapia de Gratz (2009) “Terapia grupal para la regulación emocional basada en la aceptación para la reducción de autolesiones” y técnicas de “*Mindfulness*”.

Capítulo 1: Trastorno límite de la personalidad (TLP)

1.1. Definición, clasificación y prevalencia.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) consiste en un patrón persistente de inestabilidad en la regulación afectiva, el control de impulsos, las relaciones interpersonales y la auto-imagen (DSM-5; APA, 2013). Los signos clínicos incluyen la inefectividad para regular las emociones de la forma deseada o “desregulación emocional”, agresión impulsiva, autolesiones repetidas y tendencias suicidas crónicas, lo que hace que estos pacientes acudan frecuentemente a los servicios de salud mental. Los factores causales se conocen tan solo parcialmente, entre estos destacan los genéticos y los eventos adversos durante la infancia, como el abuso físico y sexual (Linehan, 2003). La mayoría de los aspectos son de carácter cognitivo que se asocian a eventos traumáticos alterados por representaciones internas que se dan en la infancia (García, Martín, y Otín, 2010).

Los aspectos conductuales que llegan a los pacientes a presentar TLP sugieren estrategias de intervención específicas. Por ejemplo, si un paciente presenta un problema conductual determinado, este tiene que ser diferenciado de la demás problemática y abordarse en lo particular.

Sin embargo, es claro que la mayoría de los pacientes con TLP comparten una desregulación crónica de los afectos, inestabilidad de la auto-imagen y de la identidad, inestabilidad en las relaciones interpersonales y pobre control de impulsos; por lo que comúnmente se relaciona con altas tasas de suicidio, grave discapacidad funcional y comorbilidad con otros trastornos mentales (Consejo asesor de sobre asistencia psiquiátrica y salud mental, 2006; Leichsenring, Leibing, Kruse, et al., 2011). En la más reciente clasificación de trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana DSM-5 (APA, 2013). Así como en la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud OMS (1992), los criterios diagnósticos del TLP incluyen tales problemáticas en los dominios interpersonales, cognitivos, conductuales y emocionales (Ver cuadro 1 y 2).

Cuadro 1.

Criterios diagnósticos DSM-5 para TLP.

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

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

Cuadro 2.

Criterios diagnósticos CIE-10 para TLP.

Deben cumplirse los criterios generales del trastorno de personalidad (G1-G6).

(F60.30) Tipo impulsivo

A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad (F60).

B. Tienen que estar presentes al menos tres de los siguientes, de los cuales uno de ellos ha de ser el 2:

1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.
2. Marcada predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos son impedidos o censurados.
3. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.
4. Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.
5. Humor inestable y caprichoso.

(F60.31) Tipo límite

Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad (F60).

B. Deben estar presentes al menos tres síntomas de los mencionados en el criterio

B de F60.30, a los que se han de añadir al menos dos de los siguientes:

1. Alteraciones o dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y de las preferencias íntimas (incluyendo las sexuales).
2. Facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis emocionales.
3. Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.
4. Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.
5. Sentimientos crónicos de vacío.

La prevalencia a nivel mundial del TLP se sitúa en 2% (Asociación Americana de Psicología (APA), 2002). En Estados Unidos de América se estima que la prevalencia en vida del TLP es entre 0.5-5.9%, siendo en hombres 5.6% y en mujeres 6.2% (Stinson et al., 2008). Es más frecuente en mujeres, aproximadamente el setenta y cinco por ciento de los que padecen este tipo de trastorno. Es el más común de los trastornos de la personalidad; situándose entre el 30% y el 60% de la población clínica con trastornos de la personalidad (APA, 2002). Esta condición se asocia a considerable discapacidad y comorbilidad psiquiátrica.

En relación al TLP, las investigaciones coinciden en que el momento de máxima expresión clínica se sitúa al inicio de la vida adulta, aunque son evidentes las primeras manifestaciones de este trastorno en la adolescencia y la pre-adolescencia, los síntomas se atenúan con la edad y alrededor de los 40 o 45 años declinan los más relacionados con la impulsividad (DSM-5; APA, 2013). Al llegar a este punto de la vida, la mitad de los pacientes se habrán estabilizado, pero la otra mitad se aislará progresivamente y es muy probable que acabe con un grave deterioro personal y relacional.

1.2. Modelos que explican el TLP.

Actualmente los modelos teóricos etiopatogénicos vigentes se centran en diferentes determinantes: biológicos, psicológicos y sociales; hasta el momento aún no se dispone de suficiente soporte empírico que atribuya la causa central del TLP. Los factores causales son sólo parcialmente conocidos, pero los factores genéticos y los eventos adversos durante la infancia, como el abuso físico y sexual, contribuyen al desarrollo del trastorno (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, y Bohus, 2004). La etiología del TLP es compleja, con factores que varían e interactúan de diferentes maneras y probablemente de manera multifactorial, pero un importante número de estudios avala la idea de que los malos tratos en la infancia desempeñan en muchos casos, un papel relevante (por ejemplo: ambientes familiares caóticos, la inestabilidad a los sentimientos y a las necesidades de los niños, y los acontecimientos traumáticos de diferente índole). Del mismo modo los factores genéticos y adversos durante la infancia pueden causar DE, que conducen a reforzar las conductas disfuncionales, conflictos, impulsividad y déficits psicosociales, (Skodol, Siever, Livesley, Gunderson, Pfohl, y Widiger, 2002; Zanarini, y Frankenburg, 1997).

En la siguiente figura se muestra el modelo neuroconductual (ver figura 1) incluye varios factores que interactúan entre sí de diferentes maneras que sugieren (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, y Bohus, 2004).

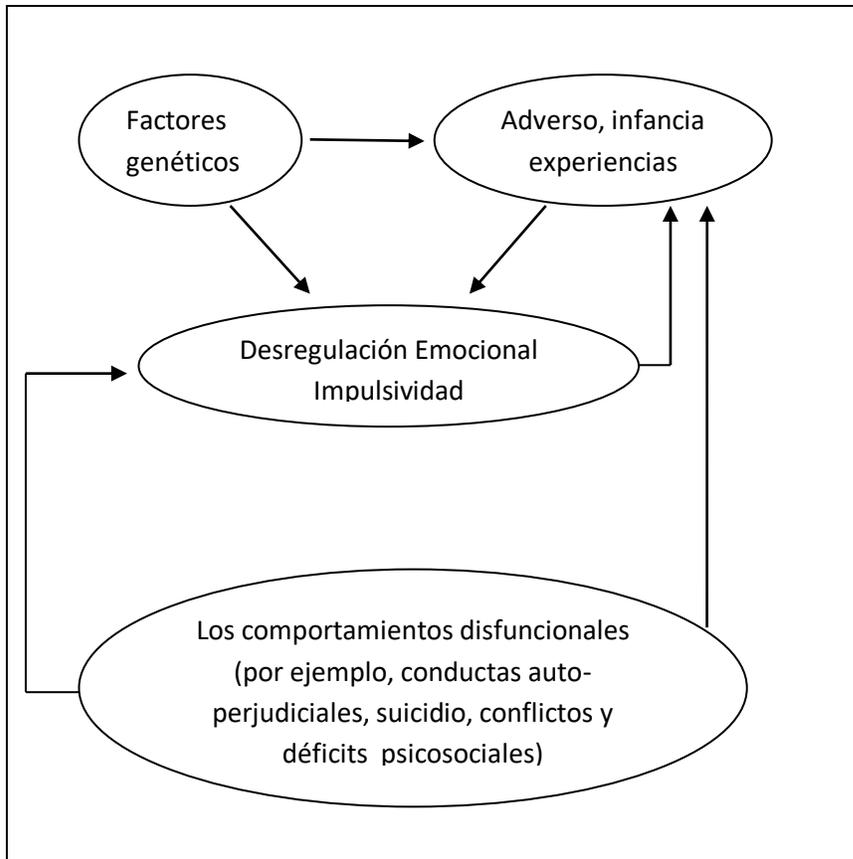


Figura 1. Modelo neuroconductual del trastorno límite de la personalidad.

A través del tiempo se han realizado gran cantidad de estudios al respecto, la certeza de la etiología de los trastornos de la personalidad aún no es clara. Aunque podemos encontrar modelos que explican el desarrollo del TLP tales como: modelo de rasgo, psicodinámico, cognitivos, biosociales y cognitivo-conductual, que a continuación se describen brevemente.

Modelos de rasgos.

Este modelo se basa en un concepto dimensional de la personalidad, los autores Montero y Perera (2016) indican el exponente principal de este modelo es Allport (1937), para el autor el rasgo es la base de la estructura de la personalidad, y la define como una estructura de las características psicológicas que están modeladas por el entorno social, y establecidas por la biología. Entonces, el conjunto de características conforman nuestra forma de ser y cada uno se comporta dependiendo de la situación en la que se

encuentre. Quien también define dos componentes de la conducta: el adaptativo y el expresivo, estas funciones de las estrategias hablan que los sujetos se sitúan a lo largo de rasgos continuos como: neuroticismo-estabilidad; extraversión-introversión; afiliación-dureza; impulsividad-control. Es decir, expresan tendencias de comportamiento, adaptativo y expresivo, de forma que proporcionan conductas repetitivas que tienen el mismo significado.

El modelo presenta un mayor soporte empírico que los modelos categóricos y reflejan mejor la naturaleza continua de las diferencias individuales, desde esta perspectiva los trastornos de la personalidad son la expresión de características extremas en una o varias de estas dimensiones. Por eso que el diagnóstico de TLP se aplica a sujetos con rasgos extremos de neuroticismo, impulsividad, necesidades de estimulación, dependencia, entre otros (Consejo asesor de sobre asistencia psiquiátrica y salud mental, 2006).

Modelos psicodinámicos.

Sobresalen las propuestas de Freud, en su primera y segunda tópica (1900, 1920) define tres partes del psiquismo humano, inconsciente, preconscious y consciente, que completa con la estructura del yo, el ello y el superyó. Pues esta teoría psicológica de la personalidad y las emociones las basa en tres aspectos fundamentales: estructural, dinámico, y evolutivo.

Otros autores realizaron aproximaciones al concepto de Freud, pero quien desarrollo una nueva categoría fue Kernberg (1984), basadas en el modelo de las relaciones objétales, según el individuo límite tiene una concepción extrema mal integrada de las relaciones, todas las internalizaciones de relaciones con otros significativos, tienen diferentes características y como consecuencia de ello sus expectativas acerca de las relaciones interpersonales carecen de realismo, interacciones afectivas y bajas interacciones afectivas desde el comienzo de la vida en adelante. El TLP se produce por un fallo en el proceso de diferenciación y se caracteriza por: el síndrome de difusión de identidad, impulsividad, desregulación afectiva, más afectos negativos, poca

tolerancia a la frustración y ansiedades agudas. Como mecanismos de defensa inconscientes, el paciente con TLP utiliza la escisión, la idealización y la devaluación, la negación, la omnipotencia y la identificación proyectiva. También se produce un establecimiento de reacciones transferenciales intensas en ocasiones masivas.

Modelos cognitivos.

En este enfoque el TLP presenta una serie de pensamientos automáticos negativos que influyen en las suposiciones básicas sobre la conducta y las respuestas emocionales, las personas con este trastorno perciben situaciones de manera incorrecta que alteran su estado emocional causando deterioro laboral, social y personal. Beck (1992) conceptualiza a los errores de pensamientos en “distorsiones cognitivas” y que frecuentemente provocan una percepción escasa de realismo ante diferentes situaciones generando malestar significativo.

Así mismo, en el caso de las personas con TLP experimentan toda una variedad de distorsiones cognitivas, según Beck las denomino “pensamientos dicotómicos” el pensamiento tiende a evaluar las experiencias en termino de categorías mutuamente excluyentes llegando a dar respuestas extremas y no distribuidas en continuo (por ejemplo, éxito o fracaso). La falta de categorías intermedias impone la interpretación extrema de acontecimientos que llevan a dar respuestas tanto emocionales, como en sus acciones también extremas. La idea del pensamiento dicotómico con los supuestos básicos del sujeto con TLP es particularmente poderosa que genera cambios abruptos de una opinión extrema a la opuesta.

Pues bien, Beck (1992) supone que las consecuencias de sesgos perceptivos, pensamientos irracionales o esquemas disfuncionales, parten de la base de que sus esquemas mentales disfuncionales son determinantes e influyen en el resto de la sintomatología, pues la idea de que el pensamiento dicotómico sea un componente tan profundo del funcionamiento cognitivo del individuo límite que le resulte difícil pensar en términos de dimensiones continuas, y no de categorías discretas.

Modelos biosociales

La idea de reforzamiento es básica en este modelo, pues integra las variables dimensionales, postulados evolucionistas e hipótesis etiopatogénicas que incluyen factores biológicos y experiencias tempranas del aprendizaje (Millon y Davis, 1996). Se describe como un modelo de aprendizaje biosocial, que juega un papel muy importante en los factores sociales y culturales.

En el TLP destacan tres características clínicas: ansiedad por separación, conflictos cognitivos e inestabilidad afectiva y comportamental. El modelo considera que el TLP es la exacerbación de otros trastornos de gravedad más moderada. Es decir, la teoría afirma que cierto conjunto de respuestas se deben a factores biológicos, y el contexto ambiental donde se desarrolla el individuo carece de metas claras, en sentido de cómo se desenvuelve el individuo en su contexto provoca que sus logros no sean sólidos y no tenga como tal estrategia coherente para poder afrontar los problemas que surgen.

Modelo cognitivo-conductual.

El modelo considera la DE y el efecto de un ambiente invalidante como mecanismos etiopatogénicos y mantenedores del trastorno (Linehan, 1993). Este modelo es la base teórica más relevante para el taller de autorregulación emocional que se propone en este texto, por lo que a continuación se ofrece una descripción más detallada del mismo.

Una de las características que fundamenta el modelo de Linehan es el ambiente invalidante; el ambiente donde crece el niño es muy nocivo, con alta vulnerabilidad emocional, el niño a esa edad experimenta diferentes formas de ver el mundo, empieza a conocer sus sensaciones y sentimientos, a distinguir entre sus creencias y pensamientos, esos componentes forman las experiencias privadas del niño que conducen a dar respuestas emocionales acertadas o erráticas de acuerdo a su ambiente. Por ejemplo, en las familias óptimas frecuentemente se origina la aprobación pública de la experiencia privada, en cambio en las familias invalidantes las personas responden a pensamientos o emociones con respuestas disonantes. Cuando el niño llega a sentir miedo, ira, frustración, etc., la familia puede dar una respuesta apropiada o simplemente

ignorarlos, si el niño llegara a tener una pesadilla por la noche y se despierta llorando, puede que no lo tomen en cuenta o tal vez intenten averiguar el motivo por lo que llora, la circunstancia puede variar de acuerdo a su familia, si existe buena comunicación de todos los miembros o en contraste, la ruptura emocional del niño (Linehan, 1993).

Otras de las características de un ambiente invalidante es la prohibición de las demandas de un niño a su entorno (castigo para controlar la conducta). Linehan (2003) dice que un ambiente invalidante contribuye a la desregulación de las emociones, *“porque fracasa a la hora de enseñar al niño a poner nombre y a modular la activación, a tolerar el malestar, a confiar en sus propias respuestas emocionales como interpretaciones validas de los eventos”* (p.10). El niño debe aprender a diferenciar entre sus demandas emocionales para resolver de forma acertada las demandas del ambiente. Entonces bien, la hipótesis es que los niños emocionalmente vulnerables o que hayan tenido en su infancia sentimientos de vacío tienen más probabilidad de presentar TLP (Linehan, 1993). Esto conduce que muchos de los problemas reflejen directamente aspectos de las dificultades emocionales asociados al trastorno. El modelo se lleva a un segundo plano por su alta eficacia en el tratamiento del TLP y la relación con la RE se describe más adelante.

El diagnóstico diferencial presenta dificultades con la interrelación que tiene con los síntomas. APA (2002) y el consejo asesor de sobre asistencia psiquiátrica y salud mental (2006) señalan que el TLP suele ser comórbido con otros trastornos de la personalidad, como lo es el trastorno antisocial, el evitativo, el histriónico, el narcisista y el esquizotípico. El diagnóstico de este trastorno es más complejo que los de otras categorías diagnósticas puesto que no hay constantemente presente ningún rasgo o patrón de características, en cuanto a los pacientes diagnosticados con TLP padecen un deterioro grave en su funcionamiento con un elevado riesgo de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, siendo los más frecuentes; el trastorno del estado de ánimo (17,2%), los trastornos de ansiedad (14,8%), el trastorno por consumo de sustancias (9,5%) y trastornos de la conducta alimentaria, es muy probable que

este trastorno se manifieste con otros trastornos de la personalidad (Dolan-Sewell, y Krueger, 2001; Stinson, et al., 2008).

A continuación, en la tabla 1 se muestra el resumen de los diferentes tipos de trastornos comórbidos con el TLP de acuerdo con las principales investigaciones al respecto.

En resumen, se observa que el TLP cuenta con una importante comorbilidad con otros tipos de trastornos, con mayor frecuencia dentro de la esfera del Eje I, destacando los afectivos, los de ansiedad o abuso de sustancias y los alimentarios. Con una frecuencia que corre desde el 93% con los trastornos afectivos hasta un 53% con los trastornos de conducta alimentaria. Por otro lado, si lo vemos desde el punto vista de género, los hombres son más propensos al trastorno por abuso de sustancias sobre todo alcohol y en mujeres al trastorno de conducta alimentaria.

Tabla 1.

TLP: Comorbilidad con otro tipo de trastornos.

TRASTORNO	PORCENTAJE
Trastorno afectivo	93%
Sintomatología depresiva mayor	83%
Distimia	38%
Bipolares II	9%
Trastorno de ansiedad	88%
Trastornos por estrés	56%
posttraumático	Mujeres 61%
	Hombres 35%
Trastorno de angustia	48%
Fobia social	46%
Fobia simple	32%
Trastorno obsesivo compulsivo	16%
Trastorno por ansiedad	13%
generalizada	
Agorafobia	2%
Trastorno por uso de sustancias	64%
	Hombres 65%
	Mujeres 41%
Abuso/dependencia del alcohol	52%
Abuso/dependencia de otras	46%
sustancias	
Trastorno de la conducta	53%
alimentaria	
Bulimia	26%
	Mujeres 30%
	Hombres 10%
Anorexia	21%
	Mujeres 25%
	Hombres 7%

1.3. Enfoques de tratamiento.

Dados los altos niveles de deserción del tratamiento (Velázquez, Sánchez Sosa, Lara y Sentíes, 2000), la complicada problemática que presentan los pacientes y el elevado costo para los sistemas de salud, emerge la necesidad de desarrollar tratamientos específicos para el TLP, desde entonces, han

aparecido diferentes terapias con el objetivo de tratar este trastorno, de igual forma los tratamientos difieren de acuerdo al nivel de gravedad que presentan, pues el propósito es lograr controlar y reducir los comportamientos disfuncionales para que el paciente funcione y sea productivo (Lieb, et al., 2004). En los últimos años se considera que el tratamiento más eficaz para estos pacientes es la combinación de abordajes farmacológicos y psicoterapéuticos como tratamiento principal, con la finalidad de mejorar los síntomas y las conductas que más alteran la calidad de vida (APA, 2002). También han surgido estrategias que consisten en integrar los elementos terapéuticos de diferentes modalidades de psicoterapia, estas han propuesto mejorar las intervenciones psicosociales y conseguir que puedan darse en menor tiempo sin arriesgar su efectividad, demostrando ser adecuadas para el manejo de una condición (Marquis, y Wilber, 2008). Es por eso que los tratamientos cognitivo conductuales y conductuales han resultado factiblemente eficaces para el tratamiento de los trastornos de la personalidad (TP), en forma más específica para el TLP (Navarro-Leis, y Hernández-Ardieta, 2013).

Otro de los tratamientos es el abordaje farmacológico dirigido a diferentes cuadros de síntomas: síntomas cognitivo-perceptuales (neurolépticos), síntomas afectivos (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina ISRS) y comportamientos impulsivos (ISRS y dosis bajas de neurolépticos). Lieb y colaboradores (2004) identificaron que en el caso del TLP se ha demostrado que el tratamiento farmacológico puede reducir la sintomatología depresiva, ansiedad y agresión impulsiva. No obstante, ninguno de los tratamientos ha demostrado suficiente eficacia terapéutica de acuerdo a la evidencia en diversos estudios, generando una notable controversia (Guendelman, Garay, y Miño 2014; Leichsenring, 2011).

Una revisión detallada sobre los tratamientos disponibles para el TLP publicada en *The Lancet*, señala la necesidad de llevar a cabo más investigación para el manejo de esta condición, que sea orientada al desarrollo y difusión de intervenciones con mejores resultados y mayor costo-efectividad. El

tratamiento del paciente se puede emprender de diversas maneras, si llegara a presentar una intensa sintomatología, el manejo del tratamiento tendría que ser multidisciplinario que conlleve a unidades más especializadas. Mientras que los individuos que presentan una sintomatología poco intensa se podría adecuar un tratamiento en psicoterapia individual (Lieb, et al., 2004).

Inicialmente las terapias cognitivas se han empleado para el tratamiento de los trastornos psicopatológicos del eje I del DSM-IV, aunque se han ido extendiendo para los trastornos de la personalidad, entre ellos el TLP. De entre todos los estudios realizados se han propuesto gran variedad de tratamientos psicológicos de diversas intervenciones, durante los últimos años se ha desarrollado una serie de terapias, p.ej. Tratamiento Basado en la Mentalización (Bateman, y Fonagy, 1999, 2001), Terapia Centrada en el Esquema (Geisen-Bloo, Dyck, Spinhoven, Tilburg, Dirksen, Asselt, et al., 2006), Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (Clarkin, Foelsch, Levy, Hull, Delaney, y Kernberg, 2001) y la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) considerada el tratamiento de mayor eficacia documentada (Scheel, 2000; Verheul, et al., 2003).

En una investigación realizada por Hayes (2004) hace referencia a una serie de terapias denominadas de tercera generación o tercera ola; en esta modalidad el trabajo clínico tiene un planteamiento contextual, resaltando la funcionalidad de la conducta para la adaptación a los problemas y no en la desaparición del síntoma. A continuación se describen los aspectos conceptuales básicos de estas terapias.

La Terapia Dialéctica Conductual (DBT), es una psicoterapia conductual desarrollada por la Dra. Marsha M. Linehan (1993) para el tratamiento de pacientes con TLP y conducta suicida crónica. La terapia ha desarrollado un enfoque con conceptos basados en lo conductual, cognitivo y psicodinámico, utiliza un formato de terapia grupal e individual que dura normalmente un año y consta principalmente de tres fases:

1ra. Fase. Orientada a la reducción de la conducta suicida y estabilidad funcional del paciente, tiene una duración de entre 9 y 12 meses de duración (36 sesiones como mínimo).

2da. Fase. Un estimado de tres meses de duración, se orientada a la reducción de síntomas postraumáticos.

3ra. Fase. Duración indefinida, es dirigida al logro de objetivos personales y al incremento de la satisfacción (Koerner, y Dimmef, 2007).

La terapia proporciona un programa de tratamiento que pasa por diversas fases, habitualmente de manera lineal (aunque no necesariamente), básicamente ayuda al paciente a una forma de aprendizaje para mejorar las habilidades ante el estrés, la angustia, la ira etc., a la vez ayuda a tener un mejor entendimiento a la hora de expresar los sentimientos, ayuda a mejorar las capacidades, la motivación, asegurando que todas estas herramientas hagan hincapié en la adquisición de un mejor entendimiento de la vulnerabilidad y fortalezas del paciente. Caballo (2001) resume las estrategias de la DBT de la siguiente manera: mejora la eficacia interpersonal, regula las emociones, aumenta la tolerancia ante el malestar e incrementa el autocontrol.

La DBT constituye una gran herramienta terapéutica para el tratamiento de pacientes con TLP, ya que fue evaluada inicialmente con usuarios femeninos con diagnóstico de TLP y se diseñó para responder a sus necesidades y complejidades (Linehan, 1996). Actualmente es el tratamiento más útil para la reducción de la conducta auto-lesiva en usuarios con intento suicida crónico, TLP y polisindrónicos (Lieb, y Stoffers, 2012). Los resultados de la terapia han logrado tener eficacia, y reconocimiento como método de intervención para el trastorno.

Otra es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) de Hayes, Stroschal y Wilson (1999); esta es una forma de psicoterapia conductual-contextual que enfatiza la intervención de la evitación experiencial y fusión cognitiva, para flexibilizar la conducta y desarrollar una vida congruente con los valores personales (Hayes, 2004; Luciano, y Wilson, 2002). Se encuadra en una

posición filosófica funcional, se sitúa en una nueva teoría de lenguaje y la cognición, además esta terapia busca que los pacientes aprendan a manejar su abanico de valores ante situaciones desagradables y puedan desarrollar la aceptación ante el malestar, haciendo que los pacientes puedan diferenciar de las experiencias psicológicas (externas o internas) son independientes de la conducta.

Los datos disponibles sobre la eficacia de la ACT para pacientes con TLP muestran sus beneficios en el tratamiento de trastornos afectivos como la sintomatología depresiva y el estrés postraumático (Siang-Yang, 2011). Esto se debe a que en la literatura funcional-contextual, es justamente la dificultad para regular emociones (o modificar el tipo, duración y frecuencia de las emociones que se experimentan) (Farilholme, Boisseau, Ellard, Ehrenreich, y Barlow, 2010). Lo que se asocia con abuso de sustancias, conductas parasuicidas y suicidas, estallidos de ira, sintomatología depresiva mayor, trastornos de ansiedad, el mantenimiento de síntomas postraumáticos múltiples, alexitimia, síntomas disociativos, deterioro de la calidad de vida e incapacidad para desarrollar una imagen estable del "sí mismo". Diversos autores han sugerido que esta dificultad en la regulación emocional es el factor central en el mantenimiento del TLP (Bernstein, Iscan y Maser, 2007; Herman, 1997; Strosahl, 2004). Desde esta perspectiva el TLP se conceptualiza como un grave problema de evitación experiencial (Hayes, Wilson, Gifford, Follete, y Strosahl, 1996; Reyes, 2013a) donde la interacción entre antecedentes biológicos e históricos como la dificultad para regular las emociones y una historia de adversidad y maltratos continuos, resultan por la presencia de experiencias emocionales inusuales que funcionan como antecedentes para el uso de conductas gravemente disfuncionales que tienen el efecto de reducir el malestar psicológico a corto plazo; pero amenazan la sobrevivencia, satisfacción de objetivos personales y el establecimiento de la identidad (Morton y Shaw, 2012).

Los estudios comparativos demuestran que ACT tiene impactos significativos sobre estos problemas con mayor brevedad que la DBT, además

de lograr un incremento significativamente superior en la calidad de vida (Lieb, y Stoffers, 2012; Yust, y Pérez-Díaz, 2012). La duración estimada de un tratamiento basado en ACT para pacientes con TLP tiene 20 sesiones de duración y muestra efectividad en la reducción de los síntomas afectivos, e incrementos en la calidad de vida y efectividad interpersonal (Morton, y Shaw, 2012); en contraste, la eficacia de la DBT se ha probado, básicamente, en la primera fase del tratamiento, y su evaluación se concentra en la reducción de la conducta suicida y parasuicida (Yust, y Pérez-Díaz, 2012). Esta no es una variable directamente intervenida en ACT, por la combinación de estos modelos pudiera lograr los beneficios de ambas intervenciones.

Un estudio controlado aleatorizado de una intervención que combinaba elementos de ACT y DBT mostró mayor efectividad que los tratamientos solo ACT y solo DBT (Shearin, y Linehan, 1994). Otro par de estudios controlados han mostrado la eficacia de tratamientos, ACT para la reducción de conductas auto-lesivas, desregulación emocional, evitación experiencial, severidad de los síntomas de TLP, ansiedad y sintomatología depresiva (Gratz, y Gunderson, 2006; Morton, Snowden, Gopold, y Guymer, 2012).

Finalmente, la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) Kohlenberg y Tsai, (1991); es una intervención conductual-contextual basada en la relación interpersonal en los principios del análisis de conducta, el contextualismo funcional, y el conductismo radical, su objetivo es realizar un Análisis Funcional de la conducta de la persona, pues se fundamenta en el análisis y moldeamiento del comportamiento verbal en tiempo real durante la intervención. Los autores de la terapia sostienen que la FAP va dirigida a los clientes que no han mejorado con las otras terapias de conducta tradicionales, que tengan problemas para establecer relaciones íntimas, ya que utiliza la propia relación terapéutica como una forma de promover el cambio (Kohlenberg, y Tsai, 1991).

La evidencia empírica muestra que incorporar los principios de FAP a la práctica psicoterapéutica e incrementa notablemente su eficacia (Hopko, y Hopko, 1999; Mairal, 2009; Valero-Aguayo, Ferro-García, Kohlenberg, y Tsai,

2011). Estos beneficios son más significativos en terapias conductual-contextuales como la ACT (Kohlenberg, y Callaghan, 2010; Luciano, 1999) y la DBT (Busch, Callaghan, Kanter, Baruch, y Weeks, 2010).

Diversos estudios de caso han mostrado la efectividad de la FAP en el tratamiento del TLP (Kohlenberg, y Tsai, 2000), y del TLP con otros trastornos de personalidad en comorbilidad (Callaghan, Summers, y Weidman, 2003; Koerner, Kohlenberg, y Parker, 1996; Kohlenberg, y Tsai, 1991). Se ha documentado su efectividad al combinarse con estrategias de DBT para el tratamiento de personas con trastornos de la personalidad no especificados y con rasgos del cluster B (Wagner, 2005).

En esta dirección es posible sugerir que la integración de los elementos de estos tres modelos permitirán el desarrollo de una intervención ACT+DBT+FAP de mayor efectividad y brevedad. En la actualidad existen modelos de intervención que integran los modelos exitosamente en el tratamiento de poblaciones “difíciles”, como los adolescentes con características límite y conducta delictiva (Apsche, Bass, y DiMeo, 2010; Apsche, y DiMeo, 2012; Waltz, Landes, y Holman, 2010). Se trata de las tres terapias conductuales-contextuales de mayor desarrollo y eficacia comprobada en la actualidad, son teóricamente consistentes, y poseen estrategias de intervención de fácil integración (Kanter, Tsai, y Kohlenberg, 2010; Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman, y Loudon, 2012).

