



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Impacto de la Terapia de Aceptación y Compromiso en la regulación emocional y carga afectiva del discurso en pacientes con trastorno límite de la personalidad.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

Zyanya Edith Díaz Rivera

Asesor teórico: Dr. Iván Arango de Montis

Asesor metodológico: Dr. Alejandro M. Jiménez Genchi

México, D.F 2019



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.

INDICE:

Antecedentes	
Trastorno Límite de la personalidad	3
Terapia de Aceptación y Compromiso	7
Marco Teórico	
Regulación Emocional	9
Análisis del Discurso	12
Buscador Lingüístico y Contador de Palabras “Linguistic Inquiry and Word Countse” (LIWC)	15
Planteamiento del problema y Justificación	17
Pregunta de Investigación	18
Objetivo general	18
Objetivos Específicos	18
Hipótesis General	19
Material y Métodos	19
Tipo de Estudio	19
Población de Estudio	19
Variables	21
Escalas e Instrumentos de medición	22
1.- Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad (SCID-II)	22
2.- Hoja de datos demográficos	23
3.- Escala de evaluación de la severidad en el tiempo del Trastorno Límite de Personalidad (BEST)	23
4.- Escala de Dificultades en la Regulación Emocional	25
Programa Linguistic Inquiry and Word Countse (LIWC)	26
Procedimiento	28
Análisis estadístico	29
Consideraciones éticas	29
Resultados	33
Discusión	38
Conclusiones	41
Bibliografía	42

ANTECEDENTES

Trastorno Límite de Personalidad

El trastorno Límite de Personalidad (TLP) es un trastorno psiquiátrico que se caracteriza por problemas de conducta, inestabilidad en la autoimagen, impulsividad y alteraciones relacionales. Se define como un patrón duradero de percepción, relación y de pensamiento y sobre el entorno y sobre sí mismo en el que hay problemas en diversas zonas: conducta interpersonal, disregulación emocional e impulsividad. Está asociado a altas tasas de suicidio, discapacidad funcional severa, múltiples comorbilidades y uso de tratamientos farmacológicos intensos (Leichsenring 2011).

Se estima que afecta aproximadamente al 1.6% de la población general. (APA 2014). En la población psiquiátrica es el trastorno de personalidad más común, con una prevalencia del 10% de los pacientes ambulatorios y un 15 a 25% de los pacientes hospitalizados (Leichsenring 2011). Se ha encontrado una relación hombre / mujer del 3:1, aunque en algunos estudios no se han encontrado diferencias significativas entre ambos géneros. (Bayes 2017). A pesar de que los datos epidemiológicos no son concluyentes, los pacientes límite constituyen una gran proporción de los pacientes psiquiátricos, y son usuarios comunes de los servicios de urgencias, líneas telefónicas de emergencia e interconsultas de otros servicios médicos.

Este trastorno se asocia en el 84.5% con otros trastornos psiquiátricos en los últimos doce meses, y con mayor frecuencia a otros trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimentaria, por abuso de sustancias, y trastorno por estrés postraumático. (Skodol 2005) El trastorno límite de la personalidad se asocia con un deterioro funcional severo y estable y se caracteriza por un alto riesgo de suicidio. La tasa de mortalidad por suicidio es entre 8% y 10%, (50 veces mayor que en la población general). Sin embargo, algunos pacientes tienen un buen funcionamiento psicosocial (25.9%), pero la mayoría (80%) pierden este nivel de funcionamiento con el tiempo y no lo recuperan. (Leichsenring 2011)

En los pacientes con trastorno de personalidad límite se ha reportado un mayor número de eventos negativos durante la infancia (trauma, negligencia, etc.) y sustancialmente más eventos adversos que los pacientes con otros trastornos de personalidad (Zanarini 2010). Sin embargo, no se ha observado una asociación estrecha entre estas experiencias y el desarrollo de cambios psicopatológicos en la edad adulta, por lo que probablemente la mejor explicación de cómo se desarrolla este padecimiento sea de una interacción entre factores biológicos y psicosociales. (Yen 2002)

Al respecto de factores genéticos, han surgido pruebas de que los factores genéticos contribuyen al desarrollo del trastorno límite de la personalidad; sin embargo, no se han identificado claramente como causantes genes específicos. En estudios de gemelos, las puntuaciones de heredabilidad para el diagnóstico completo fueron 0.65 a 0.75, consistentes con estimaciones para trastornos de personalidad en general (40% -60%) (Cloninger 2005).

La agresión impulsiva, común en estos pacientes, se asocia con una respuesta serotoninérgica reducida, y algunos de los genes que podrían relacionarse con cambios psicopatológicos de este trastorno están implicados en el sistema serotoninérgico, haciendo que este sistema sea el de mayor interés de estudio en estos pacientes. En conjunto, la evidencia publicada sugiere que hay una anomalía en la función serotoninérgica, que subyace a los síntomas agresivos impulsivos, defecto que podría asociarse con factores de riesgo genéticos específicos, pero la naturaleza molecular precisa de esta anomalía no está del todo clara. Entre los genes estudiados, está el gen transportador de serotonina, de la catecolamina-O metiltransferasa (COMT), y la triptófano hidroxilasa (TPH). (Cloninger 2005).

El diagnóstico de trastorno Límite de la Personalidad fue incluido por la Asociación Psiquiátrica Americana en el DSM III en 1980, y en 1992, fue adaptado a la Clasificación Internacional de Enfermedades (International Classification of Diseases 10 (CIE-10)) con el nombre de “Trastorno de la Personalidad emocionalmente Inestable” y que tiene dos subtipos: el tipo impulsivo, que tiene como

característica principal la ausencia o limitación del control de impulsos, agresiones físicas o verbales como respuesta a las críticas externas, y el tipo límite que presenta confusión o alteración de la imagen de sí mismos y sus preferencias.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés) en su quinta edición (APA 2014), para hacer un diagnóstico de trastorno Límite de personalidad, el individuo debe tener las siguientes características: comenzar en las primeras etapas de la edad adulta y estar presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco o más de los hechos siguientes:

1. *Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado*: este criterio ahora está reconocido como un síntoma de un apego inseguro temprano.

2. *Relaciones interpersonales inestables e intensas*: Describe las manifestaciones interpersonales de la división intrapsíquica. Un rasgo distintivo de la psicopatología del trastorno límite es la incapacidad de ver a otros como algo que no sea idealizado si es gratificante, o devaluado si no lo es.

3. *Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo*: abarca las distorsiones de imagen corporal que se ven en pacientes con anorexia o trastorno dismórfico corporal, así como los más específicos de las personas con trastorno límite de personalidad: tales como valores, hábitos y actitudes que dependen de con quien estén en la medida en que llegan a sentir que no tienen identidad.

4. *Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas*: Este criterio se desarrolló a partir de la literatura que describe los problemas dentro de las psicoterapias de actuar con resistencia a los sentimientos y conflictos o huir de ellos. Los estudios empíricos descubrieron que la impulsividad de los individuos limítrofes es en cierta medida diferente de la que se encuentra en los pacientes maníacos / hipomaníacos o antisociales en cuanto a ser auto-dañinos. Este criterio, proporciona una forma de incorporar como síntomas lo que de otro modo se consideran trastornos distintos (por

ejemplo, bulimia y abuso de sustancias). No es infrecuente que los pacientes limítrofes sustituyan un patrón de impulso por otro, por ejemplo, intercambiando el corte por conductas purgativas o abuso de drogas. Se ha considerado una disposición temperamental básica y ha vinculado el TLP con el trastorno de personalidad antisocial.

5. *Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o de automutilación*: este patrón de conducta suele ser una señal de la comorbilidad con depresión o ansiedad.

6. *Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo*: la disregulación afectiva se ha adoptado como la psicopatología central del individuo límite, lo que sugiere que las emociones intensas impulsan los problemas de conducta.

7. *Sensación crónica de vacío*: es una sensación visceral, por lo general en el abdomen o el pecho, que no debe confundirse con los temores de no existir o con angustia existencial.

8. *Enfado inapropiado e intenso*, o dificultad para controlar la ira: se llegó a sugerir que la fuente de la psicopatología límite implicaba una agresión excesiva, debido a un exceso temperamental de la respuesta del niño a la frustración excesiva. El resultado, ya sea genético o ambiental, fue demasiado enojo, lo que causó problemas adicionales, como la división y comportamientos autodestructivos.

La ira puede ser descubierta por el clínico tomando una historia o activamente preguntando sobre la ira ya que muchos pacientes limítrofes son conscientes de sentirse enojados la mayor parte del tiempo, a pesar de que lo expresen raramente.

9. *Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves*: este criterio se desprende la literatura que habla de transferencias psicóticas y el potencial de regresión psicótico dentro de entornos de tratamientos no estructurados. Entre los síntomas que se pueden presentar están la despersonalización, desrealización y fenómenos alucinatorios APA (2014). (Gunderson 2008)

Puede haber distintas presentaciones clínicas debido a las diferentes combinaciones de las características del trastorno.

