



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 28 No. 4

Diciembre de 2025

<https://doi.org/10.22402/REPI.2025.28.04.16>

REGULACIÓN EMOCIONAL Y TRASTORNO DE LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: ESTUDIO DE CASO ÚNICO

Kimberly Angélica Cedillo Ramón¹, David Jiménez Rodríguez²,
Claudia Margarita González Fragoso³
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

RESUMEN

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un trastorno psicológico caracterizado por un patrón persistente de inestabilidad emocional, dificultades en las relaciones interpersonales, una autoimagen distorsionada y comportamientos impulsivos. Las personas con este diagnóstico suelen experimentar emociones intensas y cambios bruscos de estado de ánimo, lo que puede dificultarles manejar situaciones cotidianas. Por otro lado, la regulación emocional es la capacidad de gestionar, comprender y responder de manera adaptativa a las emociones. En el TLP, esta habilidad suele estar afectada, lo que contribuye a la inestabilidad emocional y los comportamientos impulsivos. El presente estudio de caso se centra en una paciente de 37 años, residente de Pachuca, Hidalgo, diagnosticada con Trastorno Límite de la Personalidad desde los 19 años. La paciente ha enfrentado múltiples desafíos en distintas áreas de su vida, incluyendo el ámbito familiar, social y laboral. El objetivo principal de este estudio de caso es analizar en profundidad las manifestaciones clínicas del TLP en esta paciente y explorar estrategias terapéuticas que puedan ser eficaces para los pacientes con TLP.

¹ Egresada de la Carrera de Psicología del Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH.

Correo electrónico psickimcr@outlook.com

ORCID <https://orcid.org/0009-0007-0107-8458>

² Autor Corresponsal. Profesor Investigador de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Correspondencia: david_jimenez6404@uaeh.edu.mx y vigos9634@gmail.com

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-2686-2384>

³ Profesora Investigadora de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Correspondencia: claudia_gonzalez10101@uaeh.edu.mx ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8400-6033>

Palabras clave: Regulación emocional, Trastorno Límite de la Personalidad, Psicología, Emociones, Estudio de caso.

EMOTIONAL REGULATION AND BOURNDARY PERSONALITY DISORDER: SINGLE CASE STUDY

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder (BPD) is a psychological disorder characterized by a persistent pattern of emotional instability, difficulties in interpersonal relationships, a distorted self-image, and impulsive behaviors. Individuals with this diagnosis often experience intense emotions and sudden mood swings, which can make it difficult for them to handle everyday situations. On the other hand, emotional regulation is the ability to manage, understand, and adaptively respond to emotions. In BPD, this ability is often impaired, contributing to emotional instability and impulsive behaviors. This case study focuses on a 37-year-old patient, resident of Pachuca, Hidalgo, diagnosed with Borderline Personality Disorder (BPD) since the age of 19. The patient has faced multiple challenges in different areas of her life, including family, social, and work. The main objective of this case study is to analyze in depth the clinical manifestations of BPD in this patient and to explore therapeutic strategies that may be effective for patients with BPD.

Keywords: Emotional regulation, Borderline Personality Disorder, Psychology, Emotions, Case study

INTRODUCCIÓN

Las emociones son reacciones subjetivas a los estímulos del ambiente acompañada de cambios fisiológicos y endocrinos (Bisquerra, 2000). De acuerdo con Damasio (2010), las emociones son producidas por el recuerdo de hechos pasados o el pensamiento de situaciones futuras, por lo que se infiere que las emociones son psicobiológicas, sin embargo, tienen relación con la construcción social, el contexto y la cultura. Por otro lado, las emociones se clasifican en positivas como la alegría y el orgullo, y emociones negativas como el miedo, la ira, la aversión y la frustración. Con relación a esta clasificación, las emociones negativas son las encargadas de movilizar más recursos que las emociones positivas, para su afrontamiento (Fernández-Abascal et al., 2001).

No obstante, Agen y Ezquerra (2021) y Sánchez-Martín et al. (2018) hacen mención de una tercera clasificación en la cual se combina en dos ejes a las emociones positivas y el grado de activación de estas, de acuerdo a esta activación, existen

emociones positivas como la sorpresa, la curiosidad y el entusiasmo, por otro lado, las emociones negativas son el rechazo, la frustración, la incertidumbre y la confusión. Ahora bien, la regulación emocional trabaja con las emociones positivas y negativas, pues no se enfoca únicamente en el control de las emociones negativas (Frijda, 1986; Gross, 2014; Gross y Thompson, 2007).

VÍAS RELACIONADAS CON LA REGULACIÓN EMOCIONAL

La regulación de la confrontación de los hechos: Esta vía consiste en hacer una modificación en lo que sentimos a través de la regulación en nuestra exposición a circunstancias que nos causan emociones, esto se puede realizar por medio de la exposición, es decir, pasar por situaciones agradables, evadiendo situaciones desagradables, etc., así mismo, podemos realizarlo a través de procesos