A esta integración se le ha denominado terapia de aceptación y compromiso fortalecida con estrategias de terapia dialéctica conductual y psicoterapia analítica funcional (ACT+DBT+FAP), es una psicoterapia conductual-contextual (Hayes, 1993) que enfatiza la validación y aceptación de las experiencias psicológicas y las distingue del uso de conductas de evitación experiencial que llevan a la desregulación emocional; para ello, se sirve de estrategias que fortalecen la aceptación del malestar psicológico, centradas en los valores, el entrenamiento en habilidades de regulación emocional efectivas y el uso de variedad de técnicas de refuerzo interpersonal (Reyes, 2013a).

El modelo se basa en la ACT (Hayes, Strosahl, y Wilson, 2012; Reyes, 2013b) e integra elementos de la DBT (Linehan, 1993, 2003) y la psicoterapia analítico funcional (FAP) (Kanter, et al., 2010); a la vez, tiene sus orígenes en un modelo anterior que integraba elementos de ACT y DBT (Ramírez, Reyes, y Ascencio, 2011; Reyes, y Contreras, 2012; Reyes, Ramírez, y Ascencio, 2011).

Aparentemente las psicoterapias constituyen en la actualidad un componente fundamental en el tratamiento de los pacientes con TLP, las modalidades psicoterapéuticas derivadas de la orientación cognitivo-conductual gozan de mayor soporte empírico. Para ello, en la tabla que a continuación se muestra (ver tabla 2), se resume los diferentes tratamientos que se han descrito en este capítulo.

Tabla 2.
Terapias utilizadas en el TLP.

Enfoque	Terapias	Técnicas terapéuticas particulares	Habilidades comunes
	Prácticas particulares para la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	-Capacidad para recordar, crear y hablar con lenguaje metafórico. -Soltura en los ejercicios experienciales. -Proponer y servirse de paradojas. -Usar el lenguaje de forma alternativa para desliteralizarlo. -Discriminación de funciones de respuesta terapéuticas. -Meditación, atención plena y otras técnicas Zen.	-Capacidad para ofrecer explicaciones. -Manejo en otras Técnicas. -Estrategias de control de los impulsos.
	Prácticas particulares de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT)	-Trabajar en grupo con otros terapeutas. -Técnicas "dialécticas" -Trabajo terapéutico coordinado en grupos profesionales. -Meditación, atención plena y otras técnicas Zen.	-Entrenamiento en habilidades de comunicación. -Regulación de emociones. -Entrenamiento en solución de problemas.
	Prácticas particulares de la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP)	-Diferenciar distintas funciones de respuesta. -Destreza en las "Cinco Reglas Terapéuticas" -Asignar, explicar y gestionar registros como técnica de tratamiento.	-Entrenamientos en habilidades sociales.
	Terapia cognitiva de Beck y Freeman (1990-1995)	-Experienciales.	
	Terapia Cognitiva centrada en los esquemas Young (1994).	-Emotivas. -Interpersonales.	

Capítulo 2: Regulación emocional en personas con TLP.

2.1. Emoción y su regulación: Definición, funciones y desarrollo.

El estudio de las emociones ha sido un tema relevante desde hace años que ha puesto a los autores en controversia por definir ¿qué es una emoción? La mayoría de las personas saben reconocer una emoción, pueden distinguir cuando están tristes, alegres, enojados o hasta cuando algo les genera miedo, también se puede entender la situación o contexto en el que ocurren las emociones y comportamiento. Pero lo que causa controversia es poder explicar que es una emoción, seguramente solo se tenga una vaga idea, pero más probable que no esté muy clara la definición.

Décadas de estudios se han dedicado a la investigación de las emociones, desde Platón filósofo griego del siglo IV a.C., decía que las emociones no eran de confiar, que nos llevarían al engaño, ya que eran propias de la parte irracional del alma. El tema era tan irrelevante que decían que las emociones eran algo que perturbaba un buen razonamiento, que los hacía comportar irracional (tontos-locos), asimismo se consideraban banales frente a la cognición. La visión platónica veía a las emociones como estados mentales adquiridos de nuestros antepasados animales, que nos obligan a portarse de manera irracional. Sin embargo, la investigación fue tomando otros rumbos dando cuenta de la importancia de las emociones como una parte natural de nuestra vida cotidiana.

A lo largo de la historia se ha reconocido el valor del tema, haciendo que haya un auge considerable en las investigaciones. Las aportaciones que hoy en día podemos encontrar nos han permitido tener un abanico amplio de las posturas que definen la emoción, así que comenzaremos por definir la emoción con autores que han resaltado en la literatura.

Partiremos diciendo que las emociones son tan complejas en su estructura que nos hace pensar que son una parte importante del ser humano para poder sobrellevar el bienestar de la vida misma. El concepto que asumen una base biológica es la de Zajonc (1984) que afirma que el desarrollo de una emoción

no es posible sin ciertos acontecimientos biológicos, no se puede sentir miedo sin la presencia de la frecuencia cardiaca o la activación de ciertas regiones cerebrales. De cierta forma, las emociones expresan una respuesta de reacciones fisiológicas en nuestro cuerpo. Lo expuesto por Cole, Martin y Dennis (2004) mencionan que los procesos biológicos permiten evaluaciones extremadamente rápidas de situaciones que permiten una preparación igualmente rápida para mantener y afrontar condiciones favorables. Siguiendo con los autores Cole, Martin y Dennis (2004), las emociones son las herramientas por medio de las cuales evaluamos, expresamos y nos preparamos para actuar en diferentes situaciones, estas funcionan como un sistema de radar y de respuesta rápida que contribuyen a llevar significado a través del flujo de la experiencia. Otra definición dice que las emociones son patrones individuales de conducta expresiva, cada uno asociado a un patrón específico de activación fisiológica y a una experiencia cognitiva-subjetiva o sentimiento específico, todo ello implicado a la existencia de cada emoción (Piqueras, Martinez, Ramos, Rivero, y García-López, 2006).

Beck (1983), Ellis (1997) y Lazarus (1984) señalan a las cogniciones como un factor importante para dar una respuesta emocional, la persona realiza un juicio sobre el factor relevante de la situación que interpreta, para posteriormente poder emitir una emoción u otra. Por lo tanto, una respuesta emocional no puede entenderse exclusivamente como un proceso que ocurre dentro de la persona o en el cerebro, la respuesta se forma de las transacciones en curso con el medio ambiente que se evalúan. Este procesamiento cognitivo no siempre es racional y consciente.

Se pueden presentar diferenciaciones en las emociones de cada persona por ser infinitas, estas respuestas emocionales son interpretaciones que las personas hacen ante una situación y se puede ejercer desde la cultura o desde los factores socio-históricos (Murillo, en prensa). Según este autor las respuestas emocionales se caracterizan en tres aspectos:

1. Componente fisiológico. Como su nombre lo dice, se refiere a todas aquellas respuestas o cambios orgánicos que provocan las vivencias o estados.
2. Componente subjetivo. Esto se refiere al estado de ánimo que el sujeto denomina, emoción. Es estudiar el proceso mediante una auto-observación.
3. Componente conductual. Este último se refiere al comportamiento emocional expresivo que surgen de una situación emocional.

Según Gross (2008) una emoción es una transacción en un contexto que implica un interés particular, una interpretación significativa de la realidad que provoca asimismo una respuesta multidimensional que actúa sobre la relación (persona- situación) que le dio origen. Pues bien, la emoción presenta reacciones afectivas de aparición aguda y de breve duración a estímulos del medio ambiente que son significativos, esto hace que el individuo se pueda adaptar al entorno en que se encuentra (Reeve, 2010). El autor clasifica de la siguiente manera los componentes de la emoción. El modelo se puede ver desglosado en la figura 2.

1. El sentimiento: componente subjetivo que da significado.
2. La activación del cuerpo: esta es automática y hormonal que prepara al cuerpo para la acción.
3. El propósito: aspecto motivacional.
4. La expresión social: aspecto comunicacional, se puede notar a simple vista (expresión facial).

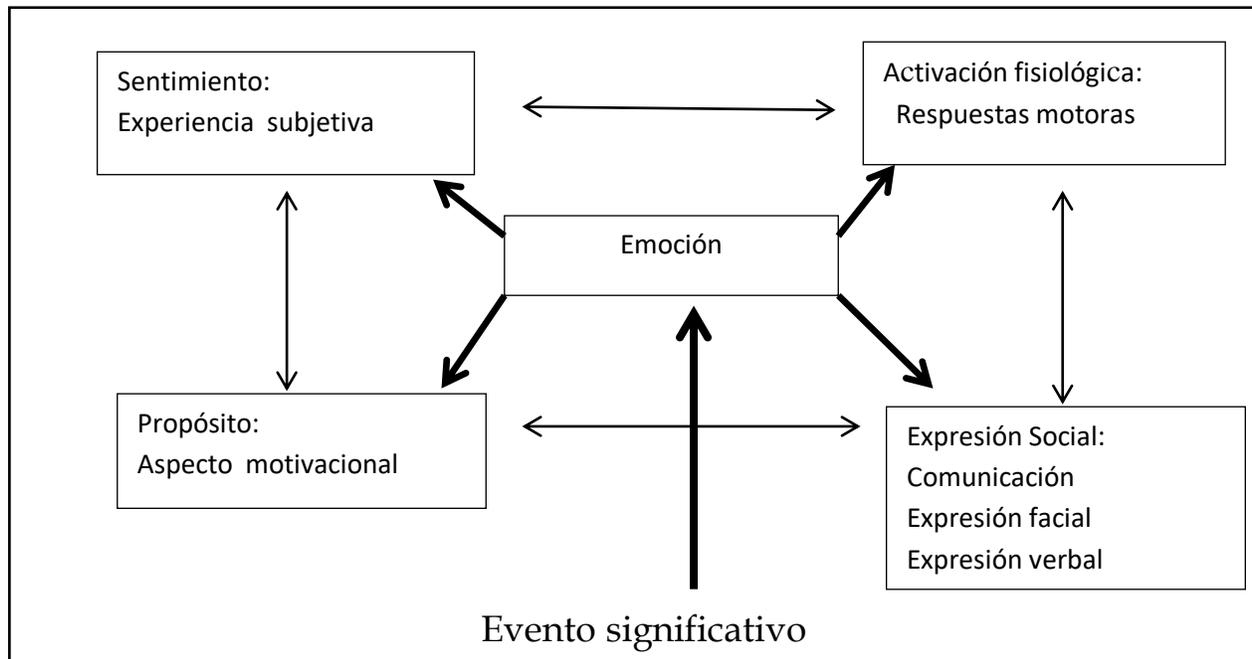


Figura 2: Componentes de la emoción (Reeve, 2005).

Otra definición es la de Oatley (1992) indica que la emoción es una experiencia afectiva que se presenta en forma agradable o desagradable, que supone una característica fenomenológica. El autor clasifica la respuesta emocional en tres sistemas:

1. Cognitivo-subjetivo.
2. Conductual-expresivo.
3. Fisiológico-adaptativo.

Esta triada coincide con el modelo tridimensional de la ansiedad propuesto por Lang (1978) los índices de emoción, expresión, las personas contiene respuestas en tres sistemas reactivos

- 1) Lenguaje expresivo y evaluativo.
- 2) Cambios fisiológicos mediados por lo somático y de forma automática.
- 3) Secuelas conductuales, como patrones de evitación o déficits de rendimiento.

En base a la teoría de la emoción tiene que hacer frente con su amplitud y diversidad, hasta entonces ambos modelos han tenido buena aceptación en la explicación de una respuesta emocional.

Partiendo desde otro punto de vista, los investigadores se han cuestionado sobre la existencia de emociones básicas y si estas pueden ser universales, o solo derivan del resto de las reacciones afectivas. Desde esta perspectiva se remontan los planteamientos de Darwin (1872), y otros autores como; Tomkins (1962), Ekman (1989) e Izard (1977) derivan que las emociones se llaman básicas porque se supone que tienen sustratos neuronales innatos y universales, distintos entre ellas, presentes en todos los seres humanos y que se expresan de forma característica. Sus funciones biológicas y sociales son esenciales, esto asume que los procesos están ligados con la evolución y adaptación del hombre en su medio ambiente.

Es frecuente que el concepto de las emociones se encuentren como «emociones básicas», Reeve (2010) refiere ciertas características que deben cumplir; las emociones son un conjunto en particular que son adquiridas, se expresan de formas únicas y distintivas, surgen de las mismas circunstancias para todos los individuos y generan una respuesta fisiológica específica y fácil de predecir. Actualmente no sé puede saber si existe una lista que clasifique a las emociones básicas, pero si se puede encontrar un grupo de emociones que experimentan la mayoría de las personas más frecuentemente y que pueden ser fácil de distinguir (alegría, el asco, la tristeza, el enojo, el temor y el interés.)

Para Izard (1991) los requisitos que debe cumplir cualquier emoción para ser considerada como básica son: tener un sustrato neural específico y distintivo, tener una expresión o configuración facial específica y distintiva, poseer sentimientos específicos y distintivos, derivar de procesos biológicos evolutivos, manifestar propiedades motivacionales y organizativas de funciones adaptativas. Para este autor las emociones básicas que cumplen con los requisitos antes mencionado son: interés, sorpresa, tristeza, ira, asco, miedo y desprecio, (culpa y vergüenza) las considera como una misma emoción. Otra comparación en cuanto a las emociones básicas son las que mencionan Ekman (1993), Ekman, O'Sullivan, y Matsumoto (1991a, 1991b) según estos autores son seis: ira, alegría, asco, tristeza, sorpresa y miedo. A pesar de las

dificultades para ver si existe una cantidad exacta de emociones básicas, si hay cierto consenso respecto a algunas de las características de estas (Fredrickson, 2001). En general, la gran mayoría coincide en que existen unas emociones más básicas, pero no existe un acuerdo total en cuanto al número de estas.

Siguiendo con las emociones, según Díaz y Serrano-García (2015) generan cambios sustanciales en los organismos en periodos de tiempo relativamente cortos, que incluyen la activación de mecanismos fisiológicos apropiados para la situación, la realización de conductas expresivas acordes con el tipo de emoción y la generación de una respuesta subjetiva que consiste en la racionalización de la emoción que incluye el juicio y evaluación de la situación. La aparición de una emoción viene acompañada de una situación significativa para la persona. Un elemento clave de toda experiencia emocional es la percepción de la situación ligada a la relación que las personas entablan con el ambiente que las rodea (Lazarus, 2007). Pues una gran parte de las respuestas emocionales necesitan un evento significativo hacia dónde dirigirlas.

Las funciones de las emociones es otra forma de clasificarlas, para Plutchik (1980) sostiene ocho funciones principales y resguarda la idea de establecer un lenguaje funcional que reconozca cada una de ellas, con la función adaptativa que les corresponde. La correspondencia entre función y emoción la clasifica de la siguiente manera:

Lenguaje subjetivo: miedo, ira, alegría, tristeza, confianza, asco, anticipación y sorpresa.

Lenguaje funcional: protección, destrucción, reproducción, reintegración, afiliación, rechazo y exploración.

Para Reeve (1994), las funciones principales que desempeña la emoción son tres y las clasifica en: función adaptativa, motivacional y social.

1) Funciones de adaptación

La importancia de la función de adaptación es facilitar una conducta apropiada que ayudara a la adaptación de las emociones en los diferentes ámbitos. Si bien, esta función se sostiene de la teoría evolucionista planteada

por Darwin (1872/1984) de cierta forma ayuda al organismo a adaptarse al ambiente cambiante y complejo de forma eficaz que exigen las condiciones ambientales. Es decir, prepara al organismo para realizar eficientemente la conducta que es requerida, con la energía necesaria y dirigiéndola hacia el objetivo.

2) *Funciones sociales*

Esta expresión funcional sirve para comunicar los estados afectivos que favorecen las relaciones y fortalecen los vínculos interpersonales, es decir, como podemos obtener lo que necesitamos mediante la relación con el otro. Permite a los demás prever y predecir el comportamiento de quienes nos rodean, guardando estrechas relaciones interpersonales. Según Izard (1993) las funciones sociales facilitan la interacción social, controlan la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos y origina la conducta prosocial.

3) *Funciones de motivación*

Esta función está estrechamente relacionada con la emoción, ya que deriva de esta para alcanzar los objetivos. Por ende, la motivación-emoción está presente en cualquier tipo de actividad y van dirigidas con una misma dirección e intensidad a una conducta exigida. Es decir, la emoción energiza la conducta motivada.

2.1.1. Desarrollo de las emociones.

De acuerdo con Chóliz (2005) y Murillo (s.f.) los modelos teóricos acerca del desarrollo de las emociones pueden clasificarse en cuatro grupos generales: evolucionistas, conductuales, cognitivos y psicodinámicos. A continuación se describen sus contribuciones más relevantes.

Contribuciones evolucionistas

En un inicio la teoría del Darwinismo sostiene esta contribución teórica, ya que sustenta que las emociones cuentan con un valor adaptativo positivo, ya

que facilitan una respuesta apropiada ante la exigencia ambiental que nos rodea y ayuda a tener comunicación afectiva a otros individuos. Los conceptos de Darwin (1872) fueron trabajados posteriormente por autores como Lorenz (1965) donde sus aportaciones se realizaron a partir de la investigación de las diferencias entre el comportamiento innato y adquirido en personas como en animales.

Lo expuesto por Plutchik (1980) indica que las emociones son reacciones primitivas adaptativas y que algunas de ellas son aprendidas, estas se establecen en nuestro código genético y son una parte importante para la supervivencia. Si bien, estas implicaciones han tenido polémica, pero han dejado grandes aportaciones para el estudio de las emociones. Para concluir con este modelo, subrayaremos los principios darwinistas sobre las teorías evolucionistas mencionados por Chóliz (2005).

- a) Las emociones cumplen un papel importante en la evolución, ya que facilitan las respuestas adaptativas ante los requerimientos del ambiente.
- b) Existe una serie de emociones fundamentales de las cuales derivan el resto de las emociones secundarias.
- c) La expresión como el reconocimiento es innato y universal y se presenta en todos los seres humanos.

Contribuciones conductuales

Estas contribuciones empiezan con las investigaciones de Watson (Watson y Rayner, 1920). El aspecto de las emociones se entienden como respuestas condicionadas que se forman cuando un estímulo neutro se asocia con un estímulo incondicionado EI (estímulos que producen reflejos innatos) que es apto para dar una respuesta emocional intensa. Según el autor hay tres respuestas emocionales incondicionadas que son: el amor, la ira y el miedo, éstas se asocian a estímulos específicos innatos. El amor se estaciona a la estimulación blanda de zonas erógenas, la ira se sitúa a la inmovilidad del cuerpo y el miedo a situaciones aversivas (Watson y Rayner, 1920). Con el tiempo se dieron paso a otras aportaciones, como la de Skinner (1953) quien

contribuyo a la teoría del condicionamiento clásico, planteó que toda respuesta emocional son conductas aprendidas y que toda respuesta emocional está asociada a un reforzador contingente a la conducta emocional expresada.

Otra aportación es la teoría de los dos factores de Mowrer (1947) señala que la consolidación de una respuesta emocional se aprende y mantiene en el tiempo por factores diferentes mediante el condicionamiento clásico, se aprenden por medio de procesos y con el condicionamiento operante se mantienen. Por ejemplo; las fobias o miedos, en un primer plano se adquieren en situación aversiva, posteriormente se mantiene mediante reforzamiento negativo. Algo similar es la teoría moderna de los dos procesos de Rescorla y Solomon (1967), donde se puede establecer predicciones acerca de los efectos de una reacción emocional en la conducta operante. Para concluir debemos subrayar que estos modelos estriban en el condicionamiento clásico y operante que interaccionan entre sí, para ejercer un efecto en el procedimiento del aprendizaje.

Contribuciones cognitivas

En este modelo Chóliz, (2005), expone a los primeros autores que investigaron sobre las aproximaciones cognitivas, tales como; Marañón, 1924, Schachter y Singer, 1962 y Mandler, 1975, dentro del modelo la emoción en una derivación, en este caso la emoción surgirá de dos factores que son: activación e interpretación cognitiva, como tal una activación se deriva según la magnitud de la reacción fisiológica y los procesos cognitivos darán razón de la cualidad. Si bien, lo que produce la experiencia emocional, es la actividad cognitiva que el sujeto realiza para procesar la situación emotiva, pues una de las primeras interpretaciones que dan a las emociones que presentan son las respuestas fisiológicas, cardiacas etc., y posterior se experimenta la emoción. Algunos autores darán la vuelta a dicha afirmación, como James (1884) propuso que los eventos fisiológicos ocurren después de una experiencia emocional, es que nuestro cerebro recibe señales del organismo que hacen que nuestro corazón lata más rápido, que nos suden las manos o nuestros

músculos tiemblen, esto lo podemos interpretar como miedo o ira, experimentando como tal una emoción.

Estas agravaciones tendrán un impacto en futuras investigaciones psicológicas sobre las emociones, tanto en los eventos fisiológicos y mentales, como en los eventos mentales cognitivos. Es así que surgen otros autores con otras teorías que defenderán sus hipótesis en cuanto a las posiciones que otorgan una emoción en un papel cognitivo.

En cuanto a la evaluación e interpretación cognitiva Lazarus (2007) considera que las emociones se presentan como eventos primariamente evaluados como “buenos o malos” (evaluación primaria), desatando reacciones de acercamiento o alejamiento relacionadas directamente con los procesos de adaptación. Posteriormente evaluaremos como amenazante, divertido, repulsivo, etc. (Evaluación secundaria), estas aparecen ligadas al desarrollo cognitivo, a las referencias sociales y al aprendizaje cultural. Por otro lado, Chóliz (2005) menciona que la posición cognitiva ha ido en aumento concediendo una mayor relevancia a los procesos cognitivos y no simplemente la marcación de una reacción fisiológica, sino también, ha destacado los procesos cognoscitivos implicados para que se produzca una emoción.

Contribuciones psicodinámicas

Por último, una de las contribuciones por sus grandes aportaciones son las obras de Freud, en esta corriente el estudio de las emociones ha sido el conocimiento de ciertas ideas originales a los eventos psicológicos, quien destacó por la gran influencia terapéutica dentro de su campo de aplicación. Según Lyon (1993), Freud solo abordó en un segundo plano el tema de las emociones pues solo trabajaba dentro del marco terapéutico, más nunca abordó directamente el tema de las emociones dentro de los procesos básicos.

Siguiendo con las teorías psicodinámicas autores como Jung (1938) hace aportaciones sobre los métodos para procesar la información acerca del mundo que los rodea de dos formas: en primer lugar, la persona reorganiza

las ideas, ya sea analizando, sintetizando, categorizando o realizando juicios del mismo. En segundo lugar, utiliza el método del sentimiento, esta evaluación se realiza de las ideas que la persona efectúa de un juicio sobre los sucesos, si son agradables o desagradables, buenos o malos, si estos sucesos son negativos o positivos para su funcionamiento personal. En síntesis decimos que primero valoramos los hechos por medio de los sentimientos, cuando estos sentimientos se vuelven muy intensos aparecen los efectos fisiológicos que se manifiestan en diferentes emociones. Ante esto Murillo (s.f.), menciona que uno de los precursores directos de la emoción, serían los procesos fisiológicos, pero no como tal su causa.

Finalmente, según las teorías psicodinámicas hay una base en la carga de su energía libidinal como en su componente de manejo, esta descarga en el control de la noción de las emociones. Lo libidinal hace que generemos cierta tensión desagradable en el sistema psíquico, de manera que se vuelve un procedimiento normal para la expresión de sentimientos y emociones, también se hace presente a través de sueños o síntomas (James, 1884; Cannon, 1931 en Murillo en prensa).

2.2. Emociones y salud: importancia de la regulación emocional.

La relación entre emoción y salud es de gran interés tanto en el ámbito mental (psicológico), como en lo orgánico (medicina). Desde la antigüedad se ha cuestionado el origen de la enfermedad, con que se relaciona y que es lo que la provoca. Por ejemplo, Hipócrates relacionaba la enfermedad con el temperamento, esta relación entre procesos psicológicos y reacciones fisiológicas (mente-cuerpo, psique-soma) son problemas que hoy en día han tomado una gran amplitud.

A pesar de que se trata de un tema tan antiguo, existe una relación entre procesos orgánicos y mentales, la investigación tiene orígenes de la psicología, como también de la medicina y recientemente se han abordado estudios de forma experimental (Choliz, 2005). Según este autor la relación entre emoción y salud se ha centrado en dos grandes aspectos. Primero, intentar relacionar la

aparición de determinadas emociones con el origen de la enfermedad y sus mecanismos (por ejemplo: ansiedad-ritmo cardiaco). Segundo, que lugar ejerce la expresión o inhibición de las emociones, tanto en la salud como en enfermar.

De acuerdo con Piqueras, Ramos, Linares, Martínez y Oblitas (2009) las emociones son una de las principales causas que desencadenan las enfermedades psicosomáticas, en muchas ocasiones estas pueden ser emociones negativas o una serie de hábitos dañinos, que hace que se manifieste la enfermedad en forma orgánica. En tal sentido, esta afirmación muestra que existen factores que influyen en relación con la enfermedad, y que se han centrado en nuestros estados psicológicos o emocionales de forma que han desarrollado focos de atención en el proceso de salud-enfermedad.

Otra contribución interesante es la aportación de los efectos que tienen las emociones en el cuerpo, la conducta de las personas en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud son dos temas de alta prioridad que están directamente relacionados. Es decir, un sujeto que vive bajo un estado de malestar emocional, desarrollará hábitos poco saludables como: malos hábitos alimentarios, el sobre peso, la abstención o consumo de alcohol, de tabaco y de drogas recreativas, no dormir las horas, etc., aunque se pueden enlistar muchos más. Estos hábitos son el resultado nocivo que se presenta por el comportamiento emocional que desencadenan problemas en la cuestión psicológica por ejemplo; ira, sintomatología depresiva, hostilidad, tristeza (Hernández, 2012).

Estudios sugieren que los estilos de vida pueden prevenir la aparición de enfermedades, también las investigaciones se han centrado en indagar acerca del impacto de los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales en el estilo de vida de las personas y su relación con el mantenimiento de la salud y la aparición de la enfermedad (Sanabria-Ferrand, González, y Urrego, 2007). Entonces, existe una estrecha relación que vincula factores con la aparición de enfermedades mentales y físicas, tanto variables que influyen en el desarrollo de las mismas (emociones negativas), la relación entre estas variables

demuestra que interfieren los malos hábitos saludables que impulsan al crecimiento de conductas inadecuadas que ponen en riesgo la salud. Así, no solo existen factores y variables que impulsan la enfermedad, sino que también se ha mencionado con anterioridad la inhibición como la exageración de las emociones puede provocar inestabilidad en la salud física, como mental que inciden en la enfermedad.

2.2.1. Emociones positivas y bienestar.

Diener, Larsen y Lucas (2003) mencionan que las emociones positivas son aquellas en las que predomina el bienestar y el placer. Las emociones se presentan en un periodo corto y utilizan escasos recursos para su afrontamiento, estas a su vez permiten que las personas puedan fortalecer sus virtudes. Por su parte, Vecina (2006) indica que las emociones positivas integran dominios biológicos, cognitivos y sociales, de manera que forma parte de la naturaleza humana. Las personas experimentan en razón a sus experiencias, haciendo que se involucren los sentimientos y tengan buenas relaciones sociales. Por otra parte, existen otras definiciones como la de Oblitas, Martínez y Palmero (2009) que dicen que las emociones positivas están asociadas con los estados percibidos como agradables y placenteros que generan respuestas intensas y que son importantes para la persona.

El objetivo de las emociones positivas está basado en la ampliación de los recursos intelectuales, físicos y sociales. Esto hace que sus reservas se mantengan e incrementen los patrones para actuar en ciertas circunstancias, para que puedan estar preparados a las amenazas u oportunidades que se les presentan a la personas (Barragan, y Morales, 2014; Fredrickson, 2001).

Hay autores que proponen ciertos tipos de emociones positivas. Fredrickson (1998, 2000) las clasifican en 4 tipos: la alegría, el amor, el interés y la satisfacción. Su modelo postula que estas emociones positivas sirven para extender el repertorio momentáneo de pensamiento-acción de vínculos sociales de un individuo. También señala que dichas emociones favorecen un razonamiento flexible, creativo y eficiente que optimizan la salud, el bienestar

subjetivo y la resiliencia psicológica. Ante esto, el autor sustenta la teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas, propone que las emociones como la alegría, satisfacción, entusiasmo etc., tienen la finalidad de aumentar los pensamientos y acciones de la persona, de forma que sirven para la búsqueda de metas y bienestar en la vida. Entonces bien, la evidencia existente sugiere que las emociones positivas alteran de manera fiable el pensamiento y las acciones de las personas.

En este campo podemos decir que la influencia de las emociones positivas a favor de la salud beneficia la prevención de enfermedades y reducen la ansiedad. Estudios realizados por Aspinwal, Richter y Hoffman (2001) muestran que las personas que se consideran felices tienen menos riesgo a enfermarse, es decir, gozan de una mejor salud. La relación de los diferentes estudios en cuanto a las personas que presentan enfermedades, es posible registrar la disminución del estrés en el sistema cardiocirculatorio y nervioso vegetativo. También menciona que las emociones positivas amplían el repertorio de la acción del pensamiento, su pensamiento ampliado que surgen de las emociones positivas se contrastan a las mentalidades estrechas provocadas por muchas emociones negativas, estos recursos funcionan como reservas que pueden más tarde mejorar las probabilidades de éxito de afrontamiento y supervivencia (Fredrickson, 2004).

Al parecer, la ventaja principal de las emociones positivas reside en su influencia en el procesamiento intelectual para la resolución de problemas, el razonamiento y las habilidades sociales (Oros, Manucci, y Richaud-de Minzi, 2011). Muy probablemente, experimentar emociones positivas es siempre algo agradable con efectos beneficiosos que nos ayuda a solucionar cuestiones relativas al desarrollo y crecimiento personal, también permite mejorar la capacidad de afrontamiento ante la adversidad (Vecina 2006). La presencia de las emociones positivas parece contribuir a condiciones adecuadas que generan y favorecen el bienestar subjetivo de las personas.