Para un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, se deben cumplir al menos cinco de los nueve criterios, sin embargo, la tendencia suicida o la autolesión son las indicaciones más útiles para un diagnóstico correcto, mientras que la tendencia suicida o la autolesión y las relaciones inestables han sido las características más predictivas en los estudios de seguimiento. (Leichsenring 2011) (Grilo 2007)

Las manifestaciones de este trastorno se asocian a alteraciones en procesos mentales que regulan las interacciones con el sí mismo, los otros y con el medio ambiente. Uno de estos procesos mentales tiene que ver con la regulación emocional. Los pacientes con este diagnóstico tienen dificultad en el procesamiento de estímulos negativos de manera efectiva, y deficiencia en la reducción de los afectos negativos durante la reevaluación (Silbersweig 2007).

Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso, llamada también ACT por sus siglas en inglés, (Acceptance and Commitment Therapy), forma parte de la tercera generación de las Terapias de Conducta, junto con la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness; la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por sus siglas en inglés), tiene sus raíces en la filosofía pragmática del contextualismo funcional, que tiene como meta la predicción e influencia de eventos: ve a los eventos psicológicos como acciones en potencia del organismo entero, interactuando en y dentro de contextos definidos históricamente y situacionalmente; en tal caso, los patrones de conducta solo pueden cambiar mediante propósitos pragmáticos.

El objetivo general de la Terapia de aceptación y compromiso es incrementar la flexibilidad cognitiva o la habilidad para contactar el momento presente como un ser humano consciente, y modificar o mantener el comportamiento, flexibilizando la conducta y fomentando el desarrollo de una vida que sea congruente con los valores personales (Luciano 2002)

Enseña la aceptación como una alternativa a la evitación de experiencias e implica el aprovechar de forma activa y conscientemente los eventos internos ocasionados por la historia personal, sin intentos innecesarios de cambiar su frecuencia o forma, en especial si el hacerlo causaría daño psicológico. Las técnicas de difusión cognitivas intentan alterar las funciones indeseables de pensamientos y otros eventos internos, en lugar de tratar de alterar su forma, frecuencia o sensibilidad situacional. La ACT intenta cambiar la forma en que uno interactúa o se relaciona con pensamientos creando contextos en los que sus funciones inútiles son disminuidas. (Hayes 2006)

El enfoque de la ACT de motivar conductas apropiadas mientras se aceptan pensamientos y sentimientos puede resultar más efectivo que los intentos de alterarlos directamente. (Graham 2016).

Según estudios realizados acerca de la eficacia de la ACT y los tratamientos empíricamente apoyados, se llegó a las siguientes conclusiones:

- 1) No es un tratamiento bien establecido para cualquier trastorno.
- 2) Es probablemente eficaz para el dolor crónico y tinnitus,
- 3) Es posiblemente eficaz para depresión, síntomas psicóticos, trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad mixta, abuso de drogas y estrés laboral.
- 4) Es experimental para dependencia de nicotina, trastorno límite de personalidad, tricotilomanía, epilepsia, sobrepeso/obesidad, diabetes, esclerosis y cáncer de ovario. (Öst 2014)

En el caso de pacientes con trastorno Límite de Personalidad, los datos disponibles muestran sus beneficios en el tratamiento de trastornos afectivos como la depresión mayor y el trastorno por 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 & Barlow, 2010), que se asocia con abuso de sustancias, conductas parasuicidas y suicidas, estallidos de ira, depresión 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”, es considerada como el factor central en el mantenimiento del TLP (Bernstein 2007).

La duración estimada de un tratamiento basado en ACT para pacientes con TLP es de 20 sesiones y muestra efectividad en la reducción de los síntomas afectivos, incremento en la calidad de vida y efectividad interpersonal (Morton & Shaw, 2012);

MARCO TEÓRICO

Regulación emocional

Las emociones surgen cuando algo importante para nosotros se presenta: a veces pueden verse precipitadas de forma automática, en otras ocasiones sólo después de un análisis profundo. En cualquiera de estos casos, las emociones desembocan en una amplia gama de respuestas conductuales, fisiológicas y experienciales que, en conjunto, van a influir en la forma en que se va a responder a los desafíos u oportunidades percibidos. (Gross 2002)

Las emociones surgen del tallo cerebral en relación a la evaluación de la significancia que los estímulos pueden tener en función de las metas o necesidades del individuo. Las regiones singulares, prefrontales y la amígdala, son las encargadas de reevaluar esta significancia. (Silbersweig 2007). En todo caso, son determinantes de nuestro funcionamiento diario, y se ha observado en diversas investigaciones que un mejor manejo de las emociones, se correlaciona con un óptimo funcionamiento.

La regulación emocional se refiere a los procesos por los que modulamos las emociones que tenemos, cuando las tenemos, cómo las experimentamos y las expresamos, a un proceso por el cual los individuos modifican la trayectoria de uno o más componentes de la respuesta emocional (Gross 1998); tradicionalmente se ha enfocado en como una persona maneja sus emociones de forma efectiva. Ha sido definida como el “proceso por el cual los individuos influyen en las emociones que se tienen, cuando las tienen, y cómo experimentan y expresan estas emociones”. (Rottenberg 2003). Otra

definición, según Gross es la siguiente: “Es el control en la experiencia y expresión emocional, especialmente el control de la expresión emocional ante eventos negativos y la reducción en la respuesta excitatoria. La regulación emocional no es igual al control, algunos investigadores han sugerido que una regulación emocional adaptativa incluye monitoreo y evaluación de la experiencia emocional, además de poderla modificar y marcar la importancia de la conciencia y el entendimiento de las emociones” (Gross 1998)

Debido a que las emociones son procesos con múltiples componentes: de cambio del período latente de emoción, el tiempo de aparición, la duración, la expresión del comportamiento, la experiencia psicológica, la reacción fisiológica, etc. Se considera un proceso dinámico. (Chen 2016)

La regulación emocional puede ser extrínseca/interpersonal o intrínseca/intrapersonal y las estrategias de regulación pueden ser adaptativas o mal-adaptativas. Se considera una estrategia adaptativa si la emoción resultante encuentra el objetivo dentro de las normas sociales y a largo plazo, aunque se debe tomar en cuenta que una misma estrategia de regulación emocional puede ser adaptativa o mal adaptativa de acuerdo al individuo, emoción, intensidad y contexto específico (Sheppes 2015).

Tradicionalmente, la regulación emocional es producto de 3 factores: conciencia, objetivos y estrategias; la conciencia de una emoción y el contexto en el que ocurre hace posible determinar si se necesita regularla y saber cómo hacerlo (Farb 2014).

En algunos momentos, algunas respuestas emocionales pueden provocar más daño que beneficio. Cuando nuestras emociones parecen estar mal adaptadas a cierta situación, con frecuencia tratamos de regular las respuestas emocionales para que sirvan mejor a nuestros objetivos.

Una de las definiciones para regulación emocional inadecuada o con dificultad es: “Se ha considerado como una respuesta mal adaptativa a las emociones incluyendo la falta de conciencia y entendimiento, la evitación o no aceptación de estas, la incapacidad o estrés generado de conductas

dirigidas a un objetivo, dificultad para control de conductas dirigidas a enfrentar estrés emocional, deficiencia en la modulación de la respuesta emocional (incluye la falta de acceso a estrategias adaptativas para modular la intensidad o duración de las emociones)” (Gratz 2004)

En la literatura clínica, la dificultad para regular las emociones se ha identificado como un factor clave en el desarrollo y mantenimiento de múltiples trastornos psicológicos; se caracteriza por la no aceptación de respuestas emociones, dificultad para comprometerse en conductas dirigidas a una meta, déficit en el control de impulso, falta de reconocimiento emocional, acceso limitado a estrategias de regulación emocional que se perciben como efectivas la falta de claridad emocional. (Seligowski 2015). La desregulación emocional puede ser el resultado tanto de una hiperactivación del sistema límbico, especialmente en respuesta a estímulos aversivos, disminuyendo la eficacia de la inhibición cortical (Soloff 2017).

El papel central de los “problemas emocionales” en condiciones clínicas ha conducido a una investigación activa de sus causas, con la desregulación emocional con una figura prominente.

La psicopatología se ha asociado ya sea a dificultad para regular las emociones o a alteraciones en el proceso de regulación:

- Identificación de la necesidad de regular emociones.
- Selección entre estrategias de regulación.
- Implementación de estrategias tácticas.
- Monitoreo.

La desregulación emocional es una característica importante en varias formas de psicopatología, de hecho, en más de la mitad de los trastornos del Eje I y en todos los del Eje II, está involucrada alguna forma de desregulación emocional, desgraciadamente, aún se encuentra en etapas tempranas la relación entre las ciencias afectivas y las clínicas (Gross 2002). La desregulación emocional está compuesta de rasgos como labilidad afectiva, ansiedad, desregulación cognitiva (tendencia a mostrar

desorganización cognitiva bajo situaciones de estrés y a experimentar síntomas psicóticos breves), sumisión y auto-destrucción.

La mayoría de las teorías sobre el trastorno límite de personalidad reconocen la importancia de la desregulación emocional en la patogénesis y el tratamiento de este trastorno; diversas investigaciones han reportado una alteración en la regulación emocional en el trastorno límite de personalidad, en las que se incluyen baja claridad emocional, evitación al daño y no aceptación de las emociones, así como mayor uso de estrategias evitativas, y otros estudios han asociado la falta de conciencia y claridad emocional (Gratz 2013).

A pesar de la utilidad clínica de evaluar las dificultades en la regulación emocional, existen pocas medidas de regulación emocional en adultos. La mayoría de las medidas utilizadas para evaluar los déficits en la regulación emocional son en realidad medidas de constructos estrechamente relacionados, lo que lleva a algunos investigadores a usar múltiples medidas en un intento por capturar el constructo de la regulación de la emoción. (Gratz 2013)

La Escala de Regulación de Dificultades en las Emociones (DERS, por sus siglas en inglés) fue desarrollada para evaluar la desregulación emocional de manera más integral que otras clinimetrías existentes. Los elementos que componen la DERS se eligieron para reflejar las dificultades dentro de las siguientes dimensiones: (a) conciencia y comprensión de las emociones; (b) aceptación de las emociones; (c) la capacidad de involucrarse en un comportamiento dirigido a un objetivo y abstenerse de un comportamiento impulsivo cuando se experimentan emociones negativas; y (d) el acceso a las estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas. La dimensión final refleja un intento de medir el uso flexible de estrategias apropiadas a la situación para modular las respuestas emocionales. (Kaufman 2015)

Análisis del Discurso

Según la Real Academia de la Lengua Española, se define a la palabra como la “unidad lingüística, dotada generalmente de significado, que se separa de las demás mediante pausas potenciales en la pronunciación y blancos en la escritura.”.

Las palabras que usamos transmiten una gran cantidad de información acerca de quiénes somos, a quién nos dirigimos, y las situaciones en las que estamos, pueden reflejar la personalidad, el estado de ánimo, motivaciones, nivel socioeconómico, y una gran variedad de otros aspectos. Esto parte del hecho de que los humanos no se comportan en función de lo que son las cosas, sino de su representación de las mismas (Valdés 2010). La forma del lenguaje y el uso de determinadas palabras pueden variar dependiendo del contexto social, sin embargo, cada vez existe más evidencia de que el estilo lingüístico utilizado por cada persona para comunicarse, permite identificar indicadores significativos que dan una idea de ciertas características de sus procesos sociales y de algunas características de su personalidad (Ramírez Esparza 2007).

Aunque muchas de las suposiciones sobre el lenguaje como un marcador psicológico son compartidas, los métodos para estudiar el lenguaje y el uso de las palabras a menudo han sido tema de discusión. Investigadores narrativos asumen que el lenguaje es, por definición, contextual, por lo tanto, las frases, oraciones o textos completos deben considerarse dentro del contexto de los objetivos del orador y la relación entre el orador y la audiencia. Debido a la complejidad de la comunicación, esta estrategia supone que el investigador debe prestar atención al significado de las expresiones en contexto (Pennebaker 2003).

En sus trabajos de investigación, Pennebaker y Stone han demostrado que existe relación entre edad y el uso de las palabras: mostraron que a mayor edad, los individuos utilizan más palabras emotivas positivas, menos palabras negativas y referencias a la primera persona singular, mayor uso de palabras en tiempo futuro, y menos en tiempo pasado. También se ha encontrado que hay diferencias

en el uso de las palabras entre hombres y mujeres y tienen que ver con la personalidad. (Ramírez Esparza 2007).

Se han desarrollado diversas medidas que analizan la naturaleza lingüística de la psicoterapia, las cuales contribuyen en gran medida a la investigación psicoterapéutica y ayudan a aumentar la comprensión de uno o más aspectos de la psicoterapia y sus procesos. Las medidas lingüísticas comenzaron a desarrollarse en la investigación psicoterapéutica hace más de 30 años. En un estudio temprano, Reynes, Martindale y Dahl en 1984 utilizaron el Regressive Imagery Dictionary para demostrar que en las sesiones de trabajo de psicoterapia había más contenido de proceso primario y mayor diversidad léxica. En 1996 Hölzer, Mergenthaler, Pokorny, Kächele y Luborsky demostraron que algunas características de los vocabularios podían estar vinculadas a aspectos de proceso y resultado en psicoterapia, utilizando análisis de texto asistido por ordenador (Valdés 2010).

El análisis de un texto con la finalidad de poder determinar múltiples dimensiones psicológicas a partir del habla de las personas, no es algo novedoso. Los enfoques cuantitativos para el análisis de textos han ganado una creciente popularidad durante el último medio siglo. Una de las estrategias metodológicas principales para el análisis de textos en psicología se basa en el conteo de las palabras que una persona utiliza durante su discurso y realizar un análisis estadístico, lo que no solo han permitido establecer diferencias entre distintos diagnósticos médicos y psiquiátricos, sino que han permitido un mayor entendimiento acerca de ciertos procesos cognitivos, procesos emocionales, y ciertas características de personalidad (Mehl 2006).

Las tecnologías de procesamiento lingüístico se centran en estudiar los cambios clínicos *in vivo*, estudiando el lenguaje en transcripciones sesión por sesión para identificar las "ganancias repentinas" y los "eventos significativos" asociados con la mejoría clínica (Lentz 2017)

Las estrategias de conteo de palabras existen tanto para el análisis de contenido (lo que se dice) como para el estilo (cómo se dice). Los enfoques más actuales implican conteos de palabras simples,

como unidades gramaticales estándar (pronombres personales, preposiciones) o dimensiones lingüísticas derivadas psicológicamente (Palabras de emoción, palabras relacionadas con el logro) (Pennebaker 2003).

Las estrategias de conteo se basan en el supuesto de que las palabras que usan las personas transmiten información psicológica más allá de su significado literal e independiente de su contexto semántico. Aunque algunos investigadores consideran esta suposición como problemática, otros ven potenciales únicos al analizar la selección de palabras, bajo el supuesto de la disposición de los jueces a "leer" el contenido pero siendo incapaces de monitorear la selección de palabras.

Una de las maneras más innovadoras y comprensivas de estudiar las palabras es mediante el uso de programas de computadora, los cuales se basan en el conteo de palabras y han sido utilizados en el área de las ciencias sociales y en psicología. Existen varios programas, entre estos se encuentra el General Inquirer, que se fundamenta en teorías psicoanalíticas y uno de sus diccionarios fue creado para analizar el uso de palabras en historias dadas a las imágenes del Test de Apercepción Temática. El DICTION, creado para analizar el lenguaje de discursos políticos. Y el Buscador Lingüístico y Contador de Palabras (LIWC, por sus siglas en inglés), fue diseñado para analizar las implicaciones psicológicas del uso de las palabras.

Buscador Lingüístico y Contador de Palabras “Linguistic Inquiry and Word Countse” (LIWC)

Este software se desarrolló dentro del contexto del trabajo de Pennebaker sobre escritura emocional y a partir del que se han venido realizando diversas investigaciones que demuestran que las personas suelen mejorar su bienestar psicológico después de escribir sobre experiencias traumáticas (Chung 2007). Fue diseñado para descubrir las características de escribir experiencias negativas que pueden predecir una mejor salud en un futuro, y de forma reciente, la aplicación del LIWC se ha

extendido para analizar el uso del lenguaje en fuentes de texto, literatura, narraciones personales y conversaciones cotidianas (Pennebaker 2001).

Es un programa que tras la captura de texto calcula el porcentaje de palabras dentro de un texto a partir de una amplia variedad de categorías y subcategorías lingüísticas y psicológicas. Ha habido estudios que validan su confiabilidad en el habla inglesa, y ya ha sido traducido a varios idiomas, entre ellos al español, en el que ya fue validado (Ramírez Esparza 2007)

La versión en español del LIWC mantuvo las 72 categorías lingüísticas originales de la versión inglesa, las cuales están agrupadas en 5 grandes dimensiones a) categorías lingüísticas estandarizadas (pronombres, negaciones, afirmaciones, artículos, preposiciones y números); b) categorías referidas a procesos psicológicos (procesos cognitivos, afectivos, sensorial-perceptuales y sociales); c) categorías referidas a la relatividad (tiempo, espacio y movimiento); d) categorías referidas a contenidos personales (ocupación, actividades placenteras y estados físicos, entre otros); y e) categorías experimentales (rellenos, non-fluencies, entre otras).

El diccionario de español incluye un total de 7.515 palabras y raíces de palabras. De modo que el sistema identifica y cuenta el total de palabras incluidas en cada categoría y subcategoría de cada dimensión. Por lo tanto, cada palabra y/o raíz de palabra puede ser parte de una o más categorías o subcategorías de palabras.

En un estudio Stirman y Pennebaker (2001) utilizaron el LIWC en inglés y compararon el uso del lenguaje en nueve poetas que se suicidaron y nueve poetas que no lo hicieron (aunque en este estudio no se midió la depresión, se puede inferir que los poetas que se suicidaron estaban más deprimidos que los poetas que no se suicidaron). Se encontró que los poetas que se habían suicidado utilizaban más palabras en primera persona del singular (yo, mi, mío, etc.) y menos palabras en primera persona del plural (nosotros, nuestro). Asimismo, los poetas suicidas tendían a utilizar menos palabras referentes a otros.