2.2.2. Emociones negativas y sus consecuencias en la salud.

En la mayoría de los casos, es más probable que alguien pueda reconocer con facilidad las emociones negativas, ubicar en la expresión facial de las personas cuando estas se encuentran tristes o decaídas, esto por la expresión facial que puede ser más marcada. Las emociones positivas como negativas se distinguen entre sí. Por ejemplo: el humor, la resiliencia, la fluidez, el bienestar y la elevación, son algunas de las emociones positivas más representativas dentro de la psicología positiva (Fredrickson, 2000). La tristeza sintomatología depresiva, el miedo-ansiedad, la ira y el asco son emociones que se caracterizan por una experiencia negativa o desagradable (Piqueras, et al., 2009). Pues bien, los estudios se ubican más en las emociones negativas que en las positivas, esto se debe a la gran relación que hay con las enfermedades.

Respecto a la teoría de Darwin (1872) en relación con las enfermedades en función a las emociones, las personas pueden dar una respuesta adecuada según las demandas del ambiente, por lo que la respuesta emitida es adaptativa para la supervivencia del individuo. Pero si la patología se presenta, el individuo emite una respuesta que presenta un desajuste en la intensidad de las emociones, ya sea en mayor o menor grado y si se mantiene tal desajuste se puede presentar un trastorno de salud.

En este sentido, las emociones negativas han recabado suficientes datos que afirman una disminución en la salud, algunos autores como Piqueras et al., (2009) sostienen que las emociones negativas constituyen actualmente uno de los principales factores de riesgo para contraer enfermedades físicas y mentales. Hoy en día existe aceptación de que los elementos psicológicos pueden desempeñar un papel principal en el desarrollo de las enfermedades médicas. Siguiendo con los autores, han estudiado las emociones negativas en cuanto a sus relaciones con los trastornos de salud; señalan que tienen mayor evidencia de influencia de las emociones negativas con factores psicológicos en el inicio, desarrollo y mantenimiento de enfermedades. Los trastornos que mencionan son: el cáncer, infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), trastorno cardiovasculares, trastornos dermatológicos, trastornos

endocrinos, trastornos gastrointestinales, enfermedades neurológicas, trastornos reumatológicos y trastornos respiratorios.

Otro de los autores que afirma que las emociones influyen sobre la salud, es lo expuesto por Chóliz (2005), la relación que tienen las emociones con diversos sistemas fisiológicos que forman el proceso salud-enfermedad, se puede convertir en trastorno por medio de sus propiedades motivacionales que modifican las conductas “saludables” (dieta, ejercicio, buena alimentación, descanso etc.,) o “no saludable” (abuso de alcohol, tabaco, etc.) estas variables no van solas; la ansiedad, la sintomatología depresiva, la ira, entre otras pueden afectar adversamente a una condición médica. Por ejemplo, cuando la persona está bajo presión en su trabajo desencadena estrés y si le agregamos que no tiene hábitos saludables, es probable que desarrolle algún tipo de enfermedad. Cuando los estados emocionales son intensos y habituales, como el miedo, la tristeza, la ira y el asco, afectan negativamente la calidad de vida de las personas (Piqueras, et al., 2009).

La presencia de estas diversas vías ante una enfermedad Cano-Vindel y Miguel-Tobal (2001) las explican de acuerdo a la internación de los factores emocionales en el proceso de salud-enfermedad de la siguiente manera:

1. Las emociones negativas como la ansiedad, la tristeza y la ira, cuando alcanzan niveles intensos y se mantienen en el tiempo, tienden a producir cambios perjudiciales en la conducta, esto hace que crezca la probabilidad de que adopte otras conductas de riesgo (alcoholismo, fumar, adicciones etc.) y se olviden de los hábitos saludables. En pocas palabras, el malestar emocional hace que las personas se olviden de tener hábitos saludables.
2. Las emociones mantienen niveles de activación fisiológica, si estas se cronifican, pueden deteriorar la salud (arritmias, presión arterial alta etc.) los sujetos que tengan algún tipo de estas enfermedades, pueden mostrar niveles más altos de ira, ansiedad entre otras. Entonces, si el sistema orgánico trabaja de más y mantiene esta activación por un tiempo, esto hará que se produzcan ciertos niveles de ansiedad, estrés etc., de acuerdo sea el caso y por lo tanto tendrá más probabilidad de mantener un grado de disfunción orgánica.

3. Como la alta activación fisiológica como la supresión o control de emociones pueden atraer problemas de enfermedades, tanto infecciosas, inmunológicas y hasta cierto grado de inmunosupresión.

En cuanto a las emociones positivas y negativas Hervás y Vásquez (2006a) señalan la importancia *“que no sólo regulamos nuestras emociones negativas ya que en ocasiones regulamos también estados emocionales positivos, sobre todo cuando éstos no son adecuados o adaptativos”* (p. 10). Se puede concluir que cuando se presentan los estados emocionales negativos constantes, estas llegan a interferir en los hábitos saludables que afectan diferentes áreas de nuestro sistema. Y de cierta forma, el carácter de los estados emocionales negativos tiene un gran impacto a nivel fisiológico como conductual, esto hace que demos hincapié a la importancia de tener una homeostasis en nuestras emociones para tener bienestar en nuestra salud.

2.2.3. Regulación Emocional.

La investigación sobre el concepto de los procesos de “regulación emocional” hereda todas las complejidades que son inherentes al término “emoción” (Gross, 2008). En el apartado anterior se había hablado de los procesos emocionales y del papel que ejercen en la vida de las personas. La experiencia de una emoción involucra múltiples funciones, sirven para establecer vínculos, interacciones sociales, transmitir sentimientos, pensamientos y creencias. De cierta forma, las emociones ayudan a la persona a tomar decisiones, proporcionan información de nuestro entorno y permiten una forma de comportamiento diferido a lo que sentimos. Por ello, las emociones han demostrado una importante influencia en diferentes áreas del funcionamiento psicológico. Esto permite pasar con el tema de la regulación emocional (RE) gracias a la gran importancia que se le brinda a las emociones en cada uno de los momentos del desarrollo del ser humano a lo largo del tiempo. Según Hervás (2011), para poder beneficiarnos de la información que brindan las emociones, es necesario tener una serie de habilidades para regular las emociones.

Distintos investigadores han prestado atención a la RE, un asombroso aumento de estudios refleja creciente popularidad del tema, lo cual ha permitido el desarrollo desde el punto de vista conductual y actualmente lo han sido sus concomitantes biológicos. Un claro ejemplo es la investigación de los autores Ribero-Marulanda y Vargas (2013) quien han realizado una revisión teórica de un número considerable sobre artículos, los 1711 artículos producidos entre 1955 y 2012 sobre las características centrales en el análisis de la RE desde la perspectiva cognitivo-conductual, así encontraron que la década que tuvo mayor crecimiento en la producción fue la de los años 2000; esto se relaciona con el aumento de la producción por parte de los autores más representativos en el enfoque cognitivo-conductual y en relación con la RE. Es indiscutible la importancia que ha tenido el estudio de la RE en el contexto académico y científico, como el papel que ha jugado en el desarrollo y consolidación de los trastornos clínicos.

El fenómeno de la RE nos proporciona una diversidad de definiciones. Uno de ellos es el de Thompson (1994) define la regulación como el *“proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos, a menudo con el objetivo de alcanzar una meta”* (p. 26).

Por su parte, Gross (1998) señala que la RE se refiere a los procesos por los cuales controlamos las emociones que tenemos y la forma de como las expresamos, experimentamos y sentimos. Otro de los conceptos es el de Gross y Thompson (2007) donde definen la RE como un conjunto de estrategias enfocadas en la respuesta que anteceden a la emoción, estas estrategias serian: la selección de la situación, modificación de la situación, distribución de la atención, cambio cognitivo y modulación de respuestas.

Los puntos antes mencionados están asociados a diferentes aspectos de la experiencia emocional que parten de las estrategias de Gross (1998); la reevaluación y supresión. Este autor junto con sus colaboradores han utilizado varios parámetros para la evaluación y medición, su atención se ha centrado en las distintas formas de regulación a lo largo del proceso emocional.

Para otros autores la definición se basa mediante un análisis bibliométrico desde la perspectiva cognitiva conductual, la regulación está orientada a controlar la respuesta emocional buscando la minimización de molestia personal y la adecuada respuesta ante los demás, pues se involucra un amplio rango de habilidades que tiene el individuo para dar una respuesta adecuada en un contexto cambiante, mediante sus recursos personales y sus posibilidades de control del ambiente (Ribero-Marulanda y Vargas 2013). En otro sentido, autores hacen mención a la conceptualización de la RE con base al control de la expresión y de la experiencia emocional (como son los estados negativos), mientras otros subrayan que la aplicación de la paciencia y la comprensión de las emociones regulan las mismas (Thompson y Calkins, 1996).

Otra vertiente es la de Lopes, Salovey, Cote y Beers (2005), señalan que la RE es una habilidad que mediante la experiencia emocional nos permite modular los estados emocionales deseados con el propósito de alcanzar resultados esperados por el individuo. Algunos autores hablan de la RE como un proceso adaptativo, aunque no siempre los esfuerzos por cambiar nuestros estados emocionales pueden ser seguros y adaptativos, pero también inútiles, disfuncionales e incluso equivocados (Hervás, y Vazquez, 2006). Según estos autores plantean una clasificación de modelos de la RE, que a continuación se describen brevemente:

El primero de los modelos es de Gross (2002), plantea dos estrategias para lograr la regulación emocional: 1) reevaluación o modificación cognitiva, se centra en los antecedentes de la emoción, y 2) supresión (modular), se centra en las respuestas emocionales y se encarga de inhibir o evitar la emoción.

El siguiente modelo es el cibernético de regulación del estado de ánimo de Larse (2000) el modelo se relaciona con el general de autoregulación de Carver y Scheier (1998) la teoría parte de un estado de ánimo al que quiere llegar el sujeto, la reducción del estado de ánimo la consigue reduciendo la diferencia entre el estado de ánimo actual y el deseado. Entonces, cuando el sujeto es

consciente de la diferencia entre los estados de ánimo comienza la activación de los mecanismos que manejan la RE.

Otro de los modelos es el homeostático de Forgas, este modelo tiene un antecesor llamado modelo de la infusión del afecto Forgas (1995), ha servido para complementar la teoría del autor. El modelo homeostático se basa en una estabilidad de la RE cuando el estado emocional del sujeto se aleja mucho se activan los mecanismos de RE para llegar a una homeostasis, mediante procesos automáticos para regular el estado de ánimo.

El último modelo de regulación del estado de ánimo basado en la adaptación social, desarrollado por Erber, Wegner y Therriaul (1996) se basa a la situación social de un momento explícito, pues la RE se activara con el objetivo de adaptar al sujeto al contexto. Es decir, ciertas situaciones sociales indican que son mejor regular las emociones en una cierta trayectoria.

Los procesos de regulación son inherentes al funcionamiento humano, se activan de forma complementaria a nuestros procesos emocionales (Hervás y Vazquez, 2006). Entonces la RE no la podemos considerar como un proceso aislado interno de la persona, más bien, tendríamos que considerarla como un proceso complejo que se relaciona con diferentes factores externos que influyen entre la situación y la respuesta de la interacción.

Para concluir, a continuación se muestra un cuadro comparativo de las diferentes teorías que postulan los autores sobre la Regulación emocional (RE) y la Desregulación emocional (DE), (ver cuadro 3). Para una mejor comprensión del tema de la DE, en el apartado siguiente se explica más detalladamente.

Cuadro 3.

Cuadro comparativo de las teorías de RE y DE.

Regulación emocional.	Teorías	Características
	John y Gross (2007) Modelo de proceso de regulación de la emoción.	Según este modelo se pueden distinguir cinco clases de estrategias de regulación emocional. Específicamente, dos han sido las más estudiadas: la reevaluación cognitiva (RC) y la supresión de la expresión emocional (SEE).
	Larse (2000) Bower y Forgas (2001) Modelo cibernético de regulación del estado de ánimo.	El modelo plantea que existe un estado de ánimo de referencia al que se desea llegar, y funciona guiado por la reducción de discrepancia entre el estado de ánimo actual y el estado de ánimo deseado.
	Forgas (2000) Modelo homeostático	El modelo propone que la regulación del estado de ánimo funciona a partir de un proceso homeostático. De este modo, el estado de ánimo puede oscilar alrededor de un punto, activándose mecanismos de regulación cuando dicho estado de ánimo se aleja significativamente del mismo.
	Erber, Wegner y Therriaul (1996) Modelo de regulación del estado de ánimo basado en la adaptación social.	El modelo plantea que la regulación del estado de ánimo positivo o negativo se activaría con objeto de adaptarlo a la situación social de cada momento.
Desregulación emocional	Linehan (1993) Teoría biosocial	Esta teoría postula que los pacientes con TLP adoptan malas habilidades de afrontamiento porque se crían en un entorno invalidante y tienen una propensión biológica a reaccionar emocionalmente.

2.3. Desregulación emocional: Definición, medición y correlatos.

Se ha hablado de lo que son las emociones y de los conceptos más relevantes de la RE, otro aspecto a considerar es el descontrol de las emociones, mejor conocido como desregulación emocional (DE), el tema ha tomado auge en investigación, probablemente por la relación que tiene con otras psicopatologías. Para Silva (2005), la DE se ha convertido en un foco central para los clínicos por su alta relación con los problemas psicológicos.

Una de las precursoras es Marsha Linehan, quien se enfocó en el tema de la DE y ha creado teorías que fundamentan sus intervenciones conductuales; para Linehan (1993) la DE es un elemento principal del TLP. La conceptualiza como *“un déficit en la habilidad de la modulación emocional”* (p. 43) que implica dificultades para:

1. Identificar experiencias emocionales específicas.
2. Modular la activación fisiológica asociada.
3. Tolerar el malestar.
4. Confiar en las respuestas emocionales como interpretaciones validas de experiencias vitales.

Otro término importante respecto a la DE, es la vulnerabilidad emocional. Linehan (1993) lo define como un déficit para responder a los estímulos ambientales que se pueden presentar de forma abrupta al igual que su reacción, a modo que la recuperación es lenta, haciendo que tarde en llegar la estabilidad donde se encontraba. En congruencia, Glenn y Klonsky (2009) definen a la DE como una incapacidad de controlar y modular el estado afectivo a tal grado que las emociones pueden salirse de control y anular el juicio y la razón.

Entonces, la DE hace que nuestra capacidad para afrontar estados afectivos negativos o intensos sea muy reducida, esto dificulta la diferenciación de los propios estados emocionales y la respuesta conductual, que generalmente no será la más acertada. Es decir, la capacidad para experimentar y diferenciar un amplio rango de emociones, así como para monitorear, evaluar y modificar estados emocionales intensos se encuentra disminuida (Marín, Robles, Gonzales-Forteza, y Andrade, 2012), lo que puede ocasionar descontrol con las

habilidades sociales haciendo que la persona no pueda relacionarse con otras personas.

Ackerman e Izard (1995) sugieren que los problemas de RE se pueden dividir en dos categorías. La primera implica problemas en la modulación de la experiencia y/o expresión emocional; la segunda implica intentos frecuentes o automáticos para controlar o suprimir tal experiencia o expresión. Berenbaum, Raghavan, Vernon y Gomez (2003) proponen una dicotomía similar en su discusión de dos perturbaciones de RE, lo que ellos llaman la hiperreactividad emocional e hipo-reactividad.

Para Hervás y Vásquez (2006) la DE es la “*presencia de un déficit en la activación y/o efectividad de ciertas estrategias de regulación ante estados afectivos negativos*” (p.12). Se distinguen dos vías para la desregulación: la primera es la desaparición o retardo en la regulación que presenta carencia en la activación de estrategias de regulación, la segunda vía, son los conflictos en la regulación que se describen especialmente a los problemas para modular un estado de ánimo.

Medición de la regulación emocional

Las escalas de RE que se presentan son las más utilizadas de acuerdo con Gómez y Calleja (2016) en pacientes con TLP (ver tabla 3), en su estudio se encuentran las escalas más utilizadas que cuentan con una mayor efectividad que han sido adaptadas al español. De acuerdo con estos autores existe una gran cantidad de resultados que evalúan el constructo de la RE, para una mejor comprensión del tema se sugiere revisar a fondo su investigación. Las propiedades psicométricas incluidas son de la versión original, algunas escalas no se cuenta con el dato.

Tabla 3.

Escalas originales de regulación emocional y sus adaptaciones al español.

Escalas originales en inglés	Escalas adaptadas al español	Definición	Propiedades psicométricas	Población
Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) (Gratz y Roemer, 2004)	Escala de dificultades en la regulación emocional (Chile). Guzmán-González, Trabuco, Urzúa, Garrido y Leiva (2014).	Es una herramienta de autoinforme. Consta de 36 reactivos y evalúa la desregulación emocional con 6 factores;	$\alpha=0.93$ Test-retest $r=0.88$ de 4 a 8 semanas	Adulto
	Escala de dificultades en la regulación emocional (España). Gómez, Penelo y De la Osa (2014).	• No aceptación de emociones negativas		Adolescente
	Escala de dificultades en la regulación emocional (México). Marín, Robles, González-Forteza y Andrade (2012).	• Dificultades de realizar conducta dirigidas a un objetivo cuando hay una dificultades		Adolescente
	Escala de dificultades en la regulación emocional (España) Hervás y Jódar (2008).	• Dificultades de control de conductas impulsivas cuando experimentan emociones negativas		Adulto
	Escala de dificultades en la regulación emocional (España) Hervás y Jódar (2008).	• Acceso limitado a estrategias de regulación emocional		Adulto
Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) Gross y John (1998).	Escala de dificultades en la regulación emocional (Argentina). Medrano y Trogólo (2014).	• Falta de conciencia emocional		Adulto
	Escala de dificultades en la regulación emocional (Argentina). Medrano y Trogólo (2014).	• Falta de claridad emocional.		Adulto
	Cuestionario de regulación emocional (España). Cabello et al. (2006).	Consta de 10 reactivos. Diseñada para medir la tendencia de los sujetos a regular sus emociones de dos formas;	Reevaluación emocional $\alpha=.79$ Supresión emocional	Adulto
Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) Gross y John (1998).	Cuestionario de regulación emocional (España). Caballo, Fernández- Berrocal y Gross (2013).	Reevaluación cognitiva (6 reactivos). Supresión expresiva (4 reactivos).	$\alpha=.73$ Test-retest, $r=0.69$ a 12 semanas	
	Cuestionario de autorregulación emocional (Perú). Gargurevich y Matos (2010).			

Children's Emotions Management Scales Zeman, Shipman y Penza-Clyve, (2001)	Escala de manejo emocional de la tristeza, el enojo y la preocupación para niños. Mendoza (2010).	Consisten en 3 cuestionarios que evalúan el modo en que los niños regulan 3 de las emociones consideradas relevantes en el desarrollo de distintas psicopatologías: la tristeza, la ira y la preocupación. Consta de 12 reactivos, 4 pertenecen a la subescala de inhibición emocional, 5 corresponden a la subescala de Afrontamiento emocional y 3 constituyen la subescala de desregulación emocional.	$\alpha = 0.77$, Test-Retest $r = 0.80$	Niño
Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) Garnefski, Kraaij y Spinhoven (2001)	Cuestionario de regulación emocional cognitiva en español. Domínguez-Sanches, Lara-Aristu, Amor y <u>Holgado-Tello (2011)</u> . Cuestionario de regulación emocional cognitiva (Argentina). Medrano, Moretti, Ortiz y Pereno (2013).	Es una escala de 36 reactivos diseñada para evaluar los aspectos cognitivos de la regulación emocional. Mide nueve procesos de afrontamiento 1) culpa, 2) culpar a otros, 3) la aceptación, 4) centrarse en la planificación (medidas necesarias para manejar la situación), 5) reorientación Positiva, 6) rumiación, 7) reevaluación positiva, 8) la puesta en perspectiva y 9) catastrofismo.	$\alpha = 0.83$ Nueve subescalas con α de 0.68 y 0.83 Test-retest $r = 0.80$ a 16 semanas.	Adulto
Cognitive emotion regulation questionnaire - development of a short 18-item version (CERQ-short) Garnefski y Kraaij (2006).				Adulto
Affective Control Scale (<i>Escala de control afectivo</i>) de Williams y Chambles 1992		Es un autoinforme de 42 reactivos, evalúa el miedo a las emociones y los intentos de controlar la experiencia emocional. Consta de 4 subescalas; miedo a la ansiedad, miedo a la sintomatología depresiva, miedo a la ira y miedo a las emociones positivas.	$\alpha = 0.94$ Test-retest $r = 0.78$ a 2 semanas.	Adultos

<p>The Regulatory Emotional Self-Efficacy Scale. (<i>Escala de Autoeficacia Emocional Regulatoria</i>), de Kirk, Schutte y Hine (2008)</p>	<p>Examina la propia competencia emocional en los dominios de uso y manejo. Las propias emociones, la percepción y la comprensión. Originalmente tenia de 32 reactivos, versión reducida de 27 reactivo. Consta de 4 subescalas; uso y manejo de las propias emociones 10 reactivos, identificar y comprender sus propias emociones 6 reactivos, tratar con emociones en otros 8 reactivos y percibir emociones a través de expresiones faciales y lenguaje corporal 3 reactivos.</p>	<p>$\alpha = 0,96$ Test-retest $r=0.85$ a 2 semanas.</p>	<p>niños y adolescentes</p>
<p>Emotion Regulation Checklist (<i>Lista de chequeo de regulación emocional</i>), Shields y Cicchetti (1997).</p>	<p>Cuestionario de 24 preguntas que refiere a las reacciones de los niños ante los desafíos emocionales y la regulación de una amplia gama de emociones, consta de dos sub escalas. 1) Labilidad / Negatividad, que evalúa la inflexibilidad, y efecto negativo desregulado. 2) mide la expresión emocional apropiada.</p>	<p>$\alpha=.89$ para Labilidad / Negatividad $\alpha = .96$ para Regulación $\alpha = .83$</p>	<p>Niños</p>
<p>Affect Regulation and Experience Q-sort-Questionnaire Version (<i>Cuestionario version corta de Regulación y experiencia</i>)(AREQ-QV). Westen et al. (1997).</p>	<p>Consta de 98 reactivos, Evalúa estrategias cognitivas explícitas (de comportamiento). Fue diseñada para evaluar los múltiples componentes de las experiencias afectivas y las estrategias de regulación emocional, los reactivos están diseñados lo más claro posible.</p>	<p>$\alpha = 0.88$</p>	<p>Adultos</p>

<p>Negative Mood Regulation Scale (<i>Escala Negativa de Regulación del Humor</i>) (NMR) Catanzaro y Mearns (1990).</p>	<p>Evalúa las expectativas de regulación emocional de las emociones negativas, es un autoinforme que consta de 30 reactivos, 10 reactivos que reflejan el funcionamiento general, 10 reactivos más que reflejan las estrategias cognitivas y 10 ítems de estrategias comportamentales.</p>	<p>$\alpha = 0.87$ Test-retest 4-8 semanas para mujeres $r=0.74$ para hombres $r=0.76$</p>	<p>Adultos</p>
<p>Emotional Experiencing and Regulation Interview (<i>Entrevista Emocional y Entrevista de Regulación</i>) (EERI). Reynolds, Yaggi, Morse, Stepp y Pilkonis (2006)</p>	<p>Evalúa la reactividad a las emociones y el deterioro de las estrategias de regulación emocional a través de cuatro estados: ira, tristeza, pena/vergüenza alegría/felicidad. Se les pide que proporcionen una descripción detallada de un caso reciente en el que experimentaron cada emoción, incluyendo los antecedentes del evento y una narrativa paso a paso de la cadena de eventos.</p>	<p>$\alpha = 0.94$</p>	<p>Adultos</p>
<p>Thought Control Questionnaire (TQC) (<i>Cuestionario de control de pensamientos</i>) Wells y Davies (1994)</p>	<p>Es un autoinforme que evalúa las estrategias utilizadas para intentar suprimir o controlar los pensamientos no deseados. El instrumento de 30 reactivos tiene cinco tipos de estrategias que representan un único factor: Distracción, reevaluación, control social, preocupación y autolesiones.</p>	<p>Distracción $\alpha = 0.72$ Control social $\alpha = 0.79$ Preocupación $\alpha = 0.71$ Castigo $\alpha = 0.64$ Reevaluación $\alpha = 0.67$ Test-retest $r=0.83$ a 6 semanas</p>	<p>Adultos</p>

Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) Hayes et al., en prensa	Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ). (España) Barraca (2004).	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. Es un autoinforme y consta de 16 reactivos, las estadísticas recomendaron reducir la escala a un instrumento más factible de 9 reactivos.	$\alpha=0.70$ Test-retest $r=0.64$ a 4 meses	Adultos
Vermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (Cuestionario Alexitimia de Vermond-Vorst) (BVAQ) Dijke et. al. (2013)		Consta de 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).	$\alpha= 0.85.$	Adultos

2.4. Desregulación emocional (DE), psicopatología y trastorno límite de la personalidad.

La DE es uno de los problemas principales en el TLP que tiene importantes implicaciones para la psicopatología (Silva 2005). El consejo asesor sobre asistencia psiquiátrica y salud mental (2006) menciona que las personas que presentan TLP se ven más afectadas en las siguientes áreas:

Emocional: ansiedad, irritabilidad, ira, sus respuestas emocionales son cambiantes y excesivas.

Interpersonal: relaciones caóticas, intensas y difíciles. Intensos esfuerzos para evitar el abandono.

Conductual: conducta impulsiva, abuso de drogas, conductas bulímicas, delictivas, promiscuidad sexual. Conducta suicida y parasuicida.

Cognitiva: desregulación del pensamiento, fenómenos de despersonalización, disociación, etc. Episodios psicóticos.

Problemas de identidad: falta de sentido de sí mismo, sentimientos de vacío, duda de su propia identidad.

Los trastornos de la personalidad el DSM-5 (APA, 2013) los clasifica en tres grandes grupos en función a la semejanza que mantienen entre sí. El TLP se encuentra dentro del grupo B, las personas que comparten estos trastornos se asemejan por el dramatismo, la emocionalidad y las veleidades. A continuación se resume las principales características de los trastornos de la personalidad (Butcher, Mineka, y Hooley, 2007; ver cuadro 4).

Cuadro 4.

Resumen del grupo B de los trastornos de la personalidad (Butcher, Mineka, y Hooley, 2007).

Trastorno de la personalidad	Características	Prevalencia	Tasa por sexo
Histriónico	Auto-dramatización; excesiva preocupación por su atractivo; tendencia a la irritabilidad y a estallidos de cólera; Si no consigue atraer la tensión de los demás.	2-3%	Hombres= Mujeres
Narcisista	Grandiosidad; preocupación por recibir atención; auto-promoción; carencia de empatía.	<1%	Más hombres que mujeres
Antisocial	Carencia de ética y de moral; incapacidad para seguir pautas sociales de conducta; falsos; manipulan impunemente a los demás; problemas de conducta en la infancia.	1% 3%	Más hombres que mujeres
Límite	Impulsividad, cólera sin motivo; cambios desmedidos de humor; sentimientos permanentes de hastío; intentos de automutilación.	2%	Más mujeres que hombres.

2.4.1. Psicopatología y Trastorno Límite de la Personalidad.

El TLP es una enfermedad que debilita la mente, sus emociones negativas se vuelven intensas, hay confusión de la identidad, y presentan inestabilidad interpersonal (Glenn y Klonsky, 2009). Para Linehan (1993) el déficit emocional es el foco central que caracteriza al TLP, y sugiere al menos dos características que puede estar alterando al TLP: (1) hiper-intensidad / reactividad (las emociones son demasiado fuertes o desatadas con excesiva facilidad), y (2) una mala regulación (es deficiente el control o modulación de la respuesta emocional una vez que ha comenzado).

Un estudio realizado por Glenn y Klonsky (2009) examinan si la DE explica la variación única en los síntomas del TLP, (por ejemplo; sintomatología depresiva, ansiedad y afecto negativo). Los resultados sugieren que existe una relación sólida entre las variables; los síntomas del TLP con las dificultades de

control de los impulsos, forman una fuerte relación con el TLP, la dificultad de control de impulsos y el acceso restringido. Por lo tanto, sus hallazgos se inclinan a una asociación mayor de la DE con el TLP.

Para Hervás y Vázquez (2006), mencionan tres vías en el campo clínico porque la regulación emocional se hace presente:

1.- Déficit de regulación por ausencia de activación. En estos casos la persona puede experimentar intensos estados de disforia y no activan estrategias de regulación. Al no poder vivificar las estrategias se puede convertir en una parte importante del problema, haciendo que la persona permanezca en un estado de ánimo negativo y no de una respuesta a su comportamiento.

2.- Déficit de regulación por ausencia de eficacia. Se presenta una ineficiencia de las estrategias, para la regulación de un estado, si el sujeto no procesa bien sus emociones, es posible que la RE no sea exitosa.

3.- Déficit de regulación por empleo de estrategias disfuncionales de regulación emocional. Las personas emplean estrategias de regulación, pero no consiguen regular sus emociones ya que tienen unas habilidades emocionales inadecuadas para corregir sus acciones, pero no responden como deberían, al contrario sus reacciones se hacen contraproducentes de modo que se empiezan hacer más intestas y descontroladas.

La DE muestra con más frecuencia en el trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y trastorno límite de la personalidad. Aunque hay pruebas acerca de la existencia de déficit emocionales en muchos otros trastornos (abuso de sustancias, esquizofrenia o trastornos alimentarios). A continuación se analiza los trastornos que han obtenido resultados sólidos a nivel de comprensión psicopatológica como a nivel de intervención (Hervás, 2011).

El trastorno depresivo y la RE tiene una relación muy estrecha, basta con decir que la sintomatología depresiva tiene un componente que descontrola la parte afectiva del individuo, de forma que sus actividades las realiza con menos frecuencia, afectando áreas de su vida. Según Beevers y Carver (2003) y

Gotlib y Gilboa (2014) las personas que tienen un historial de sintomatología depresiva o que son vulnerables a este trastorno llegan a presentar una mayor persistencia en el estado de ánimo negativo, aumentando su sintomatología y agravando la sintomatología depresiva. Los estudios comprueban la existencia de determinados déficit en la regulación del estado de ánimo que presentan las personas con sintomatología depresiva.