Planteamiento del problema y Justificación

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno caracterizado por patrones generalizados de inestabilidad que impactan en múltiples dominios del funcionamiento general de la persona que lo padece. La incapacidad para identificar y regular las emociones se reconoce como una característica nuclear del TLP y la incapacidad para verbalizar las emociones y encontrar las palabras adecuadas para describirlas se ha asociado con depresión y una mayor tendencia a presentar conductas autolesivas. Es por esto que las intervenciones basadas en la evidencia para pacientes con TLP como la Terapia Dialéctico Conductual, Terapia basada en la Mentalización, Terapia basada en la Transferencia y la Terapia de Aceptación y Compromiso tienen como uno de sus objetivos centrales, el mejorar la regulación emocional.

Las palabras que usamos transmiten una gran cantidad de información acerca de quiénes somos, a quien nos dirigimos y las situaciones en las que estamos, por lo que la carga emocional de la palabra puede ser un indicador de la forma en que las emociones son manejadas por los pacientes con TLP. Mediante el uso de programas de computadora, es posible estudiar las palabras, basándose en su conteo y categorización de la valencia emocional; esta herramienta se ha utilizado en el área de las ciencias sociales y en psicología.

El conocer y entender el modo en que se expresan estos pacientes puede ser útil para el clínico como parte de las herramientas de la psicoterapia como una medida para conocer el progreso en el manejo de las emociones y de la verbalización de las mismas. Este estudio permitirá identificar la valencia emocional dentro del discurso de los pacientes con TLP, su asociación con la regulación emocional y si ambos se modifican y correlacionan tras una intervención terapéutica con Terapia de Aceptación y Compromiso. Los resultados obtenidos permitirán dar un mayor sustento al impacto de esta intervención en la forma de regular y verbalizar las emociones y si esto se asocia a cambios en la gravedad del trastorno, permitiendo además utilizar el discurso durante las entrevistas como una

herramienta para el clínico durante la valoración e intervención, y además, en futuras investigaciones, realizar una correlación entre el discurso y el lenguaje no verbal.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre la valencia afectiva del discurso de los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad con la regulación emocional y gravedad sintomática global tras una intervención de Terapia de Aceptación y Compromiso?

Objetivo General

Determinar la relación entre la valencia afectiva del discurso de los pacientes con TLP con la regulación emocional y gravedad sintomática global tras una intervención de terapia de aceptación y compromiso.

Objetivos específicos

1. Comparar el número de palabras con carga emocional positiva y negativa durante el discurso de los pacientes con TLP al inicio y al finalizar la intervención con terapia de aceptación y compromiso.
2. Evaluar la relación la gravedad del TLP mediante el puntaje de la escala BEST con la carga emocional predominante en el discurso.
3. Determinar la carga emocional predominante en el discurso y relacionarla con la calificación total de la escala de DERS.
4. Determinar la asociación entre la carga emocional positiva y negativa del discurso de los pacientes al inicio de la intervención con terapia de aceptación y compromiso con las características demográficas.

Hipótesis General

La valencia afectiva positiva del discurso mostrará una relación directa con una mayor regulación emocional y una relación inversa con una menor gravedad sintomática en las pacientes con TLP tras una intervención de terapia de aceptación y compromiso.

Hipótesis Específicas

1. Habrá una diferencia en la valencia del discurso entre el inicio y el fin de la intervención con terapia de aceptación y compromiso en los pacientes con TLP.
2. El promedio de palabras relacionadas a emociones negativas tendrá una relación directa con un mayor puntaje en la escala de severidad del trastorno límite de personalidad.
3. Al inicio de la intervención con terapia aceptación y compromiso, el discurso de los pacientes tendrá una carga predominantemente negativa y al final de la intervención será predominantemente positiva, con una correlación inversa a los resultados de la Escala de Desregulación Emocional al inicio y al final de la intervención.
4. Los pacientes sin ocupación y de mayor edad tendrán un discurso con una cantidad mayor de palabras con carga negativa al inicio de la intervención mediante la terapia cognitivo que los pacientes de menor edad y pacientes profesionistas.

Material y Métodos

Tipo de Estudio

Es un estudio comparativo, longitudinal y retrospectivo de casos. (Feinstein 1985)

Población en estudio:

Esta población fue seleccionada del proyecto AVANCE SC142410 “Evaluación de la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso fortalecida (ACT+DBT-FAP) para el tratamiento del Trastorno

Límite de la Personalidad”, en el cual se comparó la efectividad de esta intervención (ACT+DBT+FAP) con un modelo ACT para TLP que demostró ser efectivo para la reducción de conductas auto-lesivas, desregulación emocional, evitación experiencial, severidad de los síntomas de TLP, y con un modelo breve informado en DBT como tratamientos aislados, para disminuir la evitación experiencial e impulsividad, así como para aumentar la regulación emocional y la calidad de vida de pacientes con TLP, al final y a los tres meses del tratamiento. Consistió en un ensayo clínico aleatorio de tres grupos asignados aleatoriamente: Estudio experimental, de tipo pre-test y post-test aplicados longitudinalmente (una semana después y a los 3 meses de finalizado el tratamiento), con aplicación del cuestionario de aceptación-acción II, escala de dificultades de regulación emocional (DERS), escala de control afectivo, escala de impulsividad de Plutchik, escala de evaluación de la severidad del TLP (BEST), escala breve de calidad de vida (WHOQOL-BREF) y escala de riesgo suicida de Plutchik, y el cuestionario de cinco factores de Mindfulness. Se valoró a 36 pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad confirmado mediante entrevista estructurada (SCID-II), de la consulta externa, del INPRF, sin criterios psiquiátricos graves en el EJE I.

En este estudio se incluyeron a los pacientes que cumplieran con las siguientes características:

Criterios de inclusión de pacientes

- Hombre o mujer mayor de 18 años y menor de 70 años.
- Pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad.
- Pacientes que iniciaron y concluyeron el tratamiento con terapia de aceptación y compromiso fortalecida en la Clínica de Trastorno Límite de Personalidad en el Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Pacientes que aceptaron la videograbación mediante firma del consentimiento informado.
- Pacientes que contaban con evaluación clinimétrica de regulación emocional y gravedad sintomática global al inicio y final del tratamiento con terapia de aceptación y compromiso.

Criterios de exclusión de pacientes:

Pacientes cuyas grabaciones impidieron la obtención de la valencia afectiva positiva y negativa al inicio o al final del tratamiento con terapia de aceptación y compromiso.

Criterios de eliminación de pacientes:

Pacientes que retiraran su consentimiento del proyecto original AVANCE SC142410 “Evaluación de la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso fortalecida (ACT+DBT-FAP) para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad”.

Cálculo de muestra

Dado que esta es una investigación *ex post facto* se incluyeron a todos aquellos participantes en el proyecto AVANCE SC142410 que cumplieron los criterios de selección antes mencionados por lo que se trata de una muestra no probabilística por conveniencia.

Variables

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN
Edad	Dimensional	Años
Escolaridad	Dimensional	Años de estudio
Ocupación	Catagórica	Desempleado/Empleado
Severidad del padecimiento	Catagórica	Leve, Moderado, Grave
Carga emocional del discurso	Dimensional	Número de palabras con carga emocional positiva y negativa.

Escalas e instrumentos de medición

Para el diagnóstico de trastorno límite de personalidad, y las evaluaciones de severidad se utilizaron los siguientes instrumentos:

1.- Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad (SCID-II)

La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders SCID-II) es una de las entrevistas semiestructuradas más utilizadas para fines clínicos y de investigación (ensayos farmacológicos importantes y estudios de resultados psicoterapéuticos, así como en estudios de seguimiento). El SCID-II, está basado en un enfoque ateórico, y fue desarrollado para diagnosticar todos los trastornos de la personalidad del DSM. (Andion 2012).

La SCID-II se acompaña de un cuestionario de personalidad autoadministrado, para el propio paciente, con el objetivo de acortar el tiempo de entrevista requerido en la administración de la SCID-II. Consta de 119 ítems que se entrega con antelación y que el sujeto lleva a momento de la entrevista. El tiempo de compilación es de 20 minutos aproximadamente, se requiere un nivel de legibilidad no a la escuela secundaria.

En general, para cada pregunta numerada de SCID-II corresponde a los criterios de cada trastorno de la personalidad. Para algunos criterios, la evaluación en el formato de la entrevista es más problemática (por ejemplo., Alteración de la identidad en el trastorno límite de la personalidad) se numeran más veces para captar los diferentes aspectos. En estos casos, el entrevistador debe hacer todas las preguntas necesarias para obtener la confirmación de una evaluación "3" de la calificación. Por ejemplo, las preguntas numeradas para la evaluación del primer criterio de trastorno esquizotípico de la personalidad ("ideas de referencia") son tres. Si el paciente es capaz de proporcionar un número suficiente de ejemplos convincentes que demuestran esta tendencia, en respuesta a la primera pregunta,

no es necesario tener en cuenta los dos siguientes. Si la respuesta es negativa (o si el paciente no es capaz de traer ejemplos convincentes), incluso las dos alternativas deben interrogarse a mayor profundidad.

La SCID-II no necesita un programa de ordenador para la formulación del diagnóstico final de acuerdo con los criterios del DSM-IV.

La fiabilidad y validez de la SCID-II para el DSM-IV aún no están certificadas por datos experimentales, a diferencia de la versión anterior. La fiabilidad de la SCID-II DSM-III-R se ha verificado a través de una investigación llevada a cabo en diferentes lugares con el técnica test-retest, el SCID para los trastornos del Eje I (Williams et al., 1992).

2.- Hoja de datos demográficos:

Este formato concentra la información clínica-demográfica de cada uno de los participantes en el estudio. La sección de datos generales contendrá la ficha de identificación del paciente en la que se incluirá la edad, el género, nivel de escolaridad, estado civil y ocupación, al momento del estudio.

3.- Escala de evaluación de la severidad en el tiempo del Trastorno Límite de Personalidad (BEST)

Esta escala fue desarrollada como parte del programa de Entrenamiento de Sistemas de Entrenamiento para la Previsibilidad Emocional y Resolución de Problemas (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS)), el cual fue creado a la mitad de la década de los 90's para atender la creciente necesidad de programas de tratamiento para pacientes ambulatorios por Bruce Pfohl y Nancee Blum, llamada en inglés "*Borderline Evaluation Severity Over Time*".

Es una escala autoadministrada que requiere que los participantes indiquen en una escala Likert de 5 puntos cuánto 12 diferentes pensamientos, sentimientos y conductas negativas, han causado

angustia o dificultades en los últimos siete días (ninguno al extremo). También pregunta con qué frecuencia han podido usar tres comportamientos positivos (casi siempre casi nunca). (Tolfree 2012)

La escala incluye 15 ítems y 3 subescalas:

Los primeros 8 ítems comprenden la subescala A (Pensamientos y Sentimientos), e incluye valoración de reactividad emocional, e implican evaluaciones de la reactividad del estado de ánimo, alteración de la identidad, relaciones inestables, paranoia, sensación de vacío y pensamiento suicida.

Los cuatro ítems siguientes comprenden la subescala B (Comportamiento-Negativo), que clasifica las acciones negativas como las autolesiones. Los ítems de estas subescalas son clasificados de 1 (Ninguno / Leve) a 5 (Extremo).

Los tres ítems finales comprenden la subescala C (Comportamiento-Positivo), que califica acciones como seguir a través de los planes de terapia. Estos artículos se clasifican de 5 (casi siempre) a 1 (casi nunca).

Para calificar el BEST, se determina el total de cada subescala. A continuación se suman las puntuaciones de las subescalas A y B y se resta el total de la subescala C. Se añade un factor de corrección de 15 para obtener la puntuación final que puede oscilar entre 12 (menor gravedad) y 72 (mayor gravedad).

La escala de BEST fue diseñada para medir la severidad en una población enferma, y no como un instrumento de diagnóstico. En los estudios de confiabilidad que se han realizado, la escala demuestra una validez discriminante excelente y es sensible al cambio clínico que ocurre ya desde la semana 4 del tratamiento. Los datos muestran que las puntuaciones del BEST fueron los indicadores más sólidos de Gravedad de la enfermedad para los sujetos con Trastorno Límite de la Personalidad. (Pfohl 2009)

El coeficiente de consistencia interna para individuos con TLP se ha encontrado en 0.86, y la confiabilidad test-retest moderada en 0.62. Esta escala se ha utilizado previamente en investigaciones que exploran la eficacia de los tratamientos de TLP (por ejemplo, Black, Blum, Eichinger, McCormick, Allen y Sieleni, 2008; Harvey, Black y Blum, 2010). (Tolfree 2012)

4.- Escala de Dificultades en la Regulación Emocional:

La escala de Gratz y Roemer, *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS), consta de 36 reactivos y fue desarrollada originalmente para evaluar las dificultades en la regulación emocional en adultos. Este instrumento busca medir varias características de la Desregulación Emocional, que está integrado por seis factores: (a) no aceptación de las respuestas emocionales (*no-aceptación*), (b) dificultades en conductas dirigidas a metas cuando se está alterado (*metas*), (c) dificultades para controlar comportamientos impulsivos cuando se está alterado (*impulsividad*), acceso limitado a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas (*estrategias*), (e) falta de consciencia emocional (*consciencia*), y (f) falta de claridad emocional (*claridad*). (Gratz 2004). Se pide a los encuestados que indiquen con qué frecuencia los ítems se aplican a ellos mismos, con respuestas que van de 1 a 5, donde 1 = casi nunca, 2 = a veces, 3 = aproximadamente la mitad del tiempo, 4 = la mayoría de las veces, y 5 = casi siempre. Las puntuaciones más altas de DERS indican mayores dificultades de regulación emocional.

Es una de las medidas de autoinforme más ampliamente utilizadas de los déficits de regulación de las emociones. El DERS se desarrolló para capturar problemas clínicamente relevantes (es decir, aquellos que son lo suficientemente significativos como para estar asociados con el diagnóstico clínico). Sin embargo, también se ha utilizado para examinar procesos y experiencias normativas de desarrollo, por ejemplo: el desarrollo de la identidad, la procrastinación, la participación social, la

motivación y el rendimiento académicos y la respuesta psicofisiológica se asocian con el funcionamiento de la regulación emocional según lo evaluado por el DERS. (Kaufman 2015)

Respecto a sus propiedades psicométricas, la DERS demostró una buena consistencia interna (a de Cronbach=0.93), así como adecuada confiabilidad test-retest ($r=0.88$). Todas las subescalas de la DERS se correlacionaron significativamente con ambas conductas, con lo que quedó demostrada la capacidad predictiva de la escala.

Investigaciones posteriores han demostrado la utilidad de la DERS para detectar, predecir y atender distintas patologías asociadas a la DE, tanto en población clínica, como no clínica. Se ha traducido y adaptado a diversos idiomas, replicando las características adecuadas de confiabilidad y validez de la escala original. Entre las distintas traducciones se encuentran la italiana, la turca y la portuguesa. (Tejeda 2012)

5.- Programa Linguistic Inquiry and Word Countse (LIWC):

El LIWC (Linguistic Inquiry and Word Countse) es un programa que utiliza una estrategia de conteo de palabras basada en la búsqueda de aproximadamente 2 300 palabras y raíces dentro de un texto. Cada vocablo forma parte de una o más categorías o subcategorías, entre las que se incluyen categorías de lenguaje estándar (artículos, preposiciones, pronombres, etcétera), procesos psicológicos (emociones positivas y negativas, procesos cognitivos), palabras relacionadas a la relatividad (tiempo, tiempo del verbo, moción, espacio), y dimensiones tradicionales de contenido (sexo, muerte, casa, ocupación). Este programa se ha utilizado para analizar textos tomados de diarios, trabajos de escuela, resúmenes de revistas científicas, y se ha demostraron en diversos estudios una relación entre edad y el uso de las palabras, así como con la personalidad, asimismo, se puede emplear para estudiar fenómenos psicológicos tales como la depresión.

El programa está diseñado para aceptar texto verbal escrito o transcrito que se ha almacenado como un archivo digital legible por computadora. Durante la operación, el LIWC2015 accede a un archivo de texto, a un grupo de archivos o a textos dentro de una hoja de cálculo y los analiza secuencialmente. Para cada archivo, lee una palabra objetivo a la vez y a medida que se procesa cada palabra, se busca el archivo de diccionario, buscando una coincidencia del diccionario con la palabra de destino actual. Si una palabra de destino coincide con una palabra de diccionario, se incrementa la escala (o escalas) de categoría de palabras apropiadas para esa palabra. A medida que se procesa el archivo de texto de destino, también se incrementan los recuentos para diversos elementos de composición estructural.

Por cada archivo de texto, se escriben aproximadamente 90 variables de salida como una línea de datos en un archivo de salida. Este registro de datos incluye el nombre de archivo y el conteo de palabras, 4 variables de lenguaje de resumen (pensamiento analítico, influencia, autenticidad y tono emocional), 3 categorías de descriptores generales (palabras por oración, porcentaje de palabras clave capturadas por el diccionario y porcentaje de palabras en el texto que tienen más de seis letras), 21 dimensiones lingüísticas estándar (por ej., porcentaje de palabras en el texto que son pronombres, artículos, verbos auxiliares, etc.), 41 categorías de palabras que utilizan constructos psicológicos (p. ej., afecto, cognición, procesos biológicos, impulsos), 6 categorías de interés personal (por ejemplo, trabajo, hogar, actividades de ocio), 5 marcadores de lenguaje informales (asentimientos, rellenos) y 12 categorías de puntuación (puntos, comas, etc.).

Para que el LIWC funcione se deben usar diccionarios. Los cuales deben estar en archivos de texto y se deben archivar con la terminación dic (español.dic). El interesado simplemente selecciona el que desee usar en ese momento. Asimismo, uno puede crear sus propios diccionarios.