Las personas que hacen de lado las estrategias de regulación, podrían estar contribuyendo a un estado anímico negativo, permitiendo la aparición de la sintomatología depresiva. La investigación sobre el papel de la RE en la sintomatología depresiva ha generado la aparición de teorías, una de ellas, es la teoría dual de la vulnerabilidad cognitiva a la sintomatología depresiva, Beevers (2005) ha propuesto que los procesos automáticos poseen dos modos de procesamiento de información, un modo asociativo y un modo reflexivo, según este autor, estos procesos controlados podrían no activarse adecuadamente generando sesgos negativos más intensos y, en consecuencia, una mayor vulnerabilidad a la sintomatología depresiva.

2.5. Desregulación emocional, correlatos y TLP.

De acuerdo con Linehan (1993) las personas que presentan DE llegan a tener una infancia reprimida de emociones, su ambiente se convierte en invalidación emocional, las personas crecen sin saber expresar sus sentimientos, pues no le dan la importancia que debería. Los primeros años de vida del niño son vitales, si crece aprendiendo que sus emociones pueden ser el resultado de un castigo, esto puede provocar miedo al expresar lo que siente, de forma que reprime el dolor, haciendo que sus sentimientos sean ignorados, de modo que pierde la confianza en sus emociones como experiencias válidas en todo su crecimiento.

El maltrato de un infante trae consigo daños perjudiciales a su desarrollo, el déficit en las estrategias de RE aumenta la vulnerabilidad de presentar algún tipo de trastorno psicológico (Messman-Moore, Walsh, y DiLillo, 2010). La relación del desarrollo infantil con lo emocional ha llevado a muchos autores

a investigaciones más minuciosas del tema, una de las hipótesis es la relación de los trastornos de apego temprano con el desarrollo del TLP. Si bien, no es el único trastorno que se correlaciona con el TLP, en este apartado se describen brevemente los que han tenido mayor relevancia en la literatura.

Trastorno límite de la personalidad y apego

Una teoría que se relaciona con la DE es la teoría del apego. Empecemos con uno de los estudios que reporta relación con los vínculos afectivos. Bowlby (1986, 1998) propone que los seres humanos tienen una tendencia a establecer vínculos afectivos sólidos con determinadas personas a través de la vida, este vínculo emocional es el apego, el niño lo desarrolla con sus padres o cuidadores. De modo que los cuidadores efectivos se involucran en comportamientos que modulan el estado fisiológico del niño, proporcionando un equilibrio entre consuelo y estimulación. La teoría juega un papel importante con el desarrollo del TLP, pero diversos estudios han demostrado que las diferentes clasificaciones de apego inseguro son las que están más relacionadas con las características límite en los adultos (Mosquera, Leeds, y González, 2016).

Se subraya que las experiencias de los niños con sus padres o cuidadores son fundamentales para que el niño pueda establecer vínculos afectivos. Una de las primeras clasificaciones de apego en niños es la de Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) incluyen tres patrones: seguro, inseguro evitativo y ambivalente. Posteriormente, Main y Solomon (1986) agregan una cuarta opción que se basa en la expresión y la RE que presentan algunos niños que muestran conductas desorientadas en presencia del padre. Según el autor los estilos de apego ambivalente, inseguro y evitativo tienen más probabilidad de sufrir daños en su salud por su relación a una mala crianza por parte de sus padres, pues se caracterizan por presentar cierto tipo de conductas de rechazo, carencia de amor o huir cuando se presenta cualquier tipo de emoción, en pocas palabras no atienden a las necesidades que requiere el niño, considerando como negativa la práctica de la crianza. Algunas emociones que destacan en este tipo de conductas serían: ira, miedo, ansiedad, hostilidad,

rabia, desconfianza, preocupación y estrés. Perris (2000) expresa que los padres de estos niños se asemejan por una carencia en la validación de las señales emocionales.

En el caso del apego seguro las demandas del niño son atendidas mediante formas positivas, de este modo llegan a formar un sentido de seguridad donde pueden experimentar sin miedo la manera de como poder expresar sus emociones de forma verbal, así llegan a crear pilares positivos de sí mismos de modo que llegan a sentirse valorados y competentes. En este caso destacan las emociones como: calma, confianza, alegría, placer y tranquilidad (Garrido-Rojas, 2006). Las emociones de los niños es un claro ejemplo de la capacidad de regular estados internos y respuestas de comportamiento a estresores, lo desconocido y el miedo a lo nuevo, debe ser moderado por la disposición de los padres y orientado a comportamientos de evitación sobre el enfoque apropiado (Bowlby, 1986). Pues bien, la eficacia de los padres o cuidadores es primordial para modular el estado fisiológico del niño proporcionando un equilibrio entre las emociones.

Tomando esto en consideración, los estilos de apego y las emociones específicas ya sean en mayor o menor grado e intensidad cuentan con ciertas características en relación con cada estilo de apego. Esto ha llevado ampliar el tema en el ámbito del apego en adultos, mediante sus narraciones se puede establecer que estilo de apego llevaron. Martínez y Santelices (2005), señalan que en la actualidad ha sido enorme la transformación en la medición del apego en adultos y ha puesto desafíos a los investigadores. Por otro lado, Sadock, Sadock y Ruiz (2015) hacen referencia a la terapia de mentalización que tiene un enfoque psicodinámico sustentada en la teoría del apego, la investigación de los autores sugieren la prevalencia de apego inseguro y desorganizado como un factor importante dentro de las personas con trastorno de personalidad límite.

Trastorno límite de la personalidad y autolesiones

El diagnóstico del TLP es el más popular que se le asigna a cualquiera que se autolesione, pues uno de los de los nueve criterios listados en el DSM-5, aunque hay que reconocer que una persona que se autolesiona pueden realizar la conducta por diferentes razones. Las autolesiones son uno de los rasgos característicos de estos pacientes, según Linehan (1993) las autolesiones tienen referencias en una mala RE.

Santos (2011) define la autolesión como un acto no suicida que destruye el tejido corporal, dejando al menos una marca que dura días u horas con fines no sancionados por la sociedad. La conducta puede ser repetitiva e intenta aliviar el dolor emocional (emociones intolerables) o la tensión fisiológica. Esto hace que las autolesiones sean un factor de riesgo implicado con la DE considerado como un síntoma, lo cual lleva a la persona a recurrir hacerse daño y se relacionan con una situación dolorosa o la falta de manejo de emociones que no saben identificar, expresar o controlar.

Otro factor es que la autolesión se asocia con muchos problemas psiquiátricos, incluyendo TLP, trastorno de la personalidad, suicidio, ansiedad y sintomatología depresiva (Klonsky y Glenn, 2009). Ahora bien, Klonsky (2007) ha identificado siete funciones que reflejan las conductas repetitivas con las autolesiones, estas son; afecto-regulación, anti-disociación, anti-suicidio, límites interpersonales, la influencia interpersonal, el auto-castigo y la búsqueda de sensaciones.

Las características que son comunes en las personas que se autolesionan Santos (2011) las clasifica de la siguiente manera: vivencias emocionales intensas prolongadas, analfabetismo emocional, falta de seguridad emocional, aislamiento, auto concepto disminuido, habilidad disminuida para sostener relaciones y pensamiento en “blanco o negro”. También hace un listado de una serie de escenarios que llegan a provocar que la persona se autolesione, aunque hay que tener en consideración que algunas personas no han sufrido ninguno de los siguientes casos: abuso sexual o físico, padres alcohólicos,

violencia familiar, padres que se autolesionan, enfermedad terminal o muerte de un familiar, expectativas exageradas, acoso escolar, miedo y vergüenza del desarrollo. Estas razones por la que una persona decide autolesionarse se vuelven un hábito que ha funcionado para sobrepasar el dolor.

La tendencia de autolesionarse es uno de los rasgos característicos y difíciles de manejar en pacientes con TLP, lo cual Chapman, Gratz y Brown (2006) hacen mención a un modelo de evitación experiencial, donde los pacientes usan las autolesiones y los intentos de suicidio como una forma de escapar y evitar sus estados emocionales negativos, a modo que se mantiene principalmente por refuerzo negativo en forma de escape o evitación de experiencias emocionales no deseadas. Hay quien denomina a las personas que se autolesionan como una imposibilidad del manejo del dolor o tensión emocional. Por ejemplo; Santos (2011) denomina tres razones por el cual las personas hacen mal manejo del dolor emocional. La primera se debe a la dificultad en el reconocimiento o identificación de emociones, la segunda es la dificultad en la expresión de lo que se está sintiendo, y por último la falta de control de las emociones y sentimientos.

En cuanto a Gratz y Roemer (2008) señalan factores asociados que hacen que la personas presente auto daño deliberado; uno de los factores es el ambiental (maltrato infantil) y segundo son los factores individuales (inexpresividad emocional, intensidad y la reactividad del afecto). Otra de las aportaciones es la de Klonsky (2007) quien proporciona evidencia de las funciones de la autolesión, en su investigación indica que: el afecto negativo agudo precede la autolesión, la disminución del afecto negativo y el alivio están presentes después de la autolesión y la autolesión generalmente se realiza con la intención de aliviar el afecto negativo. Por tanto, las personas que realizan a menudo el auto-daño, lo hacen para obtener el alivio de la angustia de las emociones negativas (Brown, Comtois, y Linehan, 2002; Klonsky, 2007).

Las diferentes teorías sugieren que la forma en la que opera la autolesione para regular las emociones es el intento de evitar las experiencias. Una

investigación realizada en México por Delgadillo-González, Chávez-Flores y Martínez, (2014) revelan que los precipitantes psicológicos de las autolesiones más comunes en adolescentes son: sentimientos o ideas de corajes previos, sentimientos negativos previos y sentimientos o ideas depresivas previos. Autores han coincidido con sus hipótesis en cuanto a la forma de cómo trabaja la autolesión. Según la nosología psiquiátrica (APA, 2000) la auto-lesión es un síntoma del TLP, la automutilación ocurre entre el 70% y el 75% de los individuos y son la causa más frecuente de hospitalización en esta categoría clínica. El acto de autolesionarse hace referencia de que no se trata de algo accidental, sino que es intencional y directo, a modo de mantener controladas las emociones negativas, detener el displacer y afrontar contingencias, para que inmediatamente alivien la ansiedad después de realizar la conducta (Brown, Comtois, y Linehan, 2002; Klonsky, 2007).

Trastorno límite de la personalidad y suicidio

El suicidio es otro de los factores que está ligado con las autolesiones, aunque sería importante diferenciar entre ambas conductas, en términos generales, el acto suicida tiene la intención de quitar la propia vida con la intención definitiva de parar la conciencia, de poner un alto final y permanente al dolor emocional (Santos, 2011). En cuanto a la mortalidad por suicidio, Glenn y Klonsky (2009) y Leichsenring et al., (2011) señalan una tasa de suicidio consumado en estos pacientes alrededor del, 8-10% de los pacientes (0.5-2% en la población general), es decir una tasa 50 veces mayor que la población en general, tanto la auto-lesión no suicida como los intentos de suicidio. Sin embargo, las personas con TLP suelen tener mayor riesgo de presentar un acto suicida, pues suelen ser especialmente vulnerables y ser la causa más frecuente de hospitalización de este trastorno (Espinosa, Blum y Romero, 2009).

Las autolesiones sin intención suicida se define como la destrucción tisular que el individuo comete propositiva a su propia piel o cuerpo sin la intención de morir (APA, 2001). Con el tiempo se han incorporado ideas que contienen la intención de morir. Las conductas suicidas, desde el punto de vista

epidemiológico es diferente al suicidio consumado, esto se basa en las estadísticas recolectadas a través del certificado de defunción por instancias oficiales (Borges, Orozco, Benjet, y Medina-Mora, 2010). Pues bien, el suicidio conlleva diferentes implicaciones (psicológicas, sociales, médicas, ideológicas, culturales, etc.), las causas que conducen a la persona a quitarse la vida son varias, y las conductas que presentan son problemas multifactoriales que no se resuelven totalmente en hospitales o clínicas, por sus diversas circunstancias.

En una investigación epidemiológica en población mexicana sobre suicidio, reporta el 8.3% presenta haber tenido ideación, el 3.2% haber tenido un plan y el 2.8% haber tenido intento(s) suicidas (Borges, Wilcox, Medina-Mora, Zambrano, Blanco, et al., 2005). Entre las personas diagnosticadas desde la adolescencia hasta la mediana edad, un 70% habrá cometido algún intento de suicidio y un 50% lo repetirá incluso diversas veces a lo largo de su vida. Entre un 8% y un 10% lo consumará (Consejo Asesor de sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2006). Los intentos de suicidio, de las autolesiones con intención y sin intención de suicidio son muy frecuentes en la comunidad.

Considerando el comportamiento de autolesión con intento suicida en los pacientes con TLP, la tasa de suicidio consumado se sitúa alrededor del 10%, especialmente en menores de 30 años (Soloff, Lynch, y Kelly, 2002). El intento de suicidio en pacientes con TLP se relaciona con mayor frecuencia a personas de bajo nivel socioeconómico y educativo, con algún trastorno depresivo agregado, o en comorbilidad con los trastornos de la personalidad del grupo B del DSM-IV (histriónico, narcisista y antisocial, además del trastorno esquizotípico) (Soloff, Fabio, Kelly, Malone, y Mann, 2005). El suicidio en México es la segunda causa de muerte entre jóvenes, los motivos principales por los que se opta una salida al sufrimiento son: conflictos amorosos y/o problemas familiares (Borge, et al., 2010).

Según Espinosa, Blum y Romero (2009) encontraron que el 46% de los pacientes con TLP obtuvo puntuaciones elevadas en una escala de desesperanza, asociada con síntomas de ansiedad crónica e incertidumbre

frente al futuro y las formas de intento suicida más comunes son las siguientes: cortarse la piel superficialmente a la altura de la muñeca, ingerir medicamentos o intoxicarse en presencia de personas (clave) que estaban en posibilidad de solicitar ayuda. En relación a los factores de riesgo en pacientes con TLP señalan; el abuso sexual, la separación de la pareja, padres divorciados, y suicidio de algún familiar cercano. El consumo de alcohol y drogas no potencializaron el riesgo suicida. Estos autores coinciden con los resultados de otras investigaciones y siguieron diseñar mejores estrategias terapéuticas y con ello reducir el riesgo suicida

Trastorno límite de la personalidad y uso de sustancias

En las redes de atención al uso de sustancias reportan una alta asociación con TLP, pues consideran que favorece el consumo de sustancias en relación por la alta impulsividad y ésta ha sido relacionada para entrar en contacto con las sustancias, como con el desarrollo de la adicción o complicaciones psicopatológicas (Roncero, et al., 2013). Los dependientes de sustancias presentan un fenómeno complejo, el uso prolongado provoca alteraciones en la respuesta emocional, rasgos como inmadurez, poca tolerancia a la frustración, incapacidad de manejo de sentimientos, deterioro en el control de los impulsos, no valoran las consecuencias de sus acciones, necesidad de dependencia e irresponsabilidad social y personal, pero no se ha podido demostrar que la presencia de estas características determine la adicción (De León, 1989). Para las personas con el trastorno por abuso de sustancias (TUS) y el TLP se puede considerar que existe una base común para los dos trastornos, en el que el consumo de drogas sería una forma de “automedicación” para los pacientes, como un problema común y frecuente (Stanley, y Siever, 2009). Por lo tanto, la relación entre el TLP y el uso de sustancias son dos formas de problemas psicológicos que a menudo se diagnostican dentro de la misma persona.

El TUS y el TLP son dos formas de problemas psicológicos que a menudo se diagnostican dentro de la misma persona, los datos sobre la comorbilidad han documentado estudios publicados de 1987 a 1997, observando frecuente la

coocurrencia de estos diagnósticos, las tasas de prevalencia de TLP-TUS varían según algunos estudios, unos llegan a hablar de un 95%. Otros citan que la prevalencia del TLP en pacientes con TUS específicos varía del 5 al 45% en dependientes de opiáceos, del 16 al 22% en trastornos por uso del alcohol y del 18 al 34% en pacientes en tratamiento por consumo de cocaína (Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin, y Burr, 2000).

La dualidad de los trastornos dan lugar a distintos problemas como: los higiénicos, legales, riesgos en la sexualidad, uso de otras sustancias, posibilidad de sobredosis más graves, riesgo de otros problemas psiquiátricos, suicidio y mortalidad, así como mayor dificultad para el tratamiento (Peris, y Balaguer, 2010). Los estudios demuestran comorbilidad entre el TLP-TUS, estos trastornos proponen que los rasgos de personalidad de la inestabilidad afectiva y la impulsividad son fundamentales para el desarrollo tanto del TLP como del TUS (Trull, et al., 2000).

Trastorno límite de la personalidad y ansiedad generalizada

Otro de los casos que se exponen y que se relaciona con la DE, es el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), en este trastorno según Prados (2013) no hay un procesamiento adecuado de la estructura cognitivo-afectiva. Sin embargo, la implicación de los factores de la emoción en la psicopatología puede tener importantes aportaciones para el tratamiento de la ansiedad (Samoilov, y Goldfried, 2000). Es así que la emoción y su desregulación, desempeñan un papel importante en los individuos con ansiedad, por lo cual se han desarrollado modelos de desregulación de la emoción de TAG, donde involucran a las emociones como punto focal que puede llegar a ser disfuncional en individuos con este trastorno.

Una investigación referente a las personas con trastorno de ansiedad, según Mennin, Heimberg, Turk y Fresco (2005) mencionan que pueden expresar más de sus emociones negativas que el resto de las personas, y su excesiva expresividad negativa puede llegar a la crítica o rechazo de la otra persona. La persona con este trastorno puede ser incapaz de descubrir y utilizar la

información adaptativa transmitida por sus emociones. Estos autores examinaron las relaciones entre los componentes de la emoción, desregulación y TAG, revelan evidencia de la presencia de DE en personas con ansiedad, de igual forma, reportaron mayor intensidad de la experiencia emocional y una mayor tendencia a expresar emociones negativas, también aparecen dificultades marcadas en su capacidad para identificar, describir y aclarar sus experiencias emocionales. Se presenta dificultad para experimentar otras emociones incluyendo sintomatología depresiva, ira e incluso las emociones positivas como la alegría. Por último, reportan más dificultades creyendo que serían capaces de calmarse después de un estado de ánimo negativo.

Si bien, Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman y Staples (2011) han revisado en su estudio modelos de TAG sobre sus similitudes y diferencias conceptuales, el modelo de desregulación de la emoción (MDE) el modelo se compone de cuatro apartados centrales que se basan en una DE en personas con TAG, los supuestos principales giran en un menor umbral para experimentar emociones, expresen las emociones negativas más frecuentemente que otros, déficits en la descripción y el etiquetado de las emociones. Otro punto significativo, es que llegan a presentar emociones fuertes (abrumados, ansiosos o incómodos) que se vuelven cíclicas, sus intentos son fallidos o desadaptativos para minimizar las emociones expresadas (Mennin et al., 2005).

Una de las conceptualizaciones que comparte el TAG con el trastorno de personalidad límite TLP son los déficits emocionales. En términos generales, Behar y colaboradores (2011) mencionan que el TLP-TAG comparte un énfasis sobre la evitación de experiencias internas afectivas (pensamientos, creencias y emociones, por ejemplo).

Por último, las investigaciones también se han realizado con niños, una de ellas es la de Suveg y Zeman (2004), su estudio se basó en las habilidades y funciones de la RE en niños con trastornos de ansiedad, los resultados revelaron que los niños con el trastorno enfatizan más la expresión desregulada y dificultades con la adaptación de regular las emociones,

potencialmente debido a que experimentan emociones intensas y tienen poca confianza en su capacidad de regulación. Es así que los autores han identificado la importancia de poder regular las emociones, de actuar eficazmente en situaciones emocionalmente excitantes como componente crucial en el funcionamiento socioadaptativo de los niños y ajuste psicológico (Cicchetti, Ackerman, e Izard, 1995; Zeman, Shipman, y Penza-Clyve, 2001). Los hallazgos indican que la RE debe ser considerada como punto central en la investigación con poblaciones ansiosas (Suveg y Zeman, 2004).

Trastorno límite de la personalidad y trastornos alimenticios

Las dificultades con el funcionamiento emocional se abordan frecuentemente en diferentes trastornos, el trastorno de la alimentación (TA) es uno de ellos, la anorexia nerviosa (AN), como la bulimia nerviosa (BN) describen múltiples dimensiones con el déficit de las emociones. La evidencia apoya la idea de que AN está asociada con amplios déficits de regulación de la emoción, así como deficiencias en habilidades de RE adaptativa (Lavender, Wonderlich, Engel, Gordon, Walter, y Mitchell, 2015). En pacientes con BN han descubierto déficit en la eficacia percibida de las estrategias de RE. Harrison, Sullivan, Tchanturia y Treasure (2010) encontraron hallazgos que apoyan hipótesis sobre una RE deficiente, las personas con AN y BN reportan más dificultades con la RE y muestran mayores sesgos atencionales para las señales afectivas.

Los estudios realizados por Lavender et al., (2015) hallaron igualmente en la revisión respecto a la DE en AN y BN alta relación que se caracteriza por los problemas globales con los estados afectivos, poca habilidad de RE adaptativa, utilizando en mayor grado habilidades desadaptativas. En un segundo plano respecto a su estudio, sugieren presencia de un déficit de comportamiento durante periodos de estrés. Tanto en AN como BN, parece haber características por una reducción de la capacidad para tolerar la angustia emocional. En general, su investigación apoya las implicaciones que definen la DE con los trastornos de anorexia y bulimia nerviosa, con una

mínima diferencia que caracteriza las dimensiones entre AN y BN (Lavender et al., 2015).

Respecto al TLP Gargallo, Fernández y Raich (2003) realizaron una revisión teórica de la literatura durante las últimas dos décadas sobre BN y los TA, en su estudio analizaron la relevancia que refleja el hecho de que se encuentren asociados ambos trastornos. También observaron la presencia de alteraciones de la personalidad en sujetos con BN que oscilan entre 27 y 84% de los casos, y una alta prevalencia de pacientes con TA y trastornos de personalidad (TP), con una mayor frecuencia observada en los del *cluster* B (64% de los casos); de entre los distintos TP, el límite (57%) fue el más frecuentemente observado, según las diferentes investigaciones.

Otros de los puntos en cuanto al TA y el TLP es la forma de como modulan las emociones, el problema de la DE en pacientes con estos trastornos es algo que se hace presente, ya que juegan un papel fundamental. Según Harrison et al., (2010) afirman que tienen particularmente problemas en regular sus emociones y parece que no son capaces de utilizar una estrategia de RE adaptativa. En cuanto a Badenes-Sastre, Navarro, y García (2016) mencionan que las características de la AN hacen pensar en estrategias relacionadas con la evitación y supresión emocional, y las características de la BN hacen pensar en estrategias más relacionadas con la falta de control y la impulsividad. Estas conductas límite llegan a convertirse en trastornos en sí mismos, como es el caso de los trastornos alimentarios, ya que se pueden conceptualizar como intentos desadaptativos de regular el afecto intenso.

Para cerrar el capítulo, se puede verificar mediante la evidencia que se ha acumulado a lo largo de varias décadas de investigación, el tema de la RE y la DE como un conjunto de procesos que pueden arrojar claridad en la comprensión de las psicopatologías y en su tratamiento. Este aspecto transdiagnóstico es un nuevo enfoque teórico que está llevando a cambios significativos en el desarrollo, y que han contribuido al avance de la ciencia (psicológico-clínica), o en programas de intervención con base en evidencias. En la actualidad, existen diferentes protocolos que se pueden aplicar a

problemas que tengan como base la DE y mayor seguridad en los diferentes campos de la clínica, hospitalario, etc. En definitiva, la RE es un campo de estudio que está proporcionando datos muy relevantes para una mejor comprensión de los trastornos mentales, sin olvidar la ayuda que puede servir a los terapeutas, clínicos, o personal que se involucra para comprender mejor los aspectos básicos que pueden ser el foco del tratamientos.

Capítulo 3: Taller de regulación emocional para pacientes con TLP.

3.1. Antecedentes: propuestas de intervención efectivas.

Dentro de un amplio espectro de terapias existen distintos enfoques que han intervenido para el tratamiento, hoy en día hay varias técnicas que han demostrado ser efectivas para el adecuado tratamiento de los pacientes con TLP, con resultados veraces que se han comprobado en la literatura, véase Scheel (2000). Más allá de solucionar que técnicas son las más adecuadas, existen diferentes modalidades de tratamiento entre las que destacan las de corte cognitivo-conductual, (por ejemplo, la Terapia Dialéctica Conductual desarrollada por Lineham (1987). Por otro lado, se encuentra la terapia cognitiva de Beck y Freeman (1990-1995), también está la terapia focalizada en los esquemas, creada y desarrollada por Young (1994), que es una ampliación de la terapia cognitiva y la terapia basada en la mentalización (MBT) Bateman y Fonagi (2004). En cuanto a la investigación en el campo de las terapias, existen enfoques significativos como lo es el enfoque psicoanalítico (psicoterapia de apoyo por ejemplo), este tratamiento se plantea a largo plazo y puede durar años. Sin embargo, no existe todavía opciones terapéuticas que consigan la remisión clínica en la mayoría de pacientes (Leichsenring et al., 2011).

En relación al tratamiento psicoterapéutico, la guía de la APA (2001) reconoce que el tratamiento de elección para el TLP es la psicoterapia, manteniendo el tratamiento farmacológico como coadyuvante para aquellos síntomas en periodos de descompensación aguda. El abordaje de los tratamientos efectivos para el TLP ha ido incrementando en los últimos años, ha experimentado un importante desarrollo gracias al aumento en la detección del cuadro clínico y a la complejidad de la intervención de este trastorno. Si bien, sería necesario un plan de tratamiento que tenga la capacidad de adaptarse a las necesidades del momento clínico de cada paciente y una condición para disponer de equipos multiprofesionales para abordar el tratamiento.

Entre las modalidades terapéuticas, las propuestas de intervenciones se han ido innovando favoreciendo el abordaje para el TLP, entre estas se pueden encontrar diferentes tratamientos que cuentan con aspectos que constituyen lo estudiado en torno al trastorno. En base a los distintos programas de tratamiento la mayor evidencia se encuentra en las psicoterapias basadas en la orientación cognitivo-conductual pues han demostrado más soporte empírico, como veremos a continuación (Díaz, 2001). Un grupo que surgió durante la actual ola de terapias de conducta; a este amplio grupo se conoce como “las terapias de tercera generación” o “tercera ola”, dada su creciente utilidad ya que comparten algunos elementos y características comunes (Hayes2004).

Las terapias de tercera generación se enfocan principalmente en la variación de la función psicológica del suceso en particular mediante la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999). Estas nuevas terapias no se enfocan en alterar o modificar la conducta de la persona mediante la eliminación o alteración de los eventos privados.

En cuanto a las terapias de tercera generación, existe un significativo número de las denominadas terapias cognitivo-conductuales que mantienen técnicas centradas en el cambio por contingencias o de primer-orden por ejemplo; ACT, DBT, FAP y *Mindfulness*, son terapias contextuales que han sido aplicadas a una gran variedad de problemas psicológicos como: adicciones, fobia social, ansiedad, trastornos alimentarios, sintomatología depresiva, dolor crónico, trastornos obsesivos compulsivos, esquizofrenia, entre otras (Mañas, 2007). Por tanto, las terapias cuentan con evidencia empírica sobre la efectividad de sus tratamientos, y ciertos tratamientos se enfocan exclusivamente en la RE con resultados positivos.

El tratamiento de la DE puede llevarse a cabo con gran variedad de terapias; las técnicas empíricas como lo cognitivo-conductual y la terapia dialectico conductual son las estrategias que más frecuentemente se han utilizado (Company, Oberst, y Sánchez, 2012). Podría decirse que las terapias de tercera

generación cuentan con una filosofía contextualista que permite una amplia variedad en sus tratamientos, este nuevo grupo de terapias se caracterizan en el énfasis que otorga a las variables en cuestiones o asuntos que tradicionalmente han sido menos investigados (Por ejemplo, ACT+FAP+DBT).

Se ha hablado de las propuestas de intervenciones efectivas para el TLP que han demostrado mayor evidencia en sus resultados, tanto de las terapias de la tercera generación que se han transformado de acuerdo a las necesidades que han surgido con las nuevas investigaciones en el campo clínico. Sin embargo, cabe mencionar que las psicoterapias constituyen en la actualidad un elemento fundamental en el abordaje terapéutico de los pacientes con TLP, dado que se considera la psicoterapia como el soporte principal del tratamiento, de acuerdo con Díaz (2001), los objetivos generales de las psicoterapias están encaminados a que el paciente logre mejorar sus relaciones interpersonales, disminuya la intensidad y prevalencia de conductas autodestructivas, así como una mayor integración y comprensión de sus conflictos internos y relacionales. Si bien, para el abordaje del TLP se requiere de un contexto multidisciplinario que, dentro de la red de servicios de salud mental, actúen de forma coordinada y presten atención a las indicaciones de los programas y técnicas recomendadas para el tratamiento (García, 2007). La propuesta de este taller va encaminada a recopilar la evidencia de las diferentes propuestas terapéuticas que han demostrado mayor efectividad en un contexto cognitivo-conductual que permita una mayor integración en sus componentes terapéutico.

3.2. Componentes terapéuticos principales de las intervenciones.

Para mejorar las intervenciones psicosociales y garantizar que se puedan dar en menos tiempo sin arriesgar su eficacia, se ha sugerido integrar los elementos terapéuticos de diferentes modalidades de psicoterapia que han demostrado ser adecuados para el manejo de una condición (Marquis, y Wilber, 2008). Las intervenciones, en particular las de orientación conductual-

cognitiva, se han abocado con éxito a mejorar las habilidades relacionadas con las respuestas emocionales en varias psicopatologías (Mennin, y Farach, 2007).