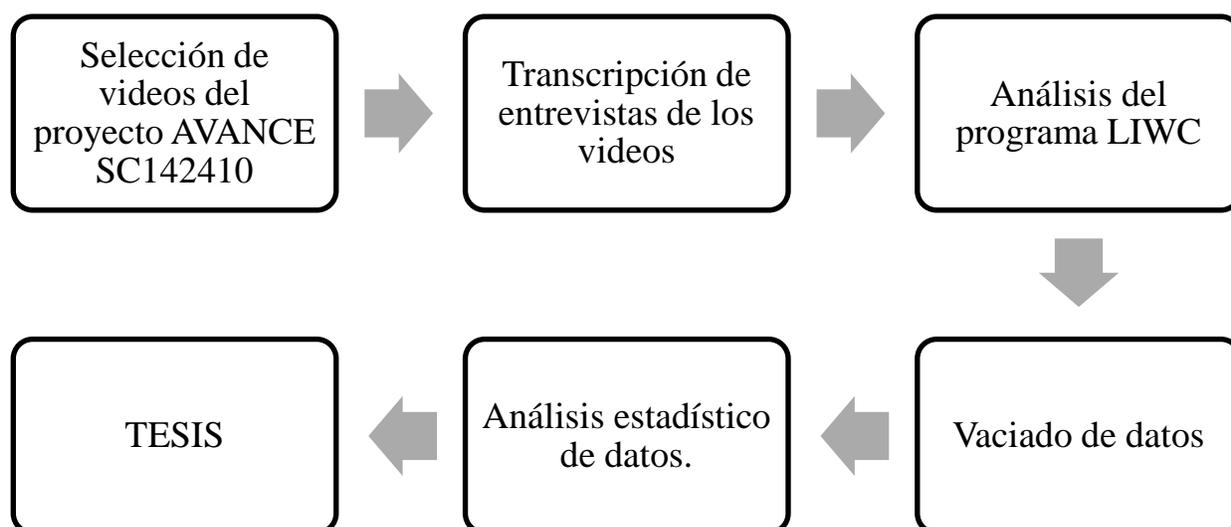
El diccionario LIWC2015 es el corazón de la estrategia de análisis de texto; por defecto está compuesto por casi 6,400 palabras, raíces de palabras y emoticones seleccionados. Cada entrada de diccionario define, además, una o más categorías de palabras o subdiccionarios. Como ejemplo, la palabra llorar forma parte de cinco categorías de palabras: tristeza, emoción negativa, afecto general, verbos y enfoque pasado. Por lo tanto, si la palabra llorada se encuentra en el texto objetivo, cada una de estas cinco puntuaciones de la escala subdiccionaria se incrementará. Como en este ejemplo, muchas de las categorías de LIWC2015 están organizadas jerárquicamente. Todas las palabras de tristeza, por definición, pertenecen a la categoría más amplia de "emoción negativa", así como a la categoría de "palabras de afecto general". Las raíces de palabras pueden ser capturadas por el sistema LIWC2015. (Pennebaker 2015)

Procedimiento:

1. De entre los videos que forman parte del proyecto AVANCE SC142410 “Evaluación de la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso fortalecida (ACT+DBT-FAP) para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad”, se seleccionaron al menos un video por paciente, de entre las 3 primeras sesiones y un video de cualquiera de las 3 últimas sesiones durante el proceso de la Terapia de Aceptación y Compromiso así como con registros de las Escalas de DERS y BEST de inicio y final de la intervención.
2. Se hizo una transcripción de la conversación entre el paciente y terapeuta de los videos registrados al inicio y al final de la Terapia de Aceptación y Compromiso.

3. La transcripción realizada se sometió al análisis del programa LIWC (*Linguistic Inquiry and Word Countse*), el cual, con base al diccionario de español con el que cuenta, clasificó la valencia positiva, valencia negativa y neutra de las palabras.

Diagrama del Procedimiento:



Análisis estadístico

La descripción de las características demográficas y clínicas de la muestra se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables dimensionales. Se compararon las puntuaciones de la desregulación emocional y las emociones positivas, emociones negativas y la gravedad del TLP al inicio y posterior a la intervención mediante la prueba de rangos de Wilcoxon. Se calculó el coeficiente de correlación de Spearman para evaluar la relación entre las puntuaciones iniciales, entre puntuaciones finales y entre el cambio que hubo entre estas. Finalmente, se evaluó la relación entre el cambio de emociones positivas y negativas, la escolaridad y la edad. El nivel de significancia estadística se fijó en una $p \leq 0.05$.

Consideraciones éticas:

Este proyecto de investigación, como investigación derivada del proyecto AVANCE SC142410 fue aprobado por el Comité de Ética y del Comité de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

Se cumplieron con los principios generales estipulados en la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2008).

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título segundo, Capítulo I, Artículo 17, Sección II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención desaliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ML. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleándolas indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

Solo se incluyeron los pacientes que aceptaron participar mediante la firma del consentimiento informado; durante toda la investigación se mantuvo la confidencialidad de los pacientes y podía retirarse en cualquier momento de la investigación. El no participar en el proyecto no excluyó al participante de recibir atención médica necesaria y si se hubiese retirado del mismo, no afectó esa decisión su tratamiento.

Los datos generados en la investigación fueron utilizados únicamente con fines científicos y no se les dará uso, salvo autorización escrita y expresa de los pacientes y de los comités antes mencionados, guardando absoluta confidencialidad de los pacientes que accedan a participar.

ORGANIZACIÓN

1. Recursos humanos y materiales

Los materiales utilizados fueron materiales de papelería y de informática, localizados y aportados por el Instituto.

El personal participante del estudio es el médico residente titular del presente y los tutores teórico y metodológico.

2. Evaluación de costos

Debido a que ya se cuentan con las videograbaciones del proyecto AVANCE SC142410, de la terapia de Aceptación y Compromiso y las escalas contestadas, así como la licencia por parte del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” para el uso del Programa Linguistic World Count (LIWC) este estudio no tuvo costo.

Cronograma de actividades:

	R2	R3-1	R3-2	R4
Elaboración del anteproyecto	X			
Presentación del anteproyecto al Comité de Tesis	X			
Solicitud de Autorización al Comité de Ética	X			
Realización de correcciones del anteproyecto	X			
Revisión y transcripción de videos		X		
Análisis de transcripciones con LIWC		X	X	
Concentración de datos y análisis de resultados			X	
Redacción del texto de Tesis			X	
Revisión por tutores y correcciones del documento final			X	
Entrega final de la tesis a la UNAM y al Comité de Tesis				X

RESULTADOS

Características demográficas y clínicas de la muestra.

Para este trabajo se incluyeron 7 pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, usuarias de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la fuente Muñiz”, las cuales dieron su consentimiento para el proyecto AVANCE SC142410. Dos de las pacientes del proyecto original fueron excluidas de este estudio por no contar con los videos necesarios para la transcripción y por no contar con las escalas clinimétricas completas.

La edad promedio de la muestra fue de 28 (D.E.=6.7) años, con una escolaridad promedio de 14.28 (D.E.=2.1) años de estudio concluidos. La mayoría de las pacientes se encontraban sin pareja (n=5, 71.4%) al momento del estudio. Más del 50% de las pacientes se encontraban estudiando (n=4, 57%), el 28% se encontraba desempleado (n=2) y el 15% se dedicaba al hogar(n=1). (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes:

Pacientes	EDAD	ESCOLARIDAD (años)	Pareja
P1	27	12	2
P2	41	17	1
P3	31	15	2
P4	25	14	2
P5	30	16	1
P6	21	15	2
P7	22	11	2

Pareja: 1= Con pareja, 2= Sin pareja

Las pacientes tenían diagnóstico de trastorno Límite de la Personalidad, confirmado mediante la entrevista Estructurada (SCID – II), midiéndose la severidad del padecimiento mediante la escala BEST al inicio y previo y posterior a la intervención con Terapia de Aceptación y compromiso, con una media en la puntuación basal de la escala de 37.57 (IC 31.6 a 43.52); encontrándose la muestra de pacientes en el rango severidad moderado y al final de la intervención con una media de 28 puntos (IC:

21.4 a 34.5). Lo cual indica una disminución estadísticamente significativa de la severidad del padecimiento. Los resultados de la escala BEST basales y finales por paciente se muestran en la tabla 2 y 8.

La desregulación emocional fue medida con la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), la cual se traduce en que a mayor puntaje en la escala, mayor es la dificultad para regular las emociones. Las pacientes del estudio al inicio de la intervención presentaban una puntuación media de 84 (IC 74 a 95.5) y posterior a la intervención, la puntuación final de la DERS tuvo una media de 48, (IC: 37.7 a 59.3), mostrando una disminución significativa en la desregulación emocional tras la intervención. Los resultados de la escala DERS basales y finales por paciente se muestran en la tabla 2 y 8.

Tabla 2. Puntajes de escalas de BEST y DERS de las pacientes al inicio y posterior a la intervención con la Terapia de Aceptación y Compromiso

Paciente	BEST		DERS	
	Basal	Final	Basal	Final
P1	37	23	90	46
P2	35	36	65	48
P3	40	23	101	42
P4	52	44	98	75
P5	25	19	77	34
P6	35	23	69	35
P7	39	28	93	39

En relación con las palabras expresadas durante el discurso de las pacientes, se muestra que en general hay un aumento en la cantidad de palabras del discurso en las sesiones finales de la terapia; esta diferencia tendió a ser estadísticamente significativa ($p < 0.06$). Los resultados de la cantidad de palabras expresadas por las pacientes durante las primeras y últimas sesiones de la intervención se presentan en la Tabla 3 y 8.

Tabla 3. Número total de palabras contabilizadas durante el discurso en las intervenciones de Terapia de Aceptación y Compromiso

Paciente	Palabras totales basales	Palabras totales finales
P1	744	2094
P2	1152	1158
P3	1202	1332
P4	448	336
P5	492	1274
P6	1251	1852
P7	422	476

El promedio de las palabras con carga emocional positiva en el discurso de las pacientes en las sesiones iniciales de la intervención, tuvo una media de 3.57 (DE = 1.0), y en las sesiones finales tuvo una media de 3.86 (DE = 0.91), mientras que el promedio de palabras con carga emocional negativa al inicio de la intervención presentó una media de 2.01 (DE=0.7) y al final de 1.66 (DE=0.48).. Al compararlas se observó que la carga emocional predominante tanto al inicio como al final, fue la carga emocional positiva. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre las emociones positivas y las emociones negativas tras la intervención (Tabla 4 y 8).

Tabla 4. Resultado de porcentaje de palabras contabilizadas por el programa LIWC durante las sesiones de intervención con implicaciones de emociones positivas y emociones negativas

Pacientes	EMOCIONES POSITIVAS		EMOCIONES NEGATIVAS	
	BASAL	FINAL	BASAL	FINAL
P1	3.63	3.01	2.42	2.24
P2	2.69	3.45	3.12	1.38
P3	3.83	3.75	2.66	1.43
P4	5.36	5.65	1.79	1.19
P5	2.44	3.69	1.22	1.18
P6	2.80	3.08	1.44	1.94
P7	4.27	4.41	1.42	2.31

Con respecto a la relación entre las características demográficas y el cambio en las emociones del discurso se encontró una relación positiva significativa entre la edad y el cambio en la expresión de

emociones negativas. No se encontraron otras relaciones significativas entre la edad, la escolaridad y las emociones positivas (Tabla 5 y 8).

Tabla 5. Relación de características demográficas y el cambio en el número de palabras con emociones expresadas

Variable Independiente	Emociones positivas	Emociones negativas
Edad	-0.21	0.82*
Escolaridad	-0.68	0.54

* p <0.05

Al analizar las relaciones entre desregulación emocional y severidad del trastorno, y las emociones positivas y negativas expresadas en el discurso, se encontraron los siguientes resultados. Antes de la intervención, se observó que tanto la severidad del TLP como la desregulación emocional se relacionaron positivamente con el número de palabras con las emociones positivas; así mismo la desregulación emocional mostró una relación positiva con las emociones positivas. Esta relación significativa no se mantuvo al final del tratamiento, donde no se observaron relaciones significativas entre la desregulación emocional, la gravedad del TLP, emociones positivas y emociones negativas. Además durante el discurso, se vio que a mayor cantidad de palabras verbalizadas, era menor la cantidad de palabras con emociones positivas. No se encontró una correlación entre las palabras con emociones negativas y el puntaje de la escala de BEST y de DERS. Las tablas 6 y 7 muestran los coeficientes de correlación de las escalas con las emociones positivas y negativas.

Tabla 6. Correlación de las palabras con emociones con las escalas de BEST y DERS al inicio de la intervención

	Emociones Positivas Basal	Emociones Negativas Basal
BEST basal	0.95*	0.28
DERS basal	0.78*	0
Palabras totales del discurso	-0.42	0.46

* p <0.05

Tabla 7. Correlación de las palabras con emociones con las escalas de BEST y DERS al final de la intervención

	Emociones Positivas Final	Emociones Negativas Final
--	----------------------------------	----------------------------------

BEST Final	0.482	0.37
DERS Final	0.536	0.214
Palabras totales del discurso	-0.857*	0.321

* p < 0.05

Tabla 8. Medias de los resultados de las mediciones.

	Inicial	Basal	P
BEST	37.5	28	0.028
DERS	84.7	48.5	0.018
Emociones Positivas	3.5	3.8	0.176
Emociones Negativas	2	1.6	0.310*
Palabras totales del discurso	815	1217	0.063*

DISCUSIÓN:

El objetivo del presente estudio fue evaluar la relación de las emociones expresadas en el discurso de las pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad con la severidad del padecimiento y la desregulación emocional característica del mismo.

Las pacientes presentaban severidad moderada al inicio de la investigación, mostrando una media de la disminución de la puntuación de la escala de severidad de 9 puntos, además de mejorar la regulación emocional por una disminución promedio de la puntuación de la escala de DERS de 36 puntos, lo que replica lo reportado por Morton (Morton 2012) en su estudio en el que se dio tratamiento con terapia de aceptación y compromiso en grupo a pacientes con trastorno límite de personalidad, con una disminución global en la escala de BEST, y de las subescalas de la DERS, relacionado a que la terapia disminuyó la tendencia a actuar de manera poco útil en presencia de un fuerte efecto negativo.

Al comparar la media de los promedios de las palabras con emociones positivas y negativas entre las consultas iniciales y las finales, se observa que las emociones positivas se encuentran más presentes que las emociones negativas a lo largo de la intervención, que contrasta con la investigación de Carter y Grenyer (Carter 2012) en la que se comparó el discurso de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de personalidad contra controles sanos mediante la Entrevista de Apego en el Adulto, la cual mostró que los pacientes con TLP usaban menos palabras relacionadas con emociones positivas y más palabras relacionadas con emociones negativas (p. ej. miedo, preocupación) y enojo (p. ej. odiar, matar) que el grupo de control sano, las que usaron palabras de emociones significativamente más positivas como amor, agradable y dulce. Una de las posibles explicaciones al resultado del presente trabajo es que al iniciar una psicoterapia los pacientes se pueden mostrar desconfiados y con menor disposición a hablar con el terapeuta, minimizando en algunos casos la sintomatología que les llevó a la psicoterapia, así como que la Terapia de Aceptación y Compromiso al ser una terapia conductual,

manualizada, que sigue un programa estructurado para cada sesión y que tiene ejercicios específicos, de menos libertad a los pacientes para expresarse o hablar con mayor apertura acerca de su experiencia interna.

Entre los hallazgos del estudio, se encontró una relación directa entre el uso de palabras con emociones positivas con un mayor grado de severidad del trastorno límite de personalidad y mayor desregulación emocional al inicio del estudio, y aunque esta correlación continua presente en la valoración al final de la intervención psicoterapéutica, esta tiene una significancia estadísticamente menor que al inicio del estudio. No hay una correlación estadísticamente significativa entre las emociones negativas y la puntuación de las escalas. Si bien no ha habido estudios que traten esta relación, una posibilidad es que previo a iniciar la psicoterapia, de acuerdo a la perspectiva y modelo de la ACT, no son los afectos negativos intensos per se el problema en este padecimiento sino la evitación experiencial, por lo que podría ser que las pacientes antes de la terapia tiendan más a negar las emociones negativas, a menos que se encuentren en situaciones estresantes; y manteniéndose el promedio de emociones positivas al final de la psicoterapia debido a que este tipo de terapia trabaja sobre procesos cognitivos y promueve la apertura a la experiencia interna, la aceptación del dolor como parte inherente de la vida, lo que podría permitir que los individuos vivan las emociones con menor malestar.

Otro de los hallazgos del estudio, es que se encontró una relación entre la edad y la cantidad de palabras con emociones negativas expresadas, esto significaría que con el paso del tiempo hay una disminución de estas, sin presentar un cambio en las palabras con emociones positivas. Esto contrasta con lo descrito por Pennebaker en el estudio que comparó la edad de los pacientes con las emociones positivas y negativas de su discurso, pues menciona que el envejecimiento se asoció con disminución en las palabras de emoción negativa y aumentos en las palabras de emoción positiva, con un aumento de estas en particular en las edades de 55 a 70 años. Una explicación a nuestros resultados es que las

pacientes de mayor edad y con mayor escolaridad tienen antecedentes de mayor disfunción en más áreas de su vida, así como mayor conciencia del impacto negativo del padecimiento en su desempeño.

Es importante mencionar que el campo de estudio del análisis de discurso de psicoterapia es escaso, lo que hace que este estudio sea una forma de explorar este campo, pues durante la investigación no se encontraron estudios que sugirieran el software LIWC como herramienta de apoyo para valorar los cambios esperados en un proceso psicoterapéutico. Una fortaleza de este estudio, es que ya que el programa contabiliza las palabras que se encuentran en su diccionario, pudiendo no considerar varias palabras del discurso, en este estudio el promedio de palabras contabilizadas fue del 81.94%, en comparación con estudios como el de Ramírez Esparza, en el que se comparó el diccionario en español con el diccionario en inglés del programa LIWC, que contaron 61.85% de las palabras del discurso por la versión en inglés y 66.32% por la versión en español, en este estudio no hubo una pérdida tan grande de palabras demostrando que aunque tiene un porcentaje mayor de palabras captadas, el diccionario no es perfecto, lo que debe ser tomado en cuenta para futuras investigaciones.