En este sentido, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), y la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) son las de mayor desarrollo, coherencia teórica y estrategias de intervención que son viables de integrar (Kanter, Tsai, y Kohlenberg, 2010). En esta dirección, en una investigación realizada en México en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” por Reyes, Miranda, Vargas, Fresán, Barragán, Robles y Arango (en prensa) con pacientes con TLP, cuyo objetivo fue evaluar la eficacia clínica de una terapia combinada breve con ACT-DBT-FAP, comparándola con versiones breves sólo de ACT y sólo DBT, demostró que las tres modalidades de terapia breve contextual-conductual fueron útiles para disminuir la gravedad de los síntomas del TLP, la DE, así como el apego interpersonal negativo, específicamente en lo que respecta a la resolución de conflictos hostiles.

A continuación se describen las principales terapias que han comprobado un tratamiento más útil en los trastornos con déficit emocional.

Terapia Dialéctica Conductual (DBT)

Durante los últimos años, la Terapia Dialéctica Conductual (DBT, por sus siglas en inglés) de Marsha Linehan, es un modelo que ha resaltado de las demás terapias por su efectividad en los tratamientos, esta terapia fue recomendada por APA (2006) como elección de tratamiento para pacientes con TLP. El enfoque psicoterapéutico se basa en los principios extraídos del modelo cognitivo, añadiéndole una estrategia dialéctica en la intervención con el paciente. Es así que no se puede enfocar únicamente en el cambio, se orienta a lograr un balance entre la aceptación y el cambio.

La terapia está compuesta por diferentes fases, estas fases no necesariamente llevan un orden, ya que pueden ser modificadas de acorde de lo que uno observa en el participante en un momento dado. Para comenzar se tiene que hacer una orientación y un contrato, para después entrar con la primera fase trabajando en jerarquía con estabilidad y control de conductas

peligrosas o dañinas. La terapia consiste en colocar en orden de rango: conductas que ponen en peligro la vida del participante u otras personas, conductas que interfieren con la terapia y conductas que interfieren con alta magnitud en la calidad de vida del participante. Aquí se usan los registros diarios al igual que la observación durante la sesión. En la segunda fase se trata de disminuir el estrés postraumático y en la tercera y cuarta se amplía el auto-respeto y dirigir conductas hacia valores para alcanzar metas individuales, en estas fases se trabaja simultáneamente para disminuir problemas.

Los objetivos de la psicoterapia son modular los estados del afecto, y controlar la conducta desadaptativa para mitigar el abandono, insuficiencia, desconfianza e incompetencia; con base en la combinación de sesiones individuales y grupales, últimas en las que se lleva a cabo el entrenamiento de las habilidades específicas.

En resumen, hay estrategias dirigidas a lograr aceptación (estrategias dialécticas, validación, aceptación); y otras dirigidas al cambio conductual (manejo de contingencias, resolución de problemas y entrenamiento en habilidades) (Linehan, 1993). Es así que la DBT estándar se constituye por cuatro modalidades: 1) terapia individual, 2) entrenamiento de habilidades en grupo, 3) consulta telefónica y 4) equipo de supervisión.

Según Rizvi, Steffel y Carson-Wong (2013) son tres teorías en las que se basa la DBT: teoría biosocial, teoría conductual, y teoría dialéctica. Además, en lo que se basa primero, es en la teoría conductual y se enfoca en entender el desarrollo y el mantenimiento de la conducta de forma que explica la adquisición y el mantenimiento de la problemática, pues el comportamiento es visto como un resultado de una interacción entre un organismo y el ambiente.

La teoría biosocial, de la misma forma que la teoría conductual explica el desarrollo de la problemática, pero hace más énfasis en la DE como el resultado de la combinación del ambiente invalidante, y cierto grado de vulnerabilidad biológica en el sistema emocional, quien describe mejor el desarrollo del TLP (Linehan, 1993). De igual forma, el autor subraya el contexto invalidante como modelo de aprendizaje de la DE y la problemática

secundaria de tipo TLP. Es decir, estos individuos tienen un déficit en ciertas habilidades.

La teoría dialéctica dice que la realidad está en constante movimiento y cambio, por lo que la flexibilidad y la habilidad de ajuste son factores importantes para los seres humanos (Linehan, 1993). La teoría dialéctica tiene influencia de la filosofía Zen en TLP, pues muestra estrategias de aceptación, tolerancia y auto-validación. Con la filosofía del Zen en TLP, se representa la práctica de *mindfulness* que más adelante se describe brevemente.

Finalmente, según Linehan (1993), el componente de entrenamiento en habilidades contiene cuatro módulos, estos son: *Mindfulness* (accede la sabiduría inherente en cada persona), tolerancia al malestar (se enseñan estrategias para tolerar y sobrevivir una crisis usando estrategias para el corto plazo), regulación emocional (aprender a identificar, nombrar, y describir las emociones, relacionarlas con el contexto) y efectividad interpersonal (entrena habilidades de asertividad y resolución de problemas o conflictos interpersonales). A continuación se describe más a fondo uno de los componentes para el entrenamiento de habilidades que contiene la DBT.

Mindfulness

La atención plena (*Mindfulness*) es una práctica que está basada en teorías de la meditación oriental que se han implementado en la terapia psicológica actual, en el contexto de los tratamientos psicológicos tiene enfoques que pueden servir para ampliar los procesos atencionales y contrarrestar la acción a tendencias asociadas con la amenaza (miedo ansiedad), esta terapia ayuda a disminuir estados emocionales mediante la promoción de habilidades metacognitivas, la habilidad se encarga de atender la calidad de la atención, con el objetivo de hacerse consciente de los procesos psicológicos sobreaprendidos y las reacciones automáticas que con frecuencia contribuyen al déficit emocional y la conducta disfuncional (Minnn, 2007; Williams, 2010). La terapia de atención plena es una capacidad humana universal y básica que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente, momento a momento como una conciencia centrada en el presente, la terapia

puede ser una forma de preparación mental no interpretativa ni enjuiciadora, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocido y aceptado como tal (Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, Carmody, et al., 2004; Kabat-Zinn, 2003).

La práctica del *mindfulness* tiene un primer efecto en el desarrollo de la capacidad de concentración de la mente. Cuando la concentración va en aumento, trae consigo la serenidad que lleva a una mejor comprensión de la realidad (tanto externa como interna) y permite percibir la realidad tal como es.

El *mindfulness* en DBT se basa en la práctica Zen donde toma un rol protagónico en el tratamiento, esta práctica se enfoca en el momento presente del “aquí y ahora”, y se distingue entre atención y conciencia. De esta forma, se consigue mediante la meditación que el paciente adopte o aprenda nuevas herramientas con las cuales pueda responder ante la realidad del presente durante entrenamientos o competencias (Linehan, 1993). Otra de las aportaciones según Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo y Linehan (2006) es que el *mindfulness* disminuye el apego a estímulos emocionales produciendo reacciones emocionales menos intensas, con menor duración, y por lo tanto más tolerables.

Estrategias terapéuticas.

La práctica habitual en intervenciones afectivas del TLP es la realización de alguna forma de psicoterapia que ocupa un lugar central del tratamiento (Gunderson, y Gabbard, 2000). Diferentes autores han descrito distintas formas de abordar los componentes terapéuticos, en la mayoría de los casos es para mejorar el tratamiento de acuerdo a la demanda del trastorno. Por ejemplo, los componentes terapéuticos desde la posición cognitivo-conductual utiliza estrategias para la regulación o modulación del temperamento dentro de los TP. Según Sperry (1999), los objetivos generales de tratamiento para los TP los especifica en cuatro niveles: 1) disminuir los síntomas, 2) modular la dimensión temperamental de la personalidad, 3) reducir el deterioro en el funcionamiento social y laboral y 4) modificar el carácter o los esquemas de la

personalidad. Ahora bien, el autor menciona que en los niveles 2 y 4 implican modificación y no reestructuración, tanto en el nivel 1 y 3 son más sencillos que los otros dos.

Por otro lado Livesley (2003) hace mención a las estrategias generales del TP de la siguiente forma:

- a) Seguridad: garantizar la seguridad de los pacientes y los otros.
- b) Contención: para contener la inestabilidad conductual y afectiva.
- c) Control y regulación: para disminuir los síntomas y mejorar la regulación del self, de afectos e impulsos mediante intervenciones farmacológicas, conductuales y cognitivas.
- d) Exploración y cambio: para modificar los factores cognitivos afectivos y situacionales que contribuyen a los problemas conductuales.
- e) Integración y síntesis: para crear un nuevo sentido del self y un sistema más integrado y adaptativo de los sistemas interpersonales.

Otras estrategias son las que sugiere Echeburúa y Corral (1999) sugieren que las técnicas terapéuticas utilizadas en el TLP son: estrategias de control de los impulsos, entrenamiento en habilidades de comunicación, entrenamiento en solución de problemas y regulación de emociones. Así mismo, Stone (2006) clasifica en jerarquía las tareas de la terapia para TLP de la siguiente forma: Control suicidio/agresión, amenaza de abandono, síntomas psicopatológicos graves, fiabilidad de información (deshonestidad), otros síntomas perturbadores, tratar rasgos disfuncionales, rasgos problemáticos y definir objetivos laborales, ocupacionales e interpersonales a largo plazo. Hay quienes sugieren las prioridades clínicas en el tratamiento farmacológico, con prioridad en el tratamiento de la impulsividad y conductas agresivas (con fármacos) y posteriormente los trastornos emocionales e interpersonales con antidepresivos (Paumard, Rubio, y Granada, 2007).

En el cuadro siguiente se muestra una investigación de las estrategias de la RE realizada por Gómez y Calleja (2016), estas estrategias manifiestan los componentes principales de los estudios de cada autor (ver cuadro 5). Las estrategias para la RE son de suma importancia para la elaboración del taller, por eso, la investigación que se presenta cuenta con características que han

utilizado los autores para ayudar a entender los diferentes objetivos de la intervención centrada en la emoción y la forma en que han intervenido las estrategias es sus diferentes expresiones.

Cuadro 5.

Estrategias de la regulación emocional (Gómez y Calleja 2016).

Autores	Estrategias de regulación emocional
Parkinson y Totterdell (1999) Schutz y Davis (2000)	Conductuales (acciones físicas) / Cognitivas (acciones mentales) / Aproximación / Evitación Planeación / Supervisión / Evaluación del aprendizaje Reapreciación de la importancia de la tarea / Actividad enfocada en la tarea
Gross y John (2003)	Reducción de la tensión / Pensamiento deseoso / Autoculpa Enfocadas en el objeto / Enfocadas en la respuesta/Reapreciación / Supresión
Larsen y Prizmic (2004)	De afectos negativos (por ejemplo, distracción, evitación de la rumiación; respiración, catarsis). De afectos positivos (por ejemplo, gratitud, contar con el apoyo de otros, enfocarse en áreas de la vida que van bien, ayudar a otros, ser amable)
Cole y colegas (2004)	Regulación emocional: Modificaciones en el entorno y el individuo resultado de la emoción experimentada. Emoción autorregulada: Modificaciones en la valencia, intensidad y duración de la emoción experimentada.
Lopes, Salovey Coté y Beers (2005)	Respiración y relajación Expresión asertiva Reapreciación cognitiva de los eventos emocionales
Gross y Thompson (2007)	Selección de la situación Modificación de la situación Despliegue de la atención (distracción y concentración) Cambio cognoscitivo Modulación de la respuesta
Augustine y Hemenover (2008)	Búsqueda de apoyo social Reevaluación positiva Distracción activa o constructiva Rumiación o evaluación negativa Racionalización, distracción cognitiva Relajación, distracción placentera, descanso Actuar feliz, escribir / ventilar o descargar / catarsis
Sánchez-Aragón y Díaz-Loving (2008); Sánchez-Aragón y colegas (2014); y Martínez Pérez y colegas (2009)	Selección de la situación para tristeza, amor, enojo y miedo Modificación de la situación para amor, frustración y miedo Despliegue de la atención o evasión-negación (distracción para tristeza, amor, frustración, enojo y miedo; concentración para tristeza, amor, enojo y miedo). Cambio cognoscitivo para tristeza, amor, enojo y miedo Modulación de la respuesta para tristeza, amor, frustración, enojo y miedo.
Koole (2009)	Automáticas vs. controladas (propositivas) Dirigidas a los sistemas emocionales: modulación de la atención / mejora del conocimiento emocional / regulación de las manifestaciones físicas de la emoción.

Koole, Van Dillen y Shepes (2011)	Selección de la situación Modificación de la atención Modificación de la evaluación Modulación de la expresión
Niven y colegas (2011)	Mejoramiento intrínseco del afecto / empeoramiento intrínseco del afecto Mejoramiento extrínseco del afecto / empeoramiento extrínseco del afecto
Pekrun (2006); Pekrun y Linnenbrink-García (2012)	Regulación orientada a la apreciación (modificación de las valoraciones sobre el grado de control, el valor de la tarea, y sobre las demandas de la tarea) Regulación orientada a la emoción que aparece en el contexto académico Regulación orientada a la competencia (modificación de las dimensiones del involucramiento académico: cognitiva, motivacional, conductual y social)
Soric, Penezic y Buric (2013)	Selección de la situación / desarrollo de competencias / Distracción / reapreciación / supresión/ respiración / expresión / soporte social.

Técnicas terapéuticas.

En cuanto a las intervenciones dentro de la terapia cognitiva, se muestra un gran número de técnicas, aquí se mencionan las más utilizadas: analítico funcionales, técnicas de relajación, estrategias de conciencia plena, registro de pensamientos automáticos, técnicas de respiración, asignación de tareas, técnicas de distracción, dominio y agrado, desensibilización sistemática, autoafirmaciones, autoobservación o monitoreo, *role playing*, ensayos conductuales, ensayos cognitivos, entrenamiento en habilidades sociales, identificación de distorsiones cognitivas, disputa racional, trabajo con el niño interior, técnicas de escalamiento, búsqueda de soluciones alternativas, ventajas y desventajas, modificación y activación conductual, trabajo con imaginación, juegos, ejercicios gestálticos y ordenamiento en escalas. De entre las modalidades psicoterapéuticas de orientación cognitivo conductual estos ejemplos de intervención han tenido buenos resultados y con el tiempo han tenido mejoras que favorecen al tratamiento.

Pues bien, los componentes que forman la terapia varían de acuerdo al autor o la corriente, a continuación se presenta un ejemplo del manual de

terapia grupal y sus componentes terapéuticos realizado por Reyes (2014), el manual ha mostrado buena efectividad en pacientes con TLP ya que actualmente se encuentra en práctica en el Hospital Psiquiátrico “Ramón de la Fuente Muñiz” y otras clínicas (ver cuadro 6).

Cuadro 6.

Terapia de libertad (ACT/FAP) para el TLP.

Nombre de la terapia	Se compone de 18 sesiones.	Actividad
Terapia de libertad (ACT/FAP) para el TLP. Manual de terapia grupal	Sesión 1. Preparando el contexto para la terapia.	Se compone de 4 actividades
	Sesión 2. Reconociendo el problema del control.	Se compone de 4 actividades
	Sesión 3. Buena disposición.	Se compone de 5 actividades
	Sesión 4. Notando los pensamientos.	Se compone de 6 actividades
	Sesión 5. Construyendo anclas.	Se compone de 7 actividades
	Sesión 6. Consciencia de las emociones, sensaciones y urgencias.	Se compone de 7 actividades
	Sesión 7. Respondiendo a las emociones, sensaciones y urgencias.	Se compone de 5 actividades
	Sesión 8. Acercarse a lo que me importa.	Se compone de 5 actividades
	Sesión 9. Obstáculos y puntos de elección.	Se compone de 5 actividades
	Sesión 10. Consciencia, valor y amor	Se compone de 5 actividades
	Sesión 11. Compartir algo íntimo.	Se compone de 4 actividades
	Sesión 12. Formas en que nos gusta ser cuidados.	Se compone de 5 actividades
	Sesión 13. Adoptar perspectivas alternativas.	Se compone de 6 actividades
	Sesión 14. Hacer peticiones asertivamente.	Se compone de 6 actividades
	Sesión 15. Hacer peticiones asertivamente.	Se compone de 4 actividades
	Sesión 16. Resolución de conflictos.	Se compone de 4 actividades
	Sesión 17. Ensayo de resolución de conflictos.	Se compone de 4 actividades
	Sesión 18. Resolución de conflictos.	Se compone de 3 actividades
		Se compone de 4 actividades
		Se compone de 3 actividades
		Se compone de 4 actividades
		Se compone de 3 actividades
		Se compone de 3 actividades
		Se compone de 4 actividades
		Se compone de 5 actividades

A continuación en la tabla 4 se presenta una revisión actualizada sobre las intervenciones psicológicas centradas en la RE con mayor evidencia científica en tratamientos para TLP y otros trastornos. La búsqueda se llevó a cabo mediante una revisión actualizada sobre los principales tratamientos psicológicos para el TLP disponibles, tratamientos con un marco común caracterizado por la administración de intervenciones estructuradas y basadas en modelos teóricos sobre el trastorno. Se buscó en la base de datos electrónica <http://scholar.google.com.mx/> utilizando palabras claves “*therapy focused on emotional deregulation*” publicados en inglés o español de ensayos clínicos aleatorizados recientes. El análisis bibliográfico se complementó con la consulta manual de referencias extraídas de las revisiones originales incluidas (Véase la Tabla 4).

Tabla 4.
Aportaciones de estrategias terapéuticas.

Nombre de la terapia	Tipo de técnica, Psicoterapia o enfoque.	Duración	Población	Descripción
Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999	Evitación experiencial, enfoques conductuales basados en la aceptación, en la teoría del lenguaje y la cognición.	No cuenta con duración específica.	TLP	La terapia se basa en: a) es un tratamiento centrado en las acciones valiosas para uno; (b) contempla el malestar/sufrimiento como normal, producto de la condición humana en tanto que seres verbales; (c) define que se aprende a resistir el sufrimiento normal y esa resistencia genera el sufrimiento patológico; (d) promueve el análisis funcional de los comportamientos del paciente y, por tanto, se basa en la experiencia del paciente como la clave del tratamiento (Luciano, 2001). Objetivo: Al igual que los enfoques de atención plena, aceptar experiencias emocionales, en lugar de facilitar explícitamente más emociones. Características: No implican la manipulación directa de estados emocionales ya que los esfuerzos de control son vistos como contra-terapéuticos y en última instancia inútil. No trata de cambiar o reducir los pensamientos/sensaciones/ recuerdos molestos sino que se trata de alterar su función y de generar flexibilidad en la regulación del comportamiento.

Terapia Dialéctica Conductual I (DBT) Marsha Linehan 1993	Cognitivo-conductual que incorpora la filosofía dialéctica y la práctica del Zen.	20 sesiones	TLP	<p>Cuenta con objetivos específicos ordenados jerárquicamente que se dividen en tres categorías: disminución de conductas parasuicidas que amenazan la vida, reducción de conductas negativas y disminución de conductas que afectan la calidad de vida. El programa consta de dos partes: terapia de grupo y terapia individual. En la terapia las principales estrategias que utiliza son: dialécticas, centrales, de estilo y de control.</p> <p>Objetivo: Entrenar al paciente para la puesta en práctica de otras conductas más adaptativas para la resolución de las relaciones intra e interpersonales, mitigando al mismo tiempo otras conductas que interfieren negativamente con el éxito de la terapia (conductas de riesgo, abandono e inasistencia a las citas...), para conseguir después la validación y la aceptación de las propias experiencias personales.</p> <p>Características: Mente sabia “wise-mind” la idea base de la intervención es aprender a regular emociones para poder acceder a los procesos de las funciones ejecutivas FE, o lograr un balance entre los dos, en conjunto con un incremento en habilidades. Por esto, según Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo y Linehan (2006), la disminución en desregulación emocional y el incremento en habilidades se consideran como las variables responsables para el cambio en esta terapia.</p>
Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) Kohlenberg y Tsai, 1991; Kohlenberg et al., 2005; Luciano, 1999	Análisis de la conducta, contextualismo radical y contextualismo funcional	12 capítulos	TLP	<p>La terapia se basa en: (1) detectar las conductas clínicamente relevantes que ocurren durante la sesión de tratamiento; (2) construir un ambiente terapéutico que haga posible la aparición de conductas problemáticas y permita desarrollar mejoras en la conducta del cliente; (3) reforzar positivamente de manera natural las mejoras conductuales del cliente; (4) detectar qué propiedades de su propia conducta son reforzantes para el cliente; y (5) propiciar que el cliente desarrolle habilidades para analizar desde una perspectiva funcional la relación</p>

entre sus conductas y otros factores(Fernández Parra y Ferro García, 2006)

Características: Basada en lo que hace y dice el cliente en la sesión terapéutica, lo que se llaman conductas clínicamente relevantes (Kohlenberg y Tsai, 1991)

Produce el cambio a través de contingencias de reforzamiento naturales y curativas que suceden dentro de una relación terapeuta-cliente emocional, con implicación.

<p>Terapia basada en la aceptación y el compromiso o TAU (Gratz y Gunderson).</p>	<p>Terapias DBT y ACT. psicoterapia centrada en la emoción</p>	<p>14 semanas</p>	<p>TLP</p>	<p>Esta terapia equiparar la regulación con el "control" se basa en la terapia de aceptación y el compromiso ACT (Hayes et al., 1999) Y DBT (Linehan, 1993), e incluye aspectos de la atención centrada en la emoción (Greenberg, 2002). conceptualiza la regulación emocional como una construcción multidimensional que la siguiente manera: (a) conciencia, comprensión y aceptación de las emociones; b) capacidad para participan en comportamientos dirigidos a las metas e inhiben los comportamientos impulsivos, cuando experimentando emociones negativas; c) el uso flexible de la información estrategias para modular la intensidad y / o duración de las respuestas emocionales, en lugar de eliminar las emociones por completo; y (d) voluntad de experimentar emociones negativas como parte de la búsqueda de actividades significativas en la vida (Gratz & Roemer, 2004). Como tal, se hace hincapié en el control del comportamiento cuando las emociones están presentes, más que el control de las emociones mismas. En cambio, este grupo busca cambiar la relación que los clientes sus emociones, promoviendo la aceptación y la voluntad emocional y control de la conducta.</p>
--	--	-------------------	------------	--

Terapia de esquemas Jeffrey y Young (1990;1993)	Técnicas emotivas, interpersonal es, cognitivas y conductuales . Teoría del apego, gestalt, constructivistas y elementos dinámicos	6 a 12 sesiones	TLP	<p>Se articula en relación a dos fases principales: la fase de evaluación y educación, y la fase de cambio; la primera, pretende seis objetivos: identificar patrones de vida disfuncionales, identificar y activar los esquemas mal adaptativos tempranos, entender los orígenes de los esquemas en la niñez y la adolescencia, identificar los estilos de afrontamiento, evaluar el temperamento y realizar la conceptualización de caso; mientras que la segunda fase, involucra estrategias cognitivas, experienciales, conductuales e interpersonales en una manera flexible, dependiendo de las necesidades del paciente semana a semana (Young, Zangwill y Behary, 2002).</p> <p>Características: Está diseñada para mejorar la práctica de la psicoterapia para los trastornos y alteraciones de la personalidad que se consideran difíciles de tratar en la infancia y la adolescencia, tratar aspectos caracterológicos y trastornos crónicos cuyo núcleo son los esquemas desadaptativos tempranos (EMT) que se enfocan en identificar y modificar.</p>
La terapia cognitiva de Beck y Freeman (1995)	Técnicas experiencial es, cognitivas y conductuales	1 año	TLP	<p>Esta terapia pretende entrenar a los pacientes para que aprendan a identificar las creencias para posteriormente modificarlas de una manera más ajustada a la realidad. Cuestiona los patrones de pensamiento disfuncionales, prestando especial atención a las suposiciones y a los errores básicos del pensamiento (distorsiones cognitivas).</p> <p>Características: Las pautas habituales de pensamientos se denominan esquemas cognitivos, de estos dependen no solo los síntomas emocionales sino también estilos de comportamiento relativamente estables. Los esquemas son las componentes fundamentales de los que dependen los patrones cognitivos, afectivos y motivacionales que se denominan personalidad, que es la respuesta del temperamento con el ambiente.</p>

<p>La terapia focalizada en las emociones (TFE) Greenberg (2002)</p>	<p>dialéctico-constructivista. Enfoque humanístico experiencial.</p>	<p>sintomatología depresiva y trauma emocional</p>	<p>Esta terapia se basa en dos fases: Llegada y salida. Se centran en la concienciación y la aceptación de emoción implica los siguientes cuatro pasos: 1) Ayudar a las personas a tomar conciencia de sus emociones. 2) Entrenar a la gente para acoger su experiencia emocional, necesita ser entrenada en habilidades de regulación si es necesario para ayudarles a tolerar sus emociones. 3) Es necesario ayudar a las personas a describir sus sentimientos con palabras para ayudarles a resolver problemas y 4) Necesitan ser ayudados a tomar conciencia de si sus reacciones emocionales son sus principales sentimientos en esta situación. Aquí entra la segunda fase, el coaching es más central e implica mover o transformar los sentimientos básicos 5) El entrenador y la persona deben evaluar si la emoción es una sana o insalubre a la situación actual. Si es saludable, debe utilizarse como guía de acción. Si no es saludable tiene que ser cambiado. 6) cuando las emociones primarias son insalubres, la persona tiene que ser ayudada para identificar la voz negativa asociada con estas emociones. 7) encontrar y confiar respuestas emocionales saludables alternas y necesariamente 8) Entrenar para desafiar los pensamientos destructivos, en sus insalubres emociones, desde una nueva voz interior basada en emociones y necesidades primarias saludables, aprender a regular cuando sea necesario. Características. Guían el entrenamiento emocional en tres principios empíricamente sustentados; Conciencia emocional, regulación emocional y transformación emocional.</p>	
<p>Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (MBCT), Segal, Williams, y Teasdale, 2002</p>	<p>Cognitiva</p>	<p>8 semanas con sesiones grupales y práctica diaria en casa.</p>	<p>sintomatología depresiva mayor</p>	<p>Los pacientes aprenden a practicar la Atención Plena y entrenan su uso diariamente, pero también aprenden lo que son los pensamientos automáticos y por qué son importantes, cómo funcionan, cómo detectarlos y registrarlos, cuál es la relación que tienen con emociones como la tristeza, qué es el pensamiento rumiador, cómo puede aprender a cuidarse mejor, etc. (Segal, Williams y Teasdale, 2002).</p>

Terapia de Valoración Cognitiva (TVC) Wessler.y Hankin-Wessler (1991)	Técnica Cognitiva		TP	La terapia se requiere el establecimiento de una alianza terapéutica sólida. El método terapéutico propuesto extraído de otros enfoques cognitivos son las auto instrucciones. Plantea un nuevo enfoque la emoción influye sobre la cognición y puede llevar a capturarla. Es decir, la motivación supone que la conducta está dirigida por las emociones en vez de por los esquemas (por ejemplo la vergüenza o auto-compasión).
Terapia basada en la mentalización (TBM) Anthony Bateman y Peter Fonagy (1999)	Terapia de corte psicodinámico, sustentada en la teoría del apego (Bowlby, 2011)	Tres fases en un periodo de 12 y 18 meses	TLP	Esta terapia está basada en la mentalización, vista como un proceso de percepción e interpretación de las conductas de uno mismo y de los otros, el TLP puede presentarse por el apego inseguro y desorganizado que presentan las personas que lo padecen. El tratamiento se estructura en tres grandes fases, con su propio objetivo y procesos específicos (Bateman y Fonagy, 2006). En la primera fase se intenta lograr que el paciente se involucre en el tratamiento. Fase media tiene lugar el trabajo más duro para el paciente, pues incluye terapia individual y grupal encaminada a trabajar la mentalización (mediante técnicas específicas, de profundidad creciente) fase final (generalmente tras 12-18 meses) se prepara al paciente para la finalización del tratamiento intensivo, trabajando los sentimientos de pérdida y el mantenimiento de los logros. La TBM pretende ayudar al paciente a incrementar su capacidad de mentalización, mediante la exploración e identificación de emociones en multiplicidad de situaciones. Se trata de estimular una relación de apego lo suficientemente significativa como para que el paciente se implique en terapia, pero al mismo tiempo ayudándole a mantenerse en una postura mentalizadora (Bateman y Fonagy, 2006)

Terapia de desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares EMDR (PAI; Shapiro, 2001)	Abordaje psicoterapéutico	Consta de 8 fases	TEPT TLP	En la terapia EMDR, al paciente se le indica que note de manera plenamente consciente lo que ocurre con las representaciones de las percepciones, emociones, sensaciones, impulsos de acción y autoafirmaciones perturbadoras o disfuncionales. La terapia consta de 8 fases/1ra. Recogida de historia (Ajustar el ritmo de la recogida de historia por una capacidad limitada de tolerancia afectiva) 2da. Preparación y estabilización (relación terapéutica, intervenciones psicoeducativas, trabajo con los patrones de autocuidado, lidiar con los impulsos deliberados de autolesión y las amenazas de suicidio, desarrollo de capacidades de regulación emocional, trabajo focalizado en el abuso de sustancias, trabajo con las defensas, procedimientos específicos para la autodiferenciación, trabajo con las partes disociativas de la personalidad). Fases 3-7 Reprocesamiento del trauma: (ajustar el ritmo del proceso terapéutico, determinar (probar) la preparación para el procesamiento, determinar la preparación, selección de dianas, distintas vías en el plan de tratamiento para el TLP, Características del paciente que guían la secuencia de dianas, adaptaciones en la fase de evaluación, adaptaciones en la fase de desensibilización, finalización de la sesión
"Terapia de Activación Emocional" (TAE) Hauke y Dall'Occhio (2013)	cognitivo-conductual	14 sesiones	Trastorno de Angustia con Agorafobia	Es un formato en el cual la asociación problemática entre estímulos, reacciones y significados emocionales es reemplazada por asociaciones menos problemáticas. Se basa en algunos principios fundamentales de la psicología emocional: Emoción y activación emocional, activación de las emociones con la ayuda del cuerpo, discriminación entre las emociones activadas, la existencia de emociones primarias y secundarias y la búsqueda de una mayor y mejor regulación emocional en el paciente. Características. Consta de siete pasos o fases: Preparación del trabajo y estrategia de

supervivencia emocional, auto-observación y focalización corporal, selección y activación de la situación problemática desarrollo del campo emocional discriminación de las emociones primaria y secundaria, profundización del trabajo con la emoción primaria, afrontar otras emociones en el campo emocional y maestría emocional. la activación emocional ocurre de dos maneras:

- a través de la imaginación escénica y
- insertando los patrones de efecto

Evaluación ecológica momentánea (EMA).	terapias breves	Varía de acuerdo al tratamiento	consumo del alcohol	<p>Es una evaluación que proporciona un marco para los tratamientos que se caracterizan por ser aplicados en la vida cotidiana del sujeto, en tiempo real y en el mundo real. Permite al sujeto la oportunidad de poner en práctica las habilidades que previamente ha entrenado con la aplicación en un contexto real, reduciendo además el tiempo total del tratamiento. Reduce los sesgos conocidos por plagar informes retrospectivos y reconstrucción de eventos y experiencias pasados. Los datos recopilados con EMA nos permiten estudiar la variabilidad y la inestabilidad de los síntomas a lo largo, interacción dinámica entre el medio ambiente, las experiencias personales síntomas psicopatológicos. Proporciona la oportunidad de llevar a cabo la evaluación y análisis contextual. Sobre los trastornos del estado de ánimo y el estado de ánimo desregulación, lo que ilustra 6 grandes beneficios del enfoque EMA para la evaluación clínica:</p> <p>(a) Tiempo real las evaluaciones aumentan la precisión y minimizan el sesgo retrospectivo; (b) las evaluaciones repetidas pueden revelar procesos dinámicos; (c) las evaluaciones multimodales pueden integrar aspectos psicológicos, fisiológicos y datos (d) se pueden identificar relaciones específicas de contexto o de contexto de síntomas o comportamientos; (mi) la retroalimentación interactiva se puede proporcionar en tiempo real; (f) las evaluaciones en situaciones de la vida real mejoran generalización. Se puede adoptar diversas formas y ser utilizada como tratamiento o complemento de la terapia psicológica tradicional.</p>
--	-----------------	---------------------------------	---------------------	--

La terapia cognitivo-conductual dinámica (TCCD) Turner (1989, 1994)	cognitivo-conductual técnicas de interpretación	1 año	TLP	La terapia se centra principalmente en los componentes impulsivos-de ira del TLP, integra estrategias terapéuticas dinámicas para clarificar y modificar los esquemas del paciente. Resalta la importancia de las relaciones interpersonales en el funcionamiento humano. El programa de tratamiento consta de varias fases: 1) control de la crisis; 2) contrato terapéutico; 3) evaluación del problema; 4) formulación de caso dinámica-cognitiva; 5) intervención intensiva; 6) sesiones terapéuticas de apoyo («booster sesiones»), y 7) terminación. Consta de estrategias que se clasifican en de tres grupos: a) Estrategias que implican acción (tareas para casa, representación de papeles e inversión del papel, autor-registros entre otras), b) Estrategias que utilizan la imaginación (auto-modelado encubierto, imaginación guiada, terapia implosiva y exposición en la imaginación. C) Estrategias de codificación y procesamiento de la información (interpretación y cuestionamiento de las distorsiones cognitivas, educación activa, enseñanza de habilidades de solución de problemas).
Modelo Integrativo para la Regulación Emocional (MIRE) Reyes (2012)	Terapias Conductual contextuales, (mindfulness) en la teoría del trastorno por evitación experiencial teoría del procesamiento informacional (Persons, 2008) y modelos emocionales metacognitivos (Wells & Mathews, 1996).	19 sesiones.	trastorno por atracción	El modelo transdiagnóstica integrativo se conceptualiza y trata los problemas mediante el balance de estrategias de aceptación psicológica (por ejemplo, validación, aceptación y atención plena), inicia con una conceptualización de caso colaborativa entre el usuario y el terapeuta, en esta etapa se utilizan las siguientes estrategias: Validar la experiencia emocional, identificar las respuestas de control, aceptar las emociones y desarrollar una actitud flexible hacia ellas, sustituir estrategias metacognitivas improductivas, fortalecer habilidades de regulación emocional, replantearse direcciones de vida, fortalecer las habilidades para cuidarse a sí mismo, reevaluar supuestos emocionales, reevaluar supuestos personales, prepararse para la vida fuera de la terapia. El modelo contempla la implementación de técnicas de aceptación y validación, modificación cognitiva y metacognitiva, desarrollo de habilidades de afrontamiento y estrategias centradas en los valores.

La evidencia científica sugiere a la terapia cognitivo-conductual dialéctica como la opción terapéutica con mayor apoyo empírico, ya que existen más datos de eficacia clínica positiva, especialmente por su eficacia sobre la reducción de los intentos de autolesiones o la inestabilidad afectiva (Linehan, 1993; Fernández, 1996). La misma autora asegura que su terapia es efectiva (Waltz, y Linehan, 1999), según otras investigaciones de los autores Quiroga y Errasti (2001) han propuesto que la terapia dialéctica cuenta actualmente con seis publicaciones con datos empíricos, tal como: Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon y Heard (1991), Shearin y Linehan (1992), Linehan, Heard y Armstrong (1993), Shearin y Linehan (1994), Simpson, Pistorello, Begin, Costello, Levinson, Mulberry, Pearlstein, Rosen y Stevens (1998) y Koerner y Linehan (2000). (Para una revisión de la eficacia de los tratamientos psicológicos antes mencionados véase Scheel, 2000). Si bien, los tratamientos disponibles para los trastornos de la personalidad son variados, pues existen numerosos enfoques dirigidos a la modificación de la DE dirigidos al TLP y otros trastornos. Aunque los que cuentan con resultado eficaces en las técnicas; es la postura cognitivo-conductual, ya que han abordado más bien síntomas concretos que comportamientos globales (Caballo, 2001).

Siguiendo en la misma línea, Cuevas y López (2012) realizaron una investigación de las intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del TLP, se trata de estudios que cumplen los requisitos básicos para ser considerados ensayos clínicos aleatorizados (ECA). Describen catorce estudios diferentes, éstos se llevaron a cabo en contextos de atención ambulatoria, los participantes eran fundamentalmente mujeres, con diagnóstico de TLP y eran asignadas de manera aleatorizada a las distintas condiciones de tratamiento. Mediante las revisiones sistemáticas y los estudios de meta-análisis avalan la eficacia diferencial de la DBT y parece ser el tratamiento de elección para el TLP, pues es eficaz para la reducción de los intentos de suicidio y de las conductas de autolesión, además de mejorar el ajuste social de los pacientes. Las recomendaciones derivadas de los ensayos clínicos lo resumen de la siguiente manera: la DBT es una terapia recomendada para mujeres con diagnóstico TLP, probada en contextos de atención comunitaria,

principalmente si presentan tendencias auto lesivas y suicidas, trastornos crónicos del Eje 1, (trastornos por abuso de sustancias que además son un factor de riesgo asociado a suicidio consumado), conductas de ira, impulsividad y agresiones.

3.3. Un taller basado en evidencia científica: objetivos y contenidos.

El objetivo de este trabajo es la propuesta de un taller para la RE en pacientes con trastorno límite de personalidad (TLP); la intención es reducir el tiempo o sesiones de las terapias para la inserción en centros hospitalarios o clínicas con alta demanda.

En los capítulos anteriores se ha mencionado la importancia y la eficacia que muestran las terapias de “tercera generación”. Por ello, el tratamiento que a continuación se desarrolla en el taller tiene bases principales en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), de Hayes, Stroschal y Wilson (1999) y la de Linehan (1993), Terapia Dialéctica Conductual (DBT). El tratamiento que se adaptó para su aplicación del taller se fundamenta en la; “Terapia basada en la aceptación y el compromiso TAU” (Gratz, 2009). Esta terapia se compone de la integración de varias terapias conductuales basadas en la aceptación con un enfoque de tratamiento para la DE, evitación experiencial y conductas autolesivas de pacientes con TLP. De modo que se conceptualiza a la RE como un constructo multidimensional. Su enfoque no está en cambiar la naturaleza de la experiencia emocional del paciente, sino su relación con la experiencia emocional. Es decir, en lugar de equiparar la regulación con el “control”, se debe aprender a controlar los comportamientos en respuesta o la reacción a estas emociones. Tal como señala Gratz (2009), la terapia *“busca el cambio en la relación que el paciente tiene con sus emociones, promocionando la aceptación y disposición emocional y el control conductual”* (p.2).

El modelo original de terapia dura 14 semanas y su contenido de los módulos de grupo de regulación emocional se distribuyen de la siguiente manera: semana 1 (Función de las conductas autolesivas), semana 2

(identificar creencias negativas de las emociones. Psicoeducación de las funciones de las emociones), semanas 3-4 (consciencia emocional), semana 5 (respuestas emocionales primarias vs. secundarias), semana 6 (respuestas emocionales despejadas vs nubladas), semanas 7-8 (evitación emocional/renuencia vs aceptación emocional), semana 9 (identificar estrategias de regulación emocional no evitativas de la emoción, identificar estrategias que tienen la misma función de las autolesiones), semana 10 (control de los impulsos), semanas 11-12 (dirección a lo valioso), semanas 13-14 (obstáculos y compromisos de una vida valorada) y la semana 15-16 para la revisión de tarea la “asignación de valores”.

Justificación del taller

La elaboración del taller que a continuación se desglosa, ha sido desarrollado con base en las técnicas de las terapias de tercera generación con mayor respaldo para el tratamiento de la DE; sus objetivos y contenido se basan en la “Terapia basada en la aceptación y el compromiso TAU” (Gratz, 2009). En este sentido, se ha integrado las técnicas de la (DBT) que encamina a trabajar aspectos especialmente problemáticos, como los comportamientos suicidas y autolíticos o la inestabilidad afectiva. Con base en las terapias antes mencionadas los objetivos del taller de RE para pacientes con TLP incluyen: el establecimiento de una buena relación, terapeuta/sujeto (empatía, aceptación, cordialidad, etc.), y la adquisición de habilidades para regular las emociones, proporcionando una manera de responder con mayor eficacia al ambiente que los rodea, lidiar con el dolor y sufrimiento emocional, y tener buena disposición emocional.

Mediante diferentes ejercicios y siguiendo los lineamientos del taller, se pretende enseñar a los sujetos las consecuencias de intentar controlar sus emociones directamente y si controlan las conductas en respuesta a sus emociones, a ser consciente de tomar o no una elección, a diferenciar los anteriores patrones de conducta, y si estos pueden cambiar para posibles

alternativas al problema. Además, se toma en consideración puntos de la conducta de la autolesión, pues se considera como un punto central en el TLP.

Posteriormente, es necesario puntualizar, que a cada sesión se agregaron ejercicios de *mindfulness* o atención plena. En los descansos intermedios que normalmente ocupan los talleres para la comodidad del paciente, en la propuesta del taller para la regulación emocional para pacientes con TLP, sustituye los descansos por ejercicios de conciencia corporal a modo de proporcionar un camino de auto-conocimiento interno, y ampliar su visión de la vida, y dirigir la atención hacia el sí mismo. Al sustituir el descanso por la terapia psico-corporal se pretende que el (la) paciente libere sentimientos y emociones, proporcionando un alivio psicológico por medio de la manipulación del cuerpo y la respiración. Los ejercicios se desarrollaron con base al manual de conciencia corporal en coordinación general del programa IMSS-Oportunidades (s.f.).

Se pretende que las características del taller se apeguen lo mas posible a los lineamientos para un mejor desarrollo del mismo y pueda utilizarse en los centros hospitalarios o clínicas con alta demanda.

El taller debe ser de corta duración, las sesiones del taller se redujeron a 10 sesiones, una sesión por semana de aproximadamente una hora y media (siendo que la terapia en la cual se basa el taller originalmente consta de 16 semanas), escogiendo las sesiones de trabajo centradas en la RE.

Los grupos están programados para 15 pacientes por cada sesión, (se determinó el número de pacientes no mayor a 15 por los espacios reducidos que llegaron a tener los centros hospitalarios y por la alta demanda).

Las sesiones terapéuticas van dirigidas a pacientes deambulatorios con tratamiento integral (Psicoterapia y/o fármacos) que permitan tener un avance significativo en el tratamiento, este control se realiza por el historial clínico o diagnóstico que fue expedido por el hospital o clínica donde se hizo el ingreso. Es decir, el paciente cuenta con evaluaciones y entrevistas que realizan los especialistas (doctores, psicólogos, psiquiatras, enfermeras etc.), este historial nos permite saber qué tipo de pacientes están listos para recibir el taller. Cada uno de los pacientes lleva un seguimiento que controla el terapeuta, en el

causal incluye: avances de cada sesión, control de asistencia, motivos de falta o algún otro dato relevante que llegara a surgirle al paciente durante las sesiones.

El taller ofrece beneficios que se basan en un tratamiento que ha sido diseñado para personas con diagnóstico de TLP y presenten conductas autolesivas, pensamientos, deseos e intentos suicidas y sobre todo inestabilidad emocional. Es por eso que el taller incorporo nuevas técnicas utilizadas para el tratamiento de este tipo de problemáticas: la Terapia Cognitiva Conductual TCC (Linehan, 1997), la Terapia basada en la aceptación y el compromiso TAU" (Gatz, 2009) y *mindfulness*. Esto permitirá que los pacientes se puedan comportar de una forma más eficiente y poder llevar una vida más equilibrada.

El taller pretende cumplir con características que beneficien a los pacientes, por ello, otro de los puntos a considerar para un mejor tratamiento es el grupo de terapeutas que conforman el equipo. Se busca que el taller este dirigido por un especialista con habilidades centrales de las terapias de orientación conductual, la filosofía dialéctica y la tradición budista zen y que pertenezca al personal del hospital, clínica o institución. Se pretende que la persona que esta encargada pueda capacitar a las personas que impartirán el taller, este puede estar conformado por psicólogos, pasantes o afines en el área de la salud. Las sesiones se pueden llegar a impartir hasta con dos terapeutas, estas dos personas tendrán el conocimiento del taller, quien uno se encargara de llevar las sesiones, el otro llevara el control de asistencias, ayuda con el material, apoyo con las dudas de los pacientes etc. Los objetivos del terapeuta es que deben trabajar para establecer una relación interpersonal fuerte y positiva con el paciente desde un principio. También los terapeutas planearan estrategias que permitan ver los obstáculos o problemas que se presenten en el transcurso del taller (inasistencia, motivo cuando no realizan las tareas o actividades, intentos de suicidio, faltas de respeto entre participantes). Dicho terapeuta tiene la tarea de ayudar al paciente en la DE y con las conductas problema, intentando reemplazarlas por otras más adaptativas mediante la enseñanza de habilidades. Todo esto tendrá que ir anotándose en el registro de cada uno de

los pacientes, de modo que con el tiempo los terapeutas puedan llegar a debatir las posibles soluciones que puedan aplicarse en cada uno de los casos. Por último, la complejidad del TLP llega a poner a prueba las capacidades de los terapeutas o del equipo de la salud mental, por ello una herramienta útil para este tipo de cuestiones es llevar a cabo reuniones de equipo, en donde el terapeuta pueda plantear sus inquietudes para seguir adelante con el taller.

Por otro lado, los pacientes que no podrán recibir el taller serán aquellos que no tengan un registro o una evaluación inicial que diagnostique el trastorno, en caso de que el paciente este tomando el taller y presente alguna de las siguientes conductas (recaída, una crisis o alguna conducta suicida) que reporten sus familiares de la inestabilidad emocional del paciente, se tendrá que dar de baja y acomodarlo en los siguientes talleres que se impartan en la institución. El personal multidisciplinario del hospital encargado del área del TLP se encargara de informar cuando el paciente este apto para continuar con el taller.

Por último, hay que considerar los espacios físicos donde debe impartirse el taller, como el taller está dirigido a clínicas y centros hospitalarios, se tendrá que contar con un espacio fresco y con ventilación a modo que los pacientes se encuentren cómodos en el lugar y puedan desplazarse dentro del salón, el lugar debe de contar con un buen espacio para que se puedan realizar las actividades de *mindfulness*. Del mismo modo, el salón que sea asignado para el taller contara con lo básico de un aula, sillas o bancas, un pizarrón para explicar o realizar los ejercicios.

Alcances y limitaciones

Lo que se pretende con el taller de regulación emocional para pacientes con TLP, es buscar que el paciente alcance un cambio funcional y estable en su vida, que la autoestima y la confianza en si mismo del paciente se vea reflejada, que aprenda nuevas habilidades para experimentar sus emociones para comenzar nuevas relaciones, mejorar las actuales y terminar con las que sean problemáticas. Así mismo puedan entender que las emociones pueden

experimentarse de un modo que no resulten dominantes y que puedan tolerar en dolor emocional sin recurrir a conductas que atenten contra su vida como lo son: autolesiones, pensamientos, deseos e intentos suicidas. De tal modo que los conceptos de aceptación y validación que ocupan la terapia (TDC) son imprescindibles, pues se busca que el individuo aprenda a aceptar la experiencia de dolor en lugar de recurrir a las conductas autodestructivas. Dichas habilidades se trabajan en las clases grupales, las cuales son apoyadas por los módulos correspondientes a cada habilidad.

Estos cambios se esperan que sean notables a la mitad del taller, tal vez en la sexta o séptima sesión, con en objetivo de poder concluir con las 10 sesiones y con el total del grupo de pacientes que se inscribió al inicio del taller. Las instituciones públicas, los centros de salud o clínicas, cuentan con alta demanda de los trastornos de la personalidad, dentro de los grupos del trastorno el TLP está entre los favoritos para el estudio y la investigación por la complejidad de dicho trastorno, por ello se pretende atender el mayor numero de pacientes en un menor tiempo, obteniendo cambios signiticativos en su vida, ofreciendoles un seguimiento por parte de la institución cada determinado tiempo al concluir el taller.

Con los problemas con los que se enfrentaría el taller pueden ser variados por la complejidad con la que cuenta el TLP, uno de los casos puede ser el alto índice de abandono de la terapia y un alto grado de tensión en los terapeutas, esto hara que no concluyan con el tiempo estipulado y abandonen simplemente el taller.

Otro de los problemas con los que se enfrentaría el taller es que no se presentes avances signifiativos en los pacientes, esto por las terapias que se utilizan usualmente, estas llegan a obtener mejorías significativas entre los 12 a 18 meses. Que el tiempo no sea el suficiente para ver los cambios en los pacientes perdiendo el interés del taller.

SESION 1. Estructuración de una base terapéutica

Duración: 1:30 hrs.

Objetivo: Establecer un vínculo entre terapeuta y paciente, presentar el contexto de la terapia y sus objetivos y el papel que llevaran a cabo dentro del grupo.

Material: Hojas, lápiz

Actividades:

1. Analizar la tarea de la sesión anterior. (nota: si no llegaron a realizar el ejercicio, se tendrá que desarrollar durante la revisión)

- Se revisará la experiencia que tuvieron al hacer el ejercicio "Estrategias de regulación emocional para las autolesiones" (Anexo 2). Se tendrá que identificar las formas negativas y positivas que precedieron los impulsos de las autolesiones.

- El terapeuta tendrá que ayudar a identificar entre emociones, pensamientos y situaciones, para que el participante comience a identificar mecanismos de afrontamiento adaptativos que ya utiliza en lugar de las autolesiones. Si el paciente no llegara a lesionarse, el terapeuta reforzará las estrategias por el cual no realiza la conducta.

2. Reconocer sentimientos negativos

- En este punto los participantes deben identificar cuáles son las creencias donde están más enganchados que les hace sentirse tan abrumados. Con el apoyo del ejercicio "emociones perjudiciales" (Anexo 3) el terapeuta debe preguntar al paciente como es que están ligadas las emociones negativas con las creencias y de dónde creen que provienen.

- Al concluir el ejercicio, se pide a los participantes que en una hoja blanca la dividan a la mitad, colocando de un lado las emociones positivas y del otro las emociones negativas que identificaron en el ejercicio anterior. Así el terapeuta concluye con las consecuencias de esas creencias y qué hacer cuando las emociones sean intolerables, a modo que el participante pueda percibir que alguna vez fueron conductas adaptativas, pero una vez que el contexto ha cambiado, la conducta es menos adaptativa.

3. Mindfulness (Ejercicio de mirarse detenidamente a los ojos. [Anexo 4])

- Cuando termine el ejercicio se revisará la experiencia de los participantes mediante preguntas cuando permanecen un momento en silencio con los ojos cerrados y posición de arraigo. Se reflexiona y el participante cuenta si tiene que ver algo con él o si le produce alguna sensación.

4. Funciones importantes de las emociones.

- La importancia de esta actividad es proporcionar psicoeducación de las funciones de las emociones, el terapeuta expone los puntos importantes del tema a modo que a los participantes les quede claro. Para después en una hoja en blanco los participantes elaboren un tríptico de lo que piensan de la información y expongan a los demás sus puntos de lo aprendido.

- El terapeuta discute lo expuesto por cada participante sobre el tema anterior, a modo de distinguir la funcionalidad de las emociones, y empiecen a identificar nuevas formas de afrontar y responder las creencias negativas acerca de las emociones por medio de la psicoeducación.

6. Tareas de la semana.

- Realizar el ejercicio de Mindfulness al menos una vez a la semana.
- Se pide al participante que siga generando alternativas a creencias negativas acerca de las emociones que se le presenten en su vida cotidiana y puedan identificar creencias que puedan ser más funcionales.

Sesión 2: Función de las Emociones

Duración: 1:30 hrs.

Objetivo: Mostrar cómo funcionan las creencias negativas de las emociones y abordar nuevas formas responder a las creencias negativas mediante la psicoeducación.

Material: Hoja, lápiz

Actividades:

1. Analizar la tarea de la sesión anterior. (nota: si no llegaron a realizar el ejercicio, se tendrá que desarrollar durante la revisión)

- Se revisará la experiencia que tuvieron al hacer el ejercicio "Estrategias de regulación emocional para las autolesiones" (Anexo 2). Se tendrá que identificar las formas negativas y positivas que precedieron los impulsos de las autolesiones.

- El terapeuta tendrá que ayudar a identificar entre emociones, pensamientos y situaciones, para que el participante comience a identificar mecanismos de afrontamiento adaptativos que ya utiliza en lugar de las autolesiones. Si el paciente no llegara a lesionarse, el terapeuta reforzará las estrategias por el cual no realiza la conducta.

2. Reconocer sentimientos negativos

- En este punto los participantes deben identificar cuáles son las creencias donde están más enganchados que les hace sentirse tan abrumados. Con el apoyo del ejercicio "emociones perjudiciales" (Anexo 3) el terapeuta debe preguntar al paciente como es que están ligadas las emociones negativas con las creencias y de dónde creen que provienen.

- Al concluir el ejercicio, se pide a los participantes que en una hoja blanca la dividan a la mitad, colocando de un lado las emociones positivas y del otro las emociones negativas que identificaron en el ejercicio anterior. Así el terapeuta concluye con las consecuencias de esas creencias y qué hacer cuando las emociones sean intolerables, a modo que el participante pueda percibir que alguna vez fueron conductas adaptativas, pero una vez que el contexto ha cambiado, la conducta es menos adaptativa.

3. Mindfulness (Ejercicio de mirarse detenidamente a los ojos. [Anexo 4])

- Cuando termine el ejercicio se revisará la experiencia de los participantes mediante preguntas cuando permanecen un momento en silencio con los ojos cerrados y posición de arraigo. Se reflexiona y el participante cuenta si tiene que ver algo con él o si le produce alguna sensación.

4. Funciones importantes de las emociones.

- La importancia de esta actividad es proporcionar psicoeducación de las funciones de las emociones, el terapeuta expone los puntos importantes del tema a modo que a los participantes les quede claro. Para después en una hoja en blanco los participantes elaboren un tríptico de lo que piensan de la información y expongan a los demás sus puntos de lo aprendido.

- El terapeuta discute lo expuesto por cada participante sobre el tema anterior, a modo de distinguir la funcionalidad de las emociones, y empiecen a identificar nuevas formas de afrontar y responder las creencias negativas acerca de las emociones por medio de la psicoeducación.

6. Tareas de la semana.

- Realizar el ejercicio de Mindfulness al menos una vez a la semana.

- Se pide al participante que siga generando alternativas a creencias negativas acerca de las emociones que se le presenten en su vida cotidiana y puedan identificar creencias que puedan ser más funcionales.

Sesión 3. Incrementar el contacto con las emociones.

Duración: 1:30 hrs.

Objetivo: Proporcionar diferentes componentes de las respuestas emocionales. Explorar la forma de incrementar las diferentes formas de respuesta y la consciencia emocional.

Material: Hoja, lápiz.

Actividades:

1. Organización.

- Se revisan las tareas de la sesión pasada, y se continua guiando a los participantes a diferenciar entre las creencias negativas y cuales han sido las más relevantes de su vida.

2. Contacto con las emociones

- Se les entrega la hoja de "contacto con las emociones" (Anexo 5), el terapeuta aclara las dudas de los participantes, asegurándose que haya quedado claro el propósito de las emociones, y que las emociones pretenden decir algo y puedan averiguar el por qué están ahí.

- El terapeuta facilita información sobre las diferentes formas de respuesta de las emociones, otra forma de consciencia emocional que les permite reflexionar sobre la manera en la que conocen las emociones. Con apoyo del pizarrón, dividido a la mitad, el terapeuta coloca de un lado "emoción", y del otro "situación".

- Expone los casos de los participantes asegurándose incrementar la consciencia emocional y examinando principalmente las emociones específicas que siente cada uno.

3. Centrar la consciencia emocional.

El terapeuta debe destacar el ¿por qué es importante tener consciencia emocional?, a modo que los participantes tengan claro que las emociones proporcionan información significativa y que entre más consciente, más pueden averiguar la mejor manera de responder a su contexto.

4. Mindfulness. "Ejercicio de exhalación larga y respiración staccato" (Anexo 6)

- La intención del ejercicio es estimular el sistema parasimpático y preparar la carga emocional. Con los ojos cerrados y en posición de arraigo mientras se inhala por la nariz todo el aire que puedas. Al exhalar por la boca, alarga la salida del aire de manera que los pulmones queden vacíos. Se realiza una pausa y repite 13 veces.

5. Otra manera de identificar las emociones.

- Con ayuda de una hoja en blanco, los participantes escribirán la respuesta a las diferentes situaciones que el terapeuta exponga. Con la pregunta ¿cuál es la mejor manera de responder?, (ej. Si sientes que estas a punto de estallar por: ira, vergüenza, temor, tristeza o euforia).

- Concluir señalando, que cuando se presente una emoción, se puede buscar las maneras de reducir la intensidad de la emoción, haciendo que sea más fácil de modular la emoción de manera sana, adaptativa o actuar.

6. Tarea de la semana.

- Realizar el ejercicio de Mindfulness al menos una vez a la semana.

- Continuar respondiendo a la pregunta ¿cuál es la mejor manera de responder?, cuando se encuentren en situaciones complicadas. Para revisar la siguiente sesión.

Sesión 4. Identificar emociones.

Duración: 1:30 hrs.

Objetivo: Reconocer los tipos de emociones y las diferencias de las respuestas emocionales primarias y secundarias a modo de identificar los pensamientos asociados con la emoción y después centrarse en cambiar su relación con los pensamientos.

Material: hojas, lápiz.

Actividades

1. Retroalimentación.

- Preguntarles a los participantes cómo les fue con la actividad para identificar la información que proporcionan sus emociones.

2. Diferencias de las respuestas emocionales primarias y secundarias.

- El terapeuta explica brevemente el otro tipo de emociones que las personas experimentan y la clasificación de los dos tipos de respuestas. Con ayuda del pizarrón dividido a la mitad, de un lado respuestas emocionales primarias y del otro secundarias, se pide a cada uno de los participantes que vayan mencionando una característica, mientras el terapeuta va escribiendo y retroalimentando el tema.

- Para continuar se pide a los participantes realizar el ejercicio “comprobando lo aprendido” (Anexo 7), para dejar claro las diferencias de las respuestas emocionales.

- Se finaliza reflexionando sobre la utilidad de las respuestas emocionales primarias y secundarias de la vida cotidiana. La idea es ayudar a encontrar las maneras de expresar y conectarse con sus experiencias que contribuyen al desarrollo de respuestas emocionales primarias y secundarias.

3. Mindfulness. “Descripción de fotografías”

- La intención: se pueda realizar una descripción de las emociones. En un principio optarán por decir que la persona “está enfadada” o “triste” a lo que se les indica que las emociones no se observan directamente, sino que lo que se ve es que tiene “el ceño fruncido” o “los labios hacia abajo”, que sí son ejemplos de descripciones. Ahora se entrega a los pacientes diferentes fotos con caras que representen diferentes emociones y se les pide que las describan.

4. Diferentes maneras de acercarse a las emociones.

- El terapeuta expondrá diferentes ejemplos de situaciones emocionales con los que se presentan a diario. La idea es que los participantes respondan acertadamente. El objetivo es ayudar a reducir las emociones secundarias y para eso se tiene que cambiar la manera en la que se relacionan y responden a las emociones primarias.

5. Tarea de la semana.

- Realizar el ejercicio de Mindfulness al menos una vez a la semana.
- Identificar emociones primarias y secundarias dentro del su contexto y realizar una listado en una hoja y observar los sentimientos y sus asociaciones a las tendencias de acción, para reflexionar en la siguiente sesión.

Sesión 5. La complejidad de las emociones.

Duración: 1:30 hrs.

Objetivo: Resaltar las emociones que pueden ser muy útiles. Reconocer cuales son las que guían la conducta y poder distinguir entre los diferentes tipos de emociones.

Material: Hoja y lápiz.

Actividades

1. Organización.

- Se revisa la lista de las emociones primarias y secundarias que identificaron los participantes, el terapeuta reflexiona sobre el tipo de pensamientos que notaron cuando surgían dicha emociones y cuál fue la reacción antes estas.
- El terapeuta pide a 5 participantes para contestar preguntas ante los demás y presenten su experiencia sobre las emociones que han permanecido un largo tiempo en su vida y que es lo que la mantiene ahí.

2. Complejidad de las emociones.

- Ahora el terapeuta expone el siguiente tema, con el objetivo de distinguir entre los diferentes tipos de emociones. Los participantes deben de saber diferenciar entre las emociones primarias y secundarias de las emociones despejadas y las emociones nubladas.
- La actividad se apoya con el ejercicio “la complejidad de las emociones” (Anexo 8) el punto central es la psicoeducación para los participantes y puedan tener más claro las respuestas emocionales despejadas y nubladas.
- Concluir con los factores pueden contribuir a las emociones nubladas y despejadas, revisando los puntos importantes de cada participante.

3. Mindfulness. Ejercicio remador (Anexo 9)

- La intención del ejercicio es recuperar la capacidad de autorregulación del libre flujo de la energía vital. Se inhala y levanta los brazos arriba de la cabeza. Al exhalar, ponte en cuclillas y abraza las rodillas. El ejercicio se repite.
- Cuando concluye el ejercicio, se mantiene en silencio con los ojos cerrados, se reflexionan las preguntas

que el terapeuta realice.

4. Identificar las respuestas emocionales despejadas y nubladas.

- El terapeuta debe hacer reflexionar a los pacientes de experiencias recientes e identifiquen cuál fue la respuesta emocional despejada y cuál fue la respuesta emocional nublada. Adicionalmente también se les recuerda que las respuestas emocionales disfuncionales y nubladas son diferentes a las respuestas emocionales primarias y secundarias.

5. Tarea de la semana

- Realizar el ejercicio de Mindfulness al menos una vez a la semana.

- Identificar las respuestas emocionales despejadas y nubladas dentro de su contexto y realizar un listado en una hoja y observar los sentimientos y sus asociaciones a las tendencias de acción, para reflexionar en la siguiente sesión.

Sesión 6. Consistente con su experiencia emocional

Duración: 1:30 hrs.

Objetivo: Encontrar una manera para responder a las emociones, mediante el cambio de la forma en la que nos centramos.

Material: Hojas y lápiz

Actividades.

1. Reflexión de la sesión anterior.

- Se hace una recapitulación de los temas que se vieron en la sesión anterior. El terapeuta aclara las dudas de los participantes mediante preguntas y con el apoyo del pizarrón se responden a sus preguntas.

- Ahora se discute la tarea de la sesión anterior, reflexionando si fueron capaces de identificar sus situaciones a las respuestas nubladas y despejadas, y si pudieron notar un cambio a sus respuestas emocionales.

2. Efectos de los intentos de evadir o controlar sus emociones

- Esta sesión se centra en temas sensibles, se le pide a los participantes pongan de su parte para llevar una sesión con respeto. Con apoyo de hojas, se le pide a los participantes que escriban una situación que haya tratado de evitar o controlar recientemente a algo que estaban sintiendo.

- Después se realiza el ejercicio "Control de tus emociones" (Anexo 10), se revisan las experiencias de los participantes, para que el terapeuta pueda observar cuáles son las emociones menos capaces de enfrentar.

3. Mindfulness. “Ejercicio armadillo”

La intención: recuperar la capacidad de autorregulación del libre flujo de la energía vital. En posición de pie. Piernas ligeramente flexionadas, brazos en escuadra a la altura de los hombros, puños cerrados, sin perder la posición de los brazos, estira ligeramente hacia atrás y de golpe, inclina el cuerpo doblado la cintura de modo que se juntan los codos, brazos y los puños frente a la cara. Se repite el ejercicio en un lapso de 3 minutos.

4. Consecuencias incompatibles de los intentos por controlar y evitar las emociones.

- Se les pide a los participantes que en una hoja en blanco, respondan a las preguntas del terapeuta. ¿Por qué tratamos de controlar las emociones?, ¿por qué tratamos de evitar las emociones?, ¿por qué tratamos de escapar las emociones?, ¿cuál crees que sea la mejor opción para reconocer tus emociones?

- Concluir reflexionando sobre si los esfuerzos para estar conscientes de las emociones hay funcionado a largo o corto plazo. El terapeuta mediante ejemplos aclarara dudas para complementar el tema.

5. Experimentar sus experiencias mientras suceden

- Los participantes realizan el ejercicio “formas de distinguir las emociones” (Anexo 11), el terapeuta expondrá diferentes casos, mientras van respondiendo la hoja de ejercicios.

- Se concluye recalando las diferencias entre aceptación y resignación con los ejemplos de los participantes, quien exponga su caso.

Tarea de la semana.

- Realizar el ejercicio de Mindfulness al menos una vez a la semana.

- El participante debe de observar la respuesta a sus emociones, y de esta forma ver cuáles emociones intentan controlar o evitar, así como las consecuencias de sus acciones.

- En una hoja en blanco debe anotar las formas en que distingue la buena disposición a aceptar las emociones, de manera que noten si se sienten menos abrumados, y puedan disminuir su sufrimiento.

- Para entregar la próxima sesión, los participantes escriben sus reflexiones de las consecuencias de tener buena disposición a aceptar en su propia experiencia, debe ser muy cuidadoso para monitorear cuando sucedan los eventos.

Sesión 7. Modular la activación emocional

Duración: 1:30 hrs.

Objetivo: Enseñar estrategias de regulación emocional más adaptativas para tener la capacidad de conocer cosas que se pueden hacer para disminuir las cosas que nos incomoden.

1. Revisión.

- El terapeuta pregunta la experiencia a los participantes sobre las tareas de la sesión pasada, se reforzara su capacidad para notar sus experiencias de las consecuencias de tener buena disposición a aceptar las emociones.

- Se revisa la experiencia de los participantes sobre los ejercicios de Mindfulness, ¿cómo se han sentido?, ¿cómo ha funcionado cuando experimentan nuevas opciones de las respuestas emocionales?, ¿Qué cambios han notado cuando se presenta una emoción desagradable?

2. Modulación emocional.

- Los participantes deben repasar el folleto de “modulación emocional” (Anexo 12) se revisan las estrategias para la regulación emocional y tener en cuenta cuales han sido las conductas insanas.

- Revisar los puntos importantes que expongan cada uno de los participantes sobre como modular las emociones.

3. Mindfulness. “Ejercicio cantar” (Anexo 13)

- En este ejercicio, se pretende tener la capacidad para la auto-regulación.

4. Estrategia más adecuada.

- Se reflexiona con los participantes sobre las diferentes estrategias más adecuadas que han utilizado anteriormente y si podrían funcionar actualmente.

5. Sustituir estrategias insanas

- Con la ayuda del terapeuta se apoya para identificar la estrategia más adecuada para remplazar las estrategias insanas que les incomodan a los participantes, por medio de los contextos, situaciones, ocasiones en los que son más propenso a usar estrategias evitativas. Para concluir se proporciona psicoeducación para mantener la mayor cantidad de estrategias posibles, (flexibilidad).

6. Tareas de la semana.

- Realizar el ejercicio de Mindfulness al menos una vez a la semana.

- Seguir monitoreando las posibles estrategias para la regulación emocional que pueden usar en diferentes circunstancias a modo de remplazar las estrategias insanas.

- Se anota las estrategias que han utilizado a lo largo de la semana que hayan generado cambios en sus respuestas emocionales y que les hayan funcionado.

Sesión 8. Conductas que puedan tener la misma función.

Duración: 1:30 hrs.

Objetivo: Enseñar estrategias para el control de impulsos y las técnicas que ayudan para sustituir por otra conducta que tenga la misma función que la conducta impulsiva.

Material: Hojas, lápiz, colores.

1. Revisión

- Se revisa los puntos importantes de las estrategias que utilizaron los participantes para regular su emociones y cuáles fueron las que funcionaron.
- El terapeuta debe discutir con los participantes como pueden incrementar el uso de las estrategias para regular las emociones que pueden ser o no efectivas dependiendo del contexto en el que se usan.

2. Habilidades para controlar conductas impulsivas.

- Se hablará de las cosas que se pueden hacer para controlar la forma de actuar ante las conductas impulsivas. Con el apoyo del ejercicio "Conductas compulsivas e impulsivas" (Anexo 14).
- Después preguntar a los participantes por las diferencias que pudieron notar entre las conductas compulsivas e impulsivas y discutir el tema.

3. Mindfulness. "Técnica de colorear" (Anexo 15)

- El ejercicio se trata de ponerse a pintar abstraídos en nuestro mundo interior, centrándose en el papel.

4. Técnicas básicas para controlar impulsos.

- El terapeuta debe de enseñar las técnicas para el control de los impulsos, se le pide a los participantes dividan una hoja en cuatro partes, en cada lado escriben; distracción, cambiar la conducta impulsiva con una conducta más adaptativa que tenga la misma función (Sustitución) identificar consecuencias de la conducta a corto y largo plazo (pros y contras) y modificación de la consecuencia.
- Con el apoyo del pizarrón el terapeuta ayuda a los participantes a identificar las funciones de varias conductas que se pidieron describieran su experiencia en las diferentes técnicas para el control de los impulsos.

5. Tareas de la semana.

- Realizar el ejercicio de Mindfulness al menos una vez a la semana.
- A lo largo de la semana los participantes deben de monitorear y registrar diariamente las técnicas que utilicen para controlar sus impulsos.
- Debe de identificar su contexto y puedan sustituir por otra conducta que tenga la misma función que la conducta impulsiva, para revisar la siguiente sesión.

Sesión 9: Orientación a la toma de decisiones del presente.

Duración: 1:30 hrs.

Objetivo: Notar la importancia de los valores y las metas. Centrar la atención en el momento a momento de las acciones y decisiones del presente, en el proceso, en lugar del resultado.

Material: Hoja y lápiz

Actividad

1. Orden de la sesión.

- Se inicia con la revisión del monitoreo de las técnicas que utilizaron para controlar sus impulsos.
- Los participantes deben de reflexionar sobre las estrategias de control de impulsos que utilizaron.

2. Direccionar nuestras decisiones.

- Se debate sobre la importancia de identificar el camino hacia donde se dirige su vida y que es lo que esperan de ella. El terapeuta debe enfocar la atención de los participantes a una nueva dirección de donde quieren ir.
- Se alienta a los participantes para que compartan sus experiencias con los demás sobre las expectativas que han tenido con otras terapias y que es lo que harán al terminar esta terapia.

3. Labores valoradas.

- Los participantes deben de contestar unas preguntas del "ejercicio de valores" (anexo 16) antes y al final de la sesión.
- Se proporciona psicoeducación sobre los valores y las metas, el terapeuta se apoya mediante ejemplos para centrar el proceso y el momento presente y que puedan comenzar a realizar conductas de acercamiento con dirección valiosa independientemente del resultado.
- Se recalca la importancia de tener en cuenta el contexto de la regulación emocional con los valores. Que los valores son definidos por acciones en lugar de emociones.

4. Mindfulness. "Un minuto de atención"

- El ejercicio se basa en estar consciente, se programa una alarma que suene en un minuto, durante ese tiempo la tarea consiste en centrar toda tu atención en la respiración. Es sólo un minuto, deja los ojos abiertos y respira normalmente. Si tu mente se distrae en varias ocasiones no importa, dirige nuevamente tu atención a la respiración. Con el tiempo, se puede ampliar la duración del ejercicio en períodos más largos.

5. Como acercarnos a una vida valorada sin desventajas.

- Se inicia con el concepto de acción valiosa, con apoyo del pizarrón el terapeuta anota un valor que cada participante mencione y seleccione los más significativos para que puedan averiguar las múltiples formas que pueden actuar los participantes de acuerdo a esos valores.
- Se discute sobre las tendencias que las personas hacen al establecer grandes metas, haga que los participantes reflexionen sobre minimizar las acciones, que las cosas pequeñas se van sumando con el tiempo.
- Se concluye respondiendo el “ejercicio de valores” (anexo 16), el terapeuta debe revisar el avance de cada participante de acuerdo a lo aprendido. Si observa problemas con lo aprendido, aclarar la siguiente sesión.

6. Tareas de la semana.

- Realizar el ejercicio de Mindfulness al menos una vez a la semana.
- En una hoja en blanco escriba diez acciones que se focalicen en los valores como un proceso, para revisar la siguiente sesión. Identifique en sus acciones cuales son los valores que reconoce.
- Anote las diferencias entre valores y metas que identifique en la semana, con el propósito de discutir en la sesión.
- Con relación al tema visto, anote las dudas que tenga para que el terapeuta las aclare en la próxima sesión.

Sesión 10: Dificultades y Obligaciones de una vida valorada

Duración: 1:30

hrs.

Objetivo: Identificar que la buena disposición es la clave para acercarse a las emociones. Centrar el momento presente, que hace que las acciones valiosas sean posibles, actuando de manera consistente con sus valores.

Material: Hoja, lápiz.

Actividades.

1. Identificación de la sesión.

- Discutir las dudas que surgieron con la tarea, si presentaron algún problema al identificar sus valores. Guiarlos en la discusión acerca de cambiar la focalización de metas a valores.
- Identificar los resultados que han tenido con los ejercicios de Mindfulness, si han tenido avances, recuerde validar el hecho que los valores representan una intención similar al proceso del mindfulness o atención plena.

2. Que interfiere con su vida.

- Focalizar soluciones para identificar los obstáculos internos y externos y posibles soluciones a estos problemas de acuerdo al tipo de obstáculo que experimente. Complete la hoja de ejercicios "buena disposición para realizar acciones" (Anexo 17)

- Se puntualiza que la buena disposición se trata de aceptar y acercarse con cualquier pensamiento o emoción que aparezcan hacia su vida valorada, experimentarlas para que de esta manera pueda realizar acciones valiosas.

3. Mindfulness. "Ejercicio vibrando"

-El ejercicio aumenta el riego sanguíneo y la temperatura de una manera suave y segura, activando el estado de alerta. Se inicia sacudiendo todo tu cuerpo. Haz mayor énfasis en sacudir las articulaciones: tobillos, cadera, muñecas, codos, hombros y cuello, tratando que los movimientos sean descontrolados. Los pies no se despegan del piso, al terminar se hacen 13 exhalaciones largas y al terminar repita tres veces: "yo soy". Duración aprox. 15 minutos.

4. Compromiso

- El terapeuta introduce el termino compromiso, para después discutir los puntos claves que proporciona un compromiso a nivel terapia, personal, trabajo, familia, amigos, escuela etc., de acuerdo a lo que valoramos. Con el apoyo del pizarrón el terapeuta anota las respuestas que los participantes ante este término.

- El terapeuta explicara las estrategias que hacen que el compromiso sea más fácil, se le pide a los participantes escriban una lista de las estrategias que crean utilizan para realizar el compromiso. Resalte las más eficientes y complete que deben tener en mente mientras piensa en estas estrategias.

- Se continúa explicando las acciones valiosas, que los participantes se sigan centrando en el proceso, no el resultado, también se sigue recordando sus valores que guían sus decisiones para tener una vida valorada.

5. Otras formas de resolver los problemas.

- Se reflexiona sobre los problemas que puedan aparecer en un periodo corto después de concluir la terapia, los participantes deben anotar en una hoja cuáles creen que sean los mayores obstáculos, si podemos predecir, se puede planear cómo superarlos.

- Se revisa las conductas congruentes que se asocien con el estado de ánimo a cómo se sienten en ese momento. El terapeuta debe de insistir en la forma de combatir los obstáculos que se centran en cosas pequeñas, realizables, conductas que se puedan hacer en el momento presente que sean consistentes con nuestros valores.

6. Continuar manteniendo los cambios.

- Se debate con los participantes lo que pasaría cuando se rompen las reglas, a modo de repasar el concepto de recaída, para después los participantes dividan una hoja donde escriban de un lado resbalón

y del otro lado recaídas, a las cuales crean estar propensos.

- Subraye la importancia del progreso e incrementación de la consciencia de tomar decisiones que implican la superación de los obstáculos internos. Que los participantes perciban que deben comprometerse con el proceso de una vida valorada y continuar el proceso una y otra vez para seguir acercándose a lo importante.

7. Cierre de sesión.

- El terapeuta pide a los participantes escriban en una hoja su experiencia con la terapia y si fue lo que esperaban, si funcionara en un futuro para ser conscientes de sus decisiones de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adrian, M., Zeman, J., y Veits, G. (2011). Methodological implications of the affect revolution: A 35-year review of emotion regulation assessment in children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 110, 171-197. DOI: 10.1016/j.jecp.2011.03.009.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.:Erlbaum.
- American Psychological Association. (2010). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association* (2ª. Ed. Adaptada para el español por la editorial El Manual Moderno). Mexico: El Manual Moderno.
- American Psychiatric Association (2013). DSM-5. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association, (2001). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder*. Washington, DC: Guía Clínica para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. Barceloncoma: Psiquiatría Editores, S.L.
- Apsche, J. A. y DiMeo, L. (2012). *Mode Deactivation Therapy for Aggression and Oppositional Behavior in Adolescents: An Integrative Methodology Using ACT, DBT, and CBT*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Aspinwall, L. G., Richter, L., y Hoffman, R. R. (2001). Understanding how optimism works: An examination of optimists' adaptive moderation of belief and behavior. *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice*, 217-238.
- Apsche, J. A., Bass, C. K. y DiMeo, L. (2010). Mode Deactivation Therapy (MDT) Comprehensive Meta-Analysis. *Journal of Behavior Analysis*, 2 (3),171-182.
- Badenes-Sastre, M., Navarro H, M., y García P, A. (2016). Estrategias en la regulación emocional en la comorbilidad entre el trastorno límite de la personalidad y los trastornos alimentarios. Recuperado de <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/154667/03Marta,%20Mari%20a....pdf?sequence=1>
- Bailey, A., Mooney-Reh, D., Parker, L. y Temelkovski, S. (2009). Beyond the Fragmented Self: Integrating Acceptance and Psychodynamic Approaches in the Treatment of Borderline Personality. En J. Ciarrochi & F. P. Deane (Eds.), *Acceptance and Commitment Therapy: Contemporary Theory Research and Practice* (281-310). Bowen Hills: Australian Academic Press.
- Barragán, A., y Morales, M.C. (2014). Psicología de las emociones positivas: Generalidades y beneficios. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 19, 103-118. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/292/29232614006/>

- Bateman, A. W., y Fonagy, P. (1999). The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A. W., y Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Beck, A.T. y Freeman, A. (1992). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Beevers, C. G. (2005). Cognitive vulnerability to depression: a dual process model. *Clinical Psychology Review*, 25, 975-1002. Doi:10.1016/j.cpr.2005.03.003.
- Beevers, C. G. y Carver, C. S. (2003). Attentional bias and mood persistence as prospective predictors of dysphoria. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 619-637.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J. y Staples, A. M. (2011). Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG): revisión conceptual e implicaciones en el tratamiento. *RET, Revista de Toxicomanías*, 63, 15-36.
- Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H. N., Vernon, L., y Gomez, J. (2003). 14 Disturbances in Emotion. *Well-Being: Foundations of Hedonic Psychology*, 267-281.
- Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H. N., Vernon, L. L., y Gomez, J. J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 206-226.
- Bernstein, D. P, Iscan, J. y Maser, J. (2007). Opinions of personality disorders experts regarding the DSM-IV personality disorders classification systems. *Journal of Personality Disorders*, 21(5): 536-551.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241.
- Borges, G., Wilcox, H. C., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., Blanco, J., y Walters, E. (2005). Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12. *Salud Mental*, 28(2), 4,47.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., y Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública de México*, 52(4), 292-304.
- Bowlby, J. (1986). Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida (A. Guera, Trad.; Título original: The making and breaking of affectional bonds). *Madrid, España: Morata*.

- Bowlby, J. (1998). Attachment and loss: volume 1. attachment. (Trad cast: El apego y la pérdida-1. El apego. Barcelona.
- Brown, Z., Comtois, A. y Linehan, M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, 111, 198-202. DOI: 10.1037//0021-843X.111.1.198.
- Butcher, J. N., Mineka, S., y Hooley, J. M. (2007). *Abnormal psychology* (13th edition). Boston, MA: Pearson Education.
- Busch, A. M., Callaghan, G. C., Kanter, J. W., Baruch, D. E., y Weeks, C. E. (2010). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: A replication and extension. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 11-19.
- Caballo, V. E. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 9(3), 579-605.
- Callaghan, M., Summers, J. y Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: a single subject demonstration of clinical effectiveness using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 321-339.
- Cano Vindel, A., y Miguel Tobal, J. J. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y estrés*, 7(2-3), 111-121.
- Carpenter, W., y Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current psychiatry reports*, 15, 335-348. Doi:10.1007/s11920-012-0335-2
- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (1998). Discrepancy-reducing feedback processes in behavior. *On the self-regulation of behavior*, 29-47.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., y Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour research and therapy*, 44(3), 371-394. Doi: [org/10.1016/j.brat.2005.03.005](http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005).
- Chóliz, M. (2005). Psicología de la Emoción: el proceso emocional España. Departamento de Psicología Básica. *Universidad de Valencia*, pp. 1-33. Recuperado de www.uv.es/=choliz
- Clarkin J, Foelsch P, Levy K, Hull J, Delaney J, Kernberg O. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with dorderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *Journal Persnality Disorders*, 15(6): 487-495.

- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., e Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 7,1-10. Doi.10.1017/S0954579400006301.
- Cohen, S., y Herbert, T. B. (1996). Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual review of psychology*, 47, 113-142.
- Cole, P. M., Martin, S. E., y Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research [version electronica], *Child development*, 75(2), 317-333.
- Company, R., Orbest, U. y Sánchez, F. (2012). Regulación emocional interpersonal de las emociones de ira y tristeza. *Boletín de Psicología*, 104: 7-36.
- Consejo asesor de sobre asistencia psiquiátrica y salud mental. (2006). *Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)*. Quaderns de salut mental, Barcelona.
- Cuevas Yust, C., y López Pérez-Díaz, Á. G. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 97-114.
- Darwin, C. R. (1872). *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. London: Murray. En Puente Ferreras, A. (1998) *Cognición y aprendizaje. Fundamentos psicológicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- De Leon, G. (1989). Psychopathology and substance abuse. What is being learned from research in therapeutic communities. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 177-188. DOI:10.1080/02791072.1989.10472158
- Delgadillo-González, Y., Chávez-Flores, C. I., y Martínez, O. L. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(4), 159-68.
- Díaz, N. V., y Serrano-García, I. (2015). ¿ Pensabas que emocionarse era sencillo?: Las emociones como fenómenos biológicos, cognoscitivos y sociales. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 13, 9-28.
- Diener, E., Larsen, J. y Lucas, R. (2003). Measuring positive emotions. En S. J. Lopez y C. R. Snyder (Eds.): *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* Washington, D.C.: American Psychological Association, pp. 201-218.
- Diener, E., Oishi, S., y Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*, 54(1), 403-425.

- Dolan-Sewell, R. y Krueger, R. (2001). Co-Occurrence with Syndrome Disorders. *Handbook of personality disorders*. A Livesley WJ (Ed.). Nueva York: Guilford.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 585-614.
- Eisenberg, N., y Spinrad, T. L. (2004). Emotion related regulation: Sharpening the definition. *Child Development*, 75, 334-339. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2004.00674.x.
- Ekman, P. (1989). The argument and evidence about universals in facial expressions. *Handbook of social psychophysiology*, 143-164. Recuperado de <https://www.paulekman.com/wp-content/uploads/2013/07/The-Argument-And-Evidence-About-Universals-In-FacialExpressions.pdf>
- Ekman, P., O'Sullivan, M., y Matsumoto, D. (1991a). Confusions about context in the judgment of facial expression: A reply to "Contempt and the relativity thesis." *Motivation and Emotion*, 15, 169-176.
- Ekman, P., O'Sullivan, M., y Matsumoto, D. (1991b). Contradictions in the study of contempt: What's it all about? Reply to Russell. *Motivation and Emotion*, 15, 293-296.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition & emotion*, 6(3-4), 169-200.
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48, 384-392. Recuperado de <https://www.paulekman.com/wp-content/uploads/2013/07/Facial-Expression-And-Emotion1.pdf>
- Ellis, A. (1997). El estado de la cuestión en la terapia racional-emotiva-conductual. En Caro, I (comp.) "Manual de psicoterapias cognitivas". Barcelona: Paidós.
- Erber, R., Wegner, D. M. y Theriault, N. (1996). On being cool and collected: mood regulation in anticipation of social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 757-766.
- Espinosa, J. J., Blum Grynberg, B., y Romero Mendoza, M. P. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud mental*, 32(4), 317-325.
- Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T., y Barlow, D. H. (2010). En A. M. Kring y D. M. Sloan (Comps.), *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 283-309). Nueva York: The Guilford Press.
- Fernández, B. A. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología conductual*, 4, 123-140.

- Forgas, J. P. (1995). Mood and judgment: the affect infusion model (AIM). *Psychological bulletin*, 117, 39-66. DOI:10.1037/0033-2909.117.1.39
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions?. *Review of general psychology*, 2(3), 300-319. DOI:10.1037/1089-2680.2.3.300.
- Fredrickson, B.L. (2000) Cultivating positive emotions to optimize health and well-being *Prevention y Treatment*, 3. Recuperado de <http://journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030001a.html>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(2),8-226.
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359(1449), 1367-1377.
- Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C., y Tugade, M. M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and emotion*, 24(4), 237-258.
- García M., Martín M. y Otín R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 263-278.
- García, P. A. (s.f.). La regulación emocional y el trastorno límite de la personalidad. DNI 73397765G.
- Gargallo Masjuán, M., Fernández Aranda, F., y Raich, R. M. (2003). Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(2), 335-349.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud [Versión electrónica], *Revista latinoamericana de psicología*, 38 (3), 493-507.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... y Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, 63(6), 649-658.
- Glenn, C. R. y Klonsky, E. D. (2009). Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder [version electronica], *Journal of personality disorders*, 23, 20-28.
- Gómez, P.O. y Callejo, B.N. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición [versión electrónica], *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8, 96-117.
- Gómez, A. I. H. (2012). Procesos psicológicos básicos. (pp.162-198). Mexico: Red Tercer Milenio

- Gordillo, F., Martínez, A., José M., Meilán, J. y Mestas L. (2010). Efecto de la emoción sobre la memoria prospectiva: un nuevo enfoque basado en procedimientos operantes. *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(4), 40-47. Recuperado en 01 de julio de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198938092010000300005&lng=es&tlng=es.
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41-54. DOI:10.1007/s10862-008-9102-4.
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2008). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive behaviour therapy*, 37, 14-25.
- Gratz, K. L. y Gunderson, J.G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25-35.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review [version electronica], *Review of general psychology*, 2(3), 271.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. DOI:10.1017/S0048577201393198
- Gross, J. J. (2008). Emotion regulation. *Handbook of emotions*, 3, 497-513. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/a55f/43e1d17bd19b2a7d6edb90c4018ad1a7dc8a.pdf>
- Gross, J. J., y Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-25). Nueva York: Guilford Press
- Gotlib, I. H., y Gilboa, E. (2014). COGNITIVE INTERFERENCE IN DEPRESSION. *Cognitive interference: Theories, methods, and findings*, (pp. 347-349). New York: London.
- Gunderson, J. y Gabbard, G. (2000). Psychotherapy for Personality Disorders. Review of Psychiatry. *American Psychiatric Press*, 19.
- Guendelman, S., Garay, L. y Miño, V. (2014). Neurobiología del trastorno de personalidad límite. *Revista médica de Chile*, 142, 204-210. DOI: 10.4067/S0034-98872014000200009.
- Hauke, G., y Dall'Occhio, M. (2013). Emotional Activation Therapy (EAT): Intense work with different emotions in a cognitive behavioral setting. *European Psychotherapy*, 11, 5-29.

- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., y Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological medicine*, 40(11), 1887-1897. DOI:10.1017/S0033291710000036.
- Hayes, S. C. (1993). *Analytic goals and the varieties of scientific contextualism*. En S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese, & T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Reno, Nevada: Context Press.
- Hayes, C., Wilson, G., Gifford, V., Follette, M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. (2012). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*. Nueva York: Guilford Press.
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. Nueva York: NY Basic Books.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos [versión electrónica], *Psicología conductual*, 19(2), 347,373.
- 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.
- Hopko, D. R., y Hopko, S. D. (1999). What can functional analytic psychotherapy contribute to empirically-validated treatments?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(5), 349-356.
- Irwin, M., Daniels, M., Bloom, E. T., Smith, T. L., y Weiner, H. (1987). Life events, depressive symptoms, and immune function. *The American journal of psychiatry*.
- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. Springer Science & Business Media, pp. 1-25. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=RPv-shA_sxMC&oi=fnd&pg=PA1&dq=izard+1991&ots=cTxd9rZ5V1&sig=qBbV5jXR-x4K-m9a6ugVatsenSI&redir_esc=y#v=onepage&q=izard%201991&f=false
- James, W. (1884). What is an emotion?. *Mind*, 9(34), 188-205.

- Jung, C. G. (1938). The autonomy of the unconscious. In C. G. Jung, G. Adler, & R. F. C. Hull (Eds.), *Psychology and religion: West and East (Collected works of C. G. Jung, Vol. 11*, pp. 5-33). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Kabat- Zinn, J. (2003). Mindfulness- based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Kanter, J. W., Tsai, M. y Kohlenberg, R. J. (2010). *The Practice of Functional Analytic Psychotherapy*. Nueva York: Springer.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, Conn, Yale University Press.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27(2), 226-239. DOI:10.1016/j.cpr.2006.08.002.
- Klonsky, E. D., y Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215-219.
- Koerner, K. y Dimeff, L. A. (2007). *Overview of Dialectical Behavior Therapy*. En L. A. Dimeff y K. Koerner (Comps.), *Overview of Dialectical Behavior Therapy* (pp. 1-18). Nueva York: The Guilford Press.
- Koerner, K., Kohlenberg, R. J. y Parker, C.R. (1996). Diagnosis of personality disorder: a radical behavioral alternative. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6), 1169-1176.
- Kohlenberg, B. S. y Callaghan, G. M. (2010). FAP and ACT: Similarities, divergence, and integration. En J. W. Kanter, M. Tsai, & R. J. Kohlenberg (eds), *The practice of functional analytic psychotherapy* (pp. 31-46). Nueva York: Springer.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationship*. Nueva York: Plenum.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press. (traducción en español en el Servicio de Publicaciones de Málaga, 2007).
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (2000). Radical behavioral help for Katrina. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7 (4), 500-505.
- Lang, P. J. (1978). Anxiety: Toward a psychophysiological definition. In: Akiskal HS, Webb WL, editor. *Psychiatric Diagnosis: Exploration of Biological Predictors*. New York: Spectrum, pp 365-389.
- Larsen, R. J. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11, 129-141.

- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., y Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature [version electronica], *Clinical psychology review*, 40,111,122. doi:10.1016/j.cpr.2015.05.010.
- Lazarus, R. S. (1984). *On the primacy of cognition*. American Psychologist, (pp. 124-129).
- Lazarus, R.S. (2007). Stress and emotion: A new synthesis. In A. Monat, R.S. Lazarus, & G. Reevy. *The Praeger Handbook on Stress and Coping*. London: Praeger.
- Leichsenring, F., Leibling, E., Kruse, J., New, A. y Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder [version electronica], *Lancet*, 377, 74–84. DOI:10.1016/S0140-6736(10)61422-5.
- Lieb, K. K., y Stoffers, J. J. (2012). AS14-01 - Comparative efficacy of evidence based psychotherapies in the treatment of borderline personality disorder. *European Psychiatry*, 27. DOI:10.1016/S0924-9338(12)73992-5
- Lieb, K. Zanarini, M. C., Schmahl, C. Linehan, M. & Bohus. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 435 -461.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford.
- Linehan, M.M. (1996). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *En B. Schmitz (Ed.), Treatment of personality disorders* (pp. 179–199). Munich, Germany: Psychologie Verlags Union.
- Linehan, M.M. (2003). *Manual de Tratamiento de los Trastornos Límite de la Personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Linehan, M., Armstrong, E., Suarez, A., Allmon, D., y Heard, L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1.060–1.064.
- Linehan, M., Heard, L., y Armstrong, E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971–974.
- Livesley, W. J. (2003). *Practical management of personality disorder* (pp. 17-56). Guilford Press. New York, NY.
- Livesley, W. J. (2005). Principles and strategies for treating personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(8), 442-450. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674370505000803>.

- Lopes, P., Salovey, P., Cote, S., y Beers, M. (2005). Emotion regulation abilities and the quality of social interaction. *Emotion*, 5, 113-118. DOI: 10.1037/1528-3542.5.1.113.
- Lorenz, K. (1965). *Über tierisches und menschliches Verhalten*. Trad. De A. Sabrido. Planeta- De Agostini, Barcelona, 1993.
- Luciano, M. (1999). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Functional Analytic Psychotherapy (FAP): Foundations, characteristics, and precautions. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25(102), 497-584.
- Luciano, M.C. y Wilson, K. G. (2002), *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Madrid España: Pirámide.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., y Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 459-480.
- Lyon, M. L. (1993). Psychoneuroimmunology: The problem of the situatedness of illness and the conceptualization of healing. *Culture, medicine and psychiatry*, 17(1), 77-97.
- Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized/ disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for classification of behavior. En T. Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Affective Development in Infancy* (pp. 95-124). Norwood: Ablex.
- Mairal, J. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación. *Clinica y Salud*, 20(2), 109-117.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40, 26-34. Recuperado de <http://www.psicologiamindfulness.es/assets/pdfs/39884-19.pdf>
- Marquis, A., y Wilber, K. (2008). Unification beyond eclecticism and integration: Integral psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18(3), 350-358.
- Marín, M., Robles, R., González-Forteza, C. y Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud mental*, 35(6), 521-526.
- Martínez, C. y Santelices, M. (2005). Evaluación del apego en el adulto: Una revisión. *Psykhé*, 14, 181-191.
- Mennin, D., y Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 329-352.

- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., y Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 43(10), 1281-1310. DOI:10.1016/j.brat.2004.08.008.
- Millon, T. y Davis, R. (1996). *Disorders of Personality. DSM-IV and Beyond*. Nueva York: John Wiley y Sons.
- Montero, A. y Perera, D. J. (2016). Disregulación Emocional En El Tlp: Un Estudio Con Magnetoencefalografía. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/44606/1/T39252.pdf>
- Morton, J. y Shaw, L (2012). Wise Choices: Acceptance and commitment therapy groups for people with borderline personality disorder. *Melbourne, Vic: Australian Postgraduate Medicine*.
- Morton, J., Snowdon, S., Gopold, M. y Guymmer, E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy Group Treatment for Symptoms of Borderline Personality Disorder: A Public Sector Pilot Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 527-544. DOI:10.1016/j.cbpra.2012.03.005
- Mosquera, D., Leeds, A. M., y González M, A. (2016). La aplicación de la terapia EMDR en el trastorno límite de la personalidad. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10(3), 115E-132E.
- Mowrer, O. (1947). On the dual nature of learning – a re-interpretation of "conditioning" and "problem-solving". *Harvard educational review*.
- Murrillo, P. (s.f.) Procesos Psicológicos Básicos. Emociones. (pp. 185-194).
- Naranjo, A. M. (2013). Efectos del entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual en personas con problemas con desregulación emocional (Master's thesis). Reuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/12506/NaranjoVestinAnnaMaria2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Navarro-Leis, M., y López Hernández-Ardieta, M. (2013). Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Acción psicológica*, 10(1), 33-44.
- Oatley, K. (1992). Best laid schemes: *The psychology of the emotions*. Cambridge University Press.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE):. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación.

- Oros, L. B., Manucci, V., y Richaud-de Minzi, M. C. (2011). Desarrollo de emociones positivas en la niñez. Lineamientos para la intervención escolar. *Educación y Educadores*, 14(3), 492-509.
- Paumard, C., Rubio, V., y Granada, J. M. (2007). Programas especializados de Trastornos de Personalidad. *Revista Norte de Salud Mental*, 27, 65-72.
- Peris, L., y Balaguer, A. (2010). Patología dual. Protocolos de intervención y trastornos de personalidad. *Sociedad española de patología dual*, Editorial EDIKAMED, Barcelona, ed. 1º, 1-20.
- Perris, C. (2000). Personality-related disorders of interpersonal behaviour: a developmental-constructivist cognitive psychotherapy approach to treatment based on attachment theory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 97-117.
- Piqueras, J. A., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R. y García-López, L. J. (2006). Ansiedad, sintomatología depresiva y salud. En L. A. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. Bogotá: psicom Editores
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E., y Oblitas A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicológica*, 16(2), 85-112.
- Prados, J. M. (2013). Cognición y emoción en el trastorno por ansiedad generalizada. Implicaciones clínicas. INFORMACIO PSICOLOGICA, (102), 47-62. Recuperado de <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/viewFile/65/53>
- Plutchik, R. (1980). Emotion. *A psychoevolutionary síntesis*. Nueva York: Harper & Row.
- Quiroga, E., y Errasti, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13, 393-406. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713305>
- Ramírez, A., Reyes y M., Ascencio (2011). Eficacia de Intervención Psicoterapéutica Estandarizada en Unidad Psiquiátrica Hospitalaria. Simposio llevado a cabo en el XXII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, Veracruz México.
- Reeve, J. (2003). *Motivación y Emoción*. México: Mc-GrawHill.
- Reeve, J. (2005). *Understanding motivation and emotion*. Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Rescorla, R. A., y Solomon, R. L. (1967). Two-process learning theory: Relationships between Pavlovian conditioning and instrumental learning. *Psychological review*, 74(3), 151-182.
- Reyes, M. (2013a). ACT Core Processes From an Emotion, Affect, and Mood Regulation Perspective. En J. A-Tjak (presidente), *Adressing Complex Clinical Presentations*:

Processes of Effective Change. Simposio llevado a cabo en *Association for Contextual Behavioral Science's World Conference XI*, Sydney Australia.

- Reyes, M. A. (2013b). Características de la terapia de aceptación y compromiso como modelo clínico transdiagnóstico para la regulación emocional. Aceptado para publicación en *Psicología Iberoamericana*. 21(2), 7-18.
- Reyes, M. A., y Contreras, A. H. (2012) Características de un Modelo Clínico Transdiagnóstico de Regulación Emocional aplicado a un caso de Trastorno por Atracción. *PSER integrativo*, 5, 44-68.
- Reyes, M., Miranda, E., Vargas, N., Fresán, A., Barragán, S., Robles R., y Arango de Montis, I. (en prensa). Clinical efficacy of the Acceptance and Commitment, Dialectic Behavioral and Functional Analytic combined therapy in patients with borderline personality disorder.
- Reyes, M. A. Ramírez, A., y Ascencio, M. (2011). Assessing the Effectiveness of an ACT based program on a mexican psychiatric inpatients group. En M. A. Reyes. Ortega. (presidente), *The utility of ACT, Behavior regulation in parents, adolescents an inpatients populations*. Simposio llevado a cabo en *Association for Contextual Behavioral Science's World Conference IX*, Parma Italia.
- Ribero-Marulanda, S., y Vargas, R. (2013). Análisis bibliométrico sobre el concepto de regulación emocional desde la aproximación cognitivo-conductual: Una mirada desde las fuentes y los autores más representativos. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 496-525.
- Rizvi, S. L., Steffel, L. M., y Carson-Wong, A. (2013). An overview of dialectical behavior therapy for professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(2), 73-80. DOI: 10.1037/a0029808
- Roncero, C., Daigre, C., Grau-López, L., Rodríguez-Cintas, L., Barral, C., Pérez-Pazos, J. y Casas, M. (2013). Cocaine-induced psychosis and impulsivity in cocaine-dependent patients. *Journal of addictive diseases*, 32(3), 263-273. Doi.org/10.1080/10550887.2013.824330.
- Sadock, B., Sadock, V. y Ruiz, P. (2015) *Sinopsis de Psiquiatría*. España, Barcelona: Wolters Kluwer.
- Samoilov, A., y Goldfried, M. R. (2000). Role of Emotion in Cognitive- Behavior Therapy [version electronica], *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(4), 373-385.
- Sanabria-Ferrand, P. A., González, L. A., y Urrego, D. Z. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Med*, 15(2), 207-217. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/910/91015208/>
- Santos, D. (2011). *Autolesión. Qué es y cómo ayudar*, (pp. 17-28). Cdm, Meico.

- Scheel, K. R. (2000). The empirical basis of dialectical behaviour therapy: Summary, critique and implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 68–86.
Doi:10.1093/clipsy.7.1.68.
- Shearin, N. y Linehan, M. (1992). Patientstherapist rating and relationships to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior therapy*, 23, 730-741.
- Shearin, E. N., y Linehan, M. M. (1994). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(s379), 61-68.
- Siang-Yang, T. (2011). RESEARCH INTO PRACTICE. *Journal Of Psychology & Christianity*, 30(3), 243-249.
- Silva, C. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(3), 201-209.
doi.10.4067/S0717-92272005000300004.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Simon and Schuster.
- Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B., y Widiger, T. A. (2002). The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biological psychiatry*, 51(12), 951-963.
- Soloff, P., Fabio, A., Kelly, T., Malone, K. y Mann, J. (2005). High-lethality status in patients with borderline personality disorder, *Journal Personal Disord*, 19(4), 386-399.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., y Kelly, T. M. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 16(3), 201-214. Doi.10.1521/pedi.16.3.201.22542
- Sperry, L. (1999). *Cognitive behavior therapy of DSM-IV personality disorders*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Stanley, B. y Siever, L. (2009). The Interpersonal Dmension of Borderline Personality Disorder: Toward a Neuropeptide Model. *Journal American Psychiatry*, 167, 24-39. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09050744>
- Stinson, F., Dawson, A., Goldstein, B., Chou, P., Huang, B., Smith, M., y Grant, F. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(7), 1033
- Stone, M. (2006). Management of borderline personality disorder: a review of psychotherapeutic approaches. *World Psychiatry*, 5, 15–20.

- Strosahl, K. D. (2004). *ACT with the multiproblem client*. En. S. C. Hayes y K. D. Strosahl (eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Suveg, C., y Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 750-759.
DOI:10.1207/s15374424jccp3304_10.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
DOI:10.1111/j.15405834.1994.tb01276.x.
- Thompson, R. A., y Calkins, S. D. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, 8, 163-182.
DOI:10.1017/S0954579400007021.
- Tomkins, S. (1962). *Affect imagery consciousness: Volume I: The positive affects*. Springer publishing company. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=WlpgNerqaIkC&oi=fnd&pg=PR13&dq=Tomkins,+1962&ots=iCjapOTNp&sig=kTs1yJsHCi2dlh8QAqwnuPaYg_8#v=onepage&q=Tomkins%2C%201962&f=false
- Trull, T., Sher, K., Minks-Brown, C., Durbin, J., y Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical psychology review*, 20(2), 235-253.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I., y Loudon, M. P. (2012). *Functional Analytic Psychotherapy: Distinctive Features*. Nueva York: Routledge.
- Valero-Aguayo, L., Ferro-García, R., Kohlenberg, R. T., y Tsai, M. (2011). Therapeutic Change Processes in Functional Analytic Psychotherapy. *Clinica Y Salud*, 22(3), 209-221.
- Vecina, M.L. (2006). Emociones Positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27, 9-17.
- Velázquez, A., Sanchez Sosa, J. J., Lara, M. C. y Senties, H. (2000). El abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional. *Revista de Psicología*, 18(2), 315-340.
- Verheul, R., van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T., y van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Waltz, J. Landes, S. J. y Holman, G. I. (2010). FAP and DBT: Similarities, divergence, and integration. En J. W. Kanter, M. Tsai, & R. J. Kohlenberg (eds), *The practice of functional analitic psychotherapy* (pp. 31-46). Nueva York: Springer.

- Waltz, J., y Linehan, M. M. (1999). Functional analysis of borderline personality disorder behavioral criterion patterns. *Treatment of Personality Disorders*, 183-206.
- Wagner, A. W. (2005). A behavioral approach to the case of Ms. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15, 101-114. DOI: 10.1037/1053-0479.15.1.101.
- Watson, J. B., y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Widiger, A. y Trull, J. (1993). Borderline and narcissistic personality disorders. In *Comprehensive handbook of psychopathology* (pp. 371-394). Springer US.
- Williams, J. M. G. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion*, 10, 1-7. DOI: 10.1037/a0018360
- Yust, C., y Pérez-Díaz, Á. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. (Spanish). *International Journal Of Psychology & Psychological Therapy*, 12(1), 97-114.
- Zajonc, R. B. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39, 117-123.
- Zanarini, M. C., y Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 11(1), 93-104.
- Zeman, J., Shipman, K., y Penza-Clyve, S. (2001). Development and initial validation of the Children's Sadness Management Scale. *Journal of Nonverbal Behavior*, 25(3), 187-205.

Anexo 1.

Sesión 1: Hoja de trabajo "Conductas en común"

Conducta	Motivo por lo cual realiza la conducta
Hacer cortadas en los brazos	
Rascar la piel hasta hacerse una herida	
Morder o comer uñas	
Arrancar el cabello	
Trabajar en exceso	
Consumir algún tipo de droga	
Purgarse o vomitar	
Quemar alguna parte de tu cuerpo	
Rasguñarse alguna parte del cuerpo	
Excoriarse las heridas	
Comer en exceso	

Anexo 2

Hoja de trabajo "Estrategias de regulación emocional para las autolesiones"

Instrucciones: cuando se presenta algún tipo de estos sentimientos ¿cómo actúas para regular la emoción? Ej. Cuando me siento sola; llamo a una amiga, escucho música etc., se coloca en el recuadro de forma positiva, si no es el caso y la respuesta es negativa se coloca en el siguiente recuadro. Por último, si el sentimiento te hace tener una conducta auto-lesiva, escribe cual.

Sentimientos	Forma positiva	Forma negativa	Te autolesionas
Siente sola			Si____ Cual_____ No____
Triste			Si____ Cual_____ No____
Ansiosa			Si____ Cual_____ No____
Frustrada			Si____ Cual_____ No____
Enojada			Si____ Cual_____ No____
Miedo			Si____ Cual_____ No____
Ira			Si____ Cual_____ No____
Sintiendo un vacío existencial			Si____ Cual_____ No____
Estrés			Si____ Cual_____ No____
Culpa			Si____ Cual_____ No____

Anexo 4

Ejercicio Mindfulness. “Ejercicio de mirarse detenidamente a los ojos”

La intención del ejercicio es explorar la reacción al contacto visual con los demás.

Los participantes caminan lentamente en el salón, luego detente un momento con la primera persona que encuentres en tu camino y mirarla fijamente a los ojos poniendo atención en la emoción que sientes. Después, sigue caminando hasta encontrar otra persona y repite lo mismo. La reparación debe de ser libre.

Cuando concluya el ejercicio, permanece un momento en silencio con los ojos cerrados y en posición de arraigo. Cuando estés listo, reflexiona las siguientes preguntas y date cuenta si tienen que ver algo contigo o si te produce alguna sensación:

¿Cuáles emociones sentiste al contactarte visualmente con los demás?

¿Qué se siente ser visto?

¿Quién eres, el que ve o el que es visto?

¿Sientes algo en alguna parte de tu cuerpo, al ver o ser visto?

¿Sentiste ganas de huir?

Anexo 5

Hoja de trabajo "Contacto con sus emociones"

Instrucciones: Contestar las siguientes preguntas.

¿Reconoces tus emociones desde la primera vez que aparecen? Sí No

¿Porqué? _____

¿Cómo expreso lo que siento?

Cuando notas lo que estas sintiendo, ¿Cómo lo afrontas?

Cuando descubres lo que las emociones quieren decirle ¿Cómo reaccionas ante ello?

Piensas que las emociones pueden ser desagradables o causar miedo Sí No

¿Porqué? _____

Crees que las emociones están ahí por alguna razón o tengan algún propósito. ¿Cuál?

Crees que escapar de nuestras emociones o desaparecerlas, sirve de algo

Anexo 6

Ejercicio. Mindfulness “Exhalación larga y respiración staccato”

Tiempo: cinco minutos.

La intención del ejercicio es estimular el sistema parasimpático. En posición de arraigo, ojos cerrados, con respiración se inhala por la nariz todo el aire que puedas. Al exhalar por la boca, alarga la salida del aire de tal manera que los pulmones queden vacíos. Para estar seguros de que estás sacando todo el aire, haz un sonido al exhalar. Has una pausa y repite 13 veces.

El ejercicio de respiración staccato, con duración de cinco minutos.

La intención es preparar la carga emocional, en posición de pie, las rodillas flexionadas, con los codos ligeramente flexionados y hacia atrás, los dedos extendidos y las palmas de las manos hacia arriba. Toma aire cinco veces, y con cada inspiración, mueve los codos hacia atrás avanzando y sosteniendo un poco más en cada movimiento. Al llegar a la quinta inhalación, mantén los codos doblados, levanta las nalgas y, de golpe, exhala moviendo las manos y la cadera hacia adelante. Se repite 13 veces.

Anexo 7

Hoja de trabajo "Comprobando lo aprendido"

Instrucciones: Marca con una X, verdadero o falso.

Pregunta	Verdadero	Falso
Las respuestas emocionales primarias son reacciones iniciales a la situación		
Las respuestas emocionales primarias pasan de manera rápida - vienen y van		
Las respuestas emocionales primarias son: funcionales y adaptativas		
Las respuestas emocionales primarias tiene una respuesta emocional que es el resultado directo de un evento		
Las respuestas emocionales primarias son las que no actúan rápidamente		
Las respuestas emocionales primarias si duran tanto tiempo.		
Las respuestas emocionales secundarias son emociones que tenemos en respuestas a nuestras experiencias de emociones primarias		
Las respuestas emocionales secundarias son emociones que sientes en respuesta a otras emociones		
Las respuestas emocionales secundarias no pasan tan rápido		
Las respuestas emocionales secundarias no son funcionales y no nos proporcionan información útil		
Las respuestas emocionales secundarias ocurren usualmente rápido en respuesta a las emociones primarias para que las oculten		
Las respuestas emocionales secundarias no provienen del sufrimiento emocional.		

Anexo 8

Hoja de Trabajo “La complejidad de las emociones”

Instrucciones: Escribir un ejemplo de las situaciones que se presentan en el cuadro.

<i>Emociones Despejadas</i>	Ejemplo
Están vinculadas directamente a una situación particular.	
Está relacionada únicamente con el resultado directo de la situación.	
Una emoción que no pueda ser intensa.	
Cómo respondes o actuar de acuerdo a una situación intensa.	
<i>Emociones Nubladas</i>	
Una situación que no esté relacionada directamente con lo que acaba de pasar.	
Una situación no que no responda directamente a la situación inmediata.	
De emociones influenciadas y “nubladas” por otras respuestas emocionales.	
De emociones no procesadas o no reconocidas	

Anexo 9

Ejercicio. Mindfulness “Remador”

La intención del ejercicio es recuperar la capacidad de autorregulación del libre flujo de la energía vital.

La ejecución es en posición de arraigo se inhala y levanta los brazos arriba de la cabeza. Al exhalar, ponte en cuclillas y abraza tus rodillas; haz una pausa en la respiración y repite el ejercicio.

Cuando termine el ejercicio, permanece un momento en silencio con los ojos cerrados y en posición de arraigo. Cuando estés listo, reflexiona las siguientes preguntas y date cuenta si tienes que ver algo contigo y si te produce alguna sensación.

¿Qué sensaciones te da cambiar la pausa en la respiración?

¿Cuándo sientes que tu vida no te pertenece?

¿Qué tan de prisa va tu vida?

¿Qué emociones expresas mejor?

¿Qué cosas en tu vida son difíciles de cargar?

Anexo 10

Hoja de trabajo "Control de tus emociones"

Instrucciones: Contesta "si o no" de acuerdo a tu experiencia.

PREGUNTA	SI	NO
Te resulta difícil expresar tus emociones.		
¿Cuándo se evaden las emociones, se complican las cosas?		
Pueden ser más sutiles si evitas tus emociones.		
¿Cuándo centras tu atención en otra cosa cambian tus emociones?		
Las emociones pueden no ser conscientes en el momento.		
¿Cuándo evitas tus emociones haces otro tipo de cosas notorias? (beber, atracones, autolesiones, etc.,)		
¿Cuándo tus emociones son intestas funciona si te distraes con otras cosas?		
En las ocasiones cuando tratas de no sentir o alejar la emoción ¿funciona?		
Cuándo evitas una emoción, regresa con más intensidad?		
¿Cuándo evitas las emociones experimenta otro tipo de consecuencia?		
¿Cuándo fallas en controlar tus emociones, te sientes avergonzado o enojado?		
¿Cuándo fallas en controlar tus emociones sienten que estas atascado o te sientes fracasado?		

1. ¿Cuáles crees que son las emociones que no puedes controlar?

2. ¿Cuáles crees que son las emociones que si puedes controlar?

Anexo 11

Hoja de trabajo “formas de distinguir las emociones”

Instrucciones: Escribe 10 ejemplos de acuerdo a tu experiencia.

Aceptación emocional (es activa, enfocada al momento presente)	Resignación emocional (es pasiva y se enfoca al futuro)

Anexo 12

Hoja de trabajo "La modulación emocional"

Instrucciones: se deben repasar cuales han sido las conductas insanas y revisar las estrategias para la regulación emocional.

Emociones negativas	Contexto donde se desarrolla	Estrategias de distracción	Estrategias de acercamiento	Nuevas estrategias de modulación emocional

Anexo 13.

Ejercicio. Mindfulness “cantar”

El ejercicio tiene una duración de un minuto para la ejecución, mas cinco minutos para las preguntas.

La intención del ejercicio es recuperar la capacidad de autorregulación del libre flujo de la energía vital.

En posición de arraigo, acuérdate de una canción que te guste mucho. Cántala al mismo tiempo que todos los demás cantan su canción, con respiración libre.

Cuando termine el ejercicio, permanece un momento en silencio con los ojos cerrados y en posición de arraigo. Cuando estés listo, reflexiona las siguientes preguntas y date cuenta si tienes que ver algo contigo o si te producen alguna sensación.

¿Cómo es tu voz?

¿Qué emoción sentiste al cantar?

¿En qué ocasiones tienes miedo a hacer el ridículo?

¿Sientes culpa a menudo por lo que haces?

¿Qué haces cuando te sientes culpable?

Anexo 14

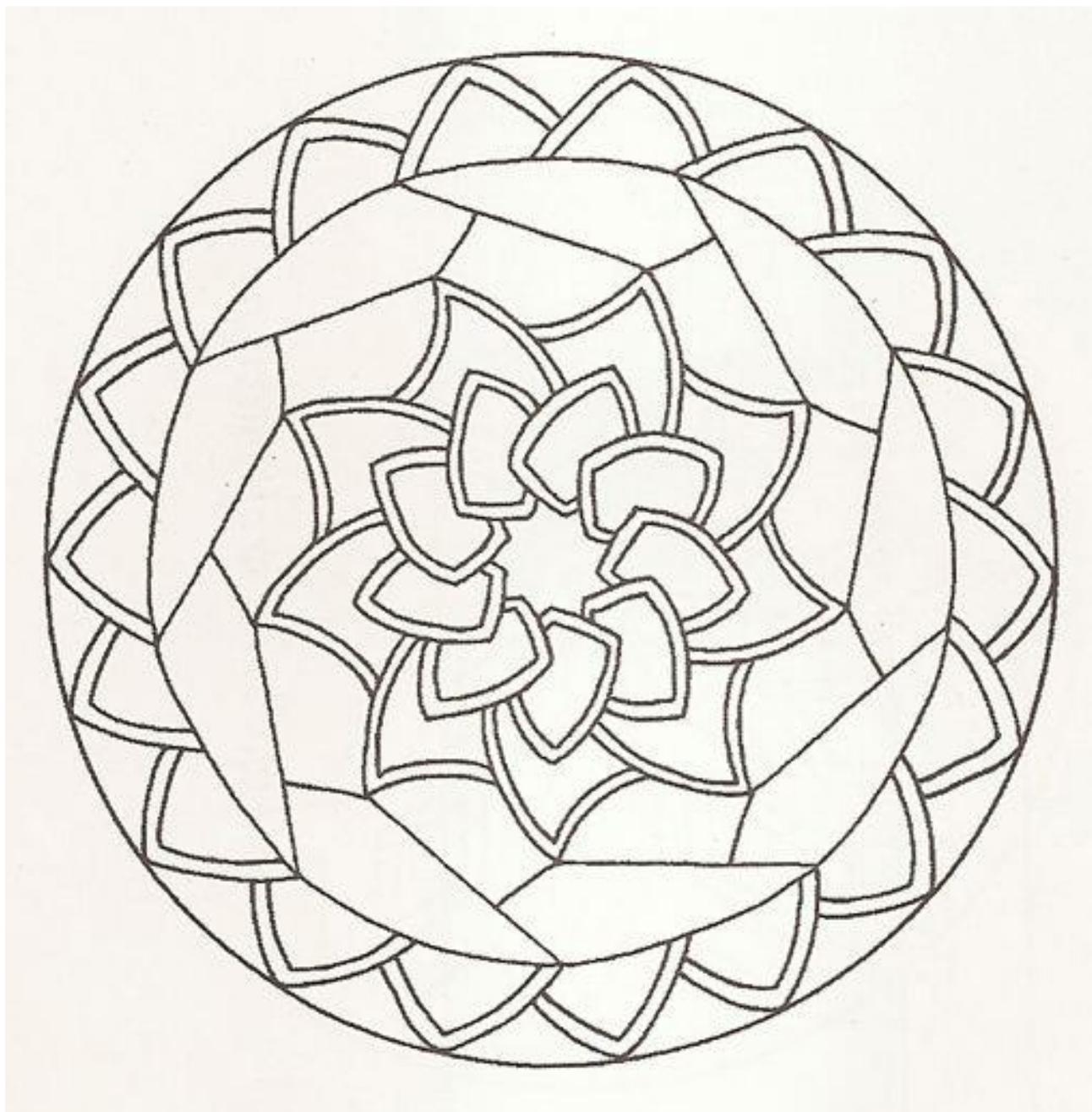
Hoja de trabajo "Conductas compulsivas e impulsivas"

Conductas compulsivas son planificadas e implican un deseo por ejecutar la conducta	Conductas impulsivas son muy rápidas y pueden sentirse como automáticas (autolesiones)
Elecciones de conductas conscientes	Conductas que no tiene consecuencias negativas a largo plazo,

Anexo 15

Ejercicio. Mindfulness

Colorea libremente el siguiente dibujo.



Anexo 16

Hoja de trabajo:

1. ¿Qué entiende por metas?

2. ¿Cuáles son las desventajas de las metas?

3. Las metas son importantes para tu vida. ¿Por qué?

4. ¿Cuándo alcanzas una meta lo reemplazas con otra meta?

5. ¿Cuándo no alcanzas tus metas, te sientes como si hubieras fracasado? ¿Por qué?

6. ¿Crees que las metas son inflexibles? ¿Por qué?

7. Las metas te causan malestar cuando no llegas a cumplirlas

8. ¿Que entiende por valores?

9. ¿Cuál es el propósito de los valores en tu vida?

10. ¿Crees que actuamos todo el tiempo de acuerdo a nuestros valores?

11. ¿Crees que los valores centran en el momento presente?

12. ¿Crees que los valores los puedas realizar en cualquier momento?

13. Los valores son diferentes a las metas. ¿Por qué?

14. Los valores pueden estar relacionados con las metas. ¿Por qué?

15. Los valores nos ayudan a elegir la dirección de nuestras vidas. ¿Por qué?

16. ¿Crees que los valores están definidos por las emociones?

Anexo 17

Hoja de trabajo:

Instrucciones: Elija un valor, posterior una acción que pueda realizar en su vida, cuáles han sido los obstáculos que intervienen. Después enfrente de cada obstáculo tome la decisión de cambiar por buena disposición y modificar la acción. En cada cuadro un valor.

Un Valor	Obstáculos internos.	Buena Disposición
Acción	Obstáculos externos.	Acción modificada

Un Valor	Obstáculos internos.	Buena Disposición
Acción	Obstáculos externos.	Acción modificada

Un Valor	Obstáculos internos.	Buena Disposición
Acción	Obstáculos externos.	Acción modificada

Un Valor	Obstáculos internos.	Buena Disposición
Acción	Obstáculos externos.	Acción modificada

Un Valor	Obstáculos internos.	Buena Disposición
Acción	Obstáculos externos.	Acción modificada

Un Valor	Obstáculos internos.	Buena Disposición
Acción	Obstáculos externos.	Acción modificada