Entre las limitaciones de esta investigación se debe mencionar que la muestra es pequeña, por lo que es difícil comparar los resultados con estudios previos, como el realizado por Rosenbach y Renneberg, el cual incluyó a 30 pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad para analizar sus memorias autobiográficas utilizando una versión adaptada y centrada en el rechazo del Test de Memoria Autobiográfica (Rosenbach 2015). También es necesario comentar que el software LIWC presenta la limitación de que las categorías de palabras de los diccionarios están arbitrariamente seleccionadas por investigadores y la organización de las palabras en sus respectivas categorías está hecha por un número reducido de jueces.

CONCLUSIONES:

1. La terapia de Aceptación y Compromiso disminuye la severidad del trastorno límite de personalidad y la desregulación emocional de las pacientes por disminución de la puntuación de las escalas de valoración.
2. El discurso predominante de las pacientes con Trastorno Límite de Personalidad tiene una valencia predominantemente positiva al principio y al final de una intervención psicoterapéutica.
3. Existe una relación entre la edad y la cantidad de palabras con emociones negativas expresadas: con el paso del tiempo habrá una tendencia a la disminución de estas.
4. Las terapias conductuales pueden dificultar el análisis de los discursos como herramientas psicoterapéuticas por la limitación del discurso a respuestas de preguntas y ejercicios específicos.
5. Es necesario continuar la investigación de la relación del discurso de pacientes con trastornos de personalidad y marcadores de severidad de los padecimientos mediante la inclusión de un mayor número de pacientes que los de este estudio, ya que la muestra presentada resulta poco representativa comparada con otros estudios realizados en el campo.

Bibliografía

Andion, O. F., M.; Di Genova, A.; Calvo, N.; Gancedo, B.; Matalí, J.; Valero, S.; Torrubia, R.; Casas, M. (2012). "The SCID-II and DIB-R interviews: Diagnostic association with poor outcome risk factors in Borderline Personality Disorder." Psicothema **24**(4): 523-528.

APA, A. A. d. P. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Arlington.

Bayes, A. P., G. (2017). "Borderline personality disorder in men: A literature review and illustrative case vignettes." Psychiatry Research **257**: 197-202.

Bernstein, D. P. I., J.; Maser, J. (2007). "Opinions of personality disorders experts regarding the DSM-IV personality disorders classification systems." Journal of Personality Disorders **21**(5): 536-551.

Carter, P. E. G., B. F. S. (2012). "Expressive language disturbance in borderline personality disorder in response to emotional autobiographical stimuli." Journal of Personality Disorders **26**(3): 305 - 321.

Cloninger, C. R. O., J.; Skodol, A. E.; Bender, D. S. (2005). "Textbook of personality disorders." Washington, DC: American Psychiatric Publishing: 143-154.

Chen, H. (2016). "A Theoric Review of Emotion Regulation." Journal of Social Sciences **4**: 147 -153.

Chung, C. P., J.W. (2007). The psychological functions of the words. Social Communication. K. Fiedler. New York, Psychology Press: 343-359.

Farb, N. A. S. A., A. K.; Irving, J. A.; et al (2014). Mindfulness interventions and emotion regulation. Handbook of emotion regulation. New York, Guilford Press: 548-567.

Feinstein, A. R. (1985). Clinical epidemiology: the architecture of clinical research.

Graham, C. D. G., J.; Krahé, C.; Gillanders, D. (2016). "A systemactic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long term conditions." Clinical Psychology Review **46**: 46-58.

Gratz, K. L. R., 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.

Gratz, K. L. T., M. T.; Matusiewicz, A.; Breetz, A.; Lejuez, C. W. (2013). "Multimodal Examination of Emotion Regulation Difficulties as a Function of Co-Occurring Avoidant Personality Disorder Among Women With Borderline Personality Disorder." Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment **4**(4): 304-314.

Grilo, C. S., CA.; Skodol, A.; Gunderson, J.; Stout, R.; Bender, D.; , Yen, S.; Shea, T.; Morey, L.; Zanarini, M.; McGlashan, T. (2007). "Longitudinal diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: a 2-year prospective study." The Canadian Journal of Psychiatry **52**(6): 357 - 362.

Gross, J. J. (1998). "Antecedent- and Response-Focused Emotion Regulation: Divergent Consequences for Experience, Expression, and Physiology." Journal of Personality and Social Psychology **74**(1): 224-237.

Gross, J. J. (2002). "Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences." Psychophysiology **39**: 281-291.

Gunderson, J. (2008). Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide. Arlington, American Psychiatric Publishing, Inc.

Hayes, S. C. L., J. B.; Bond, F. W.; Masuda, A.; Lillis, J. (2006). "Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes." Behaviour Research And Therapy **44**: 1-25.

Kaufman, X., M.; Fosco, G.; Yaptangco, M.; Skidmore, C.; Crowell, S. (2015). "The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF): Validation and Replication in Adolescent and Adult Samples." Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment **37**(3).

Leichsenring, F. L., E.; Kuse, J.; New, A.; Leweke, F. (2011). "Borderline Personality Disorder." The Lancet **377**: 74-84.

Lentz, J. (2017). Who Am I to You? Using Function Words as a Measure of Transference. Faculty in Psychology. New Yrk, University of New York. **Doctor of Philosophy**.

Luciano, M. C. W., K. G (2002). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Madrid, España.

Mehl, M. R. G., S. D.; Pennebaker, J. W. (2006). "Personality in its natural habitat: Manifestations and implicit folk theories of personality in daily life." Journal of Personality and Social Psychology **90**(862-867).

Morton, J. S., S.; Gopold, M.; Guymer, 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.

Öst, L. G. (2014). "The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis." Behaviour Research and Therapy.

Pennebaker, J. W. B., R.L.; Jordan, K.; & Blackburn, K. (2015). The development and psychometric properties of LIWC2015. . T. U. o. T. a. Austin. **787121043**.

Pennebaker, J. W. G., A. (2001). "Patterns of natural language use: disclosure, personality, and social integration." Current Directions in Psychological Science **10**: 90-93.

Pennebaker, J. W. M., M. R.; Niederhoffer, K. G. (2003). "Psychological aspects of Natural Language Use: OurWords, Our Selves." Annual Review of Clinical Psychology **54**: 547-577.

Pfohl, B. B., N.; St. John, D.; McCormick, B.; Allen, J.; Black, D. (2009). "Reliability and Validity of the Borderline Evaluation of Severity Overtime (BEST): A Self-Rated Scale to measure severity and change in persons with Borderline Personality Disorder." Journal of Personality Disorders **23**: 281-293.

Ramírez Esparza, N. P., J. W.; García, F. A. (2007). "La Psicología del Uso de las Palabras: Un programa de computadora que analiza textos en español." Revista Mexicana de Psiquiatría **24**(1): 85-99.

Rosenbach, C. R., B. (2015). "Remembering rejection: Specificity and linguistic styles of autobiographical memories in borderline personality disorder and depression." Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry **46**: 85-92.

Rottenberg, J. G., J. J. (2003). "When emotion goes wrong: realizing the promise of affective science." Clinical Psychology: Science and Practice.

Seligowski, A. V. O., H. K. (2015). "Examining the Structure of Emotion Regulation: A Factor-Analytic Approach." J Clin Psychol **71**(10): 1004-1022.

Sheppes, G. S., G.; Gross, J. J. (2015). "Emotion Regulation and Psychopathology." Annual Review of Clinical Psychology **11**: 3.1-3.27.

Siang-Yang, T. (2011). "Research Into Practice." Journal of Psuchology & Christianity **30**(3): 243-249.

Silbersweig, D. (2007). "Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder." American Journal of Psychiatry **164**(12): 484-491.

Skodol, A. G., J.; Shea, T.; McGlashan, T.; Morey, L.; Sanislow, C.; Bender, D.; Grilo, C.; Zanarini, M.; Yen, S.; Pagano, M.; Stout, R. (2005). "The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS) Overview and Implication." Journal of Abnormal Psychology **19**(5): 487-504.

Soloff, P. A., K.; Ramaseshan, K.; Burgess, A.; Diwadkar, V. (2017). "Hyper-modulation of brain networks by the amygdala among women with Borderline Personality Disorder: Network signatures of affective interference during cognitive processing." Journal of Psychiatric Research **88**: 56-63.

Tejeda, M. R., R.; González-Fortaleza, C.; Andrade, P. (2012). "Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos." Salud mental **35**(6).

Tolfree, R. (2012). Do difficulties in mentalizing correlate with severity of borderline personality disorder? Department of Clinical Psychiatry. London, United Kingdom, University College London.

Valdés, N. (2010). "Análisis de los estilos lingüísticos de paciente y terapeuta durante la conversación terapéutica en episodios de cambio, utilizando el Buscador Lingüístico y Contador de Palabras (LIWC)* " Subjetividad y Procesos Cognitivos **14**(2): 314-332.

Yen, S. S., M.T.; Battle, C. (2002). "Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders." The Journal of Nervous and Mental Disease **190**(8).

Zanarini, M. F., F.; Reich, D.; Fitzmaurice, G. (2010). "The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects." Acta Psiquiátrica Scandinavica **122**(2): 103-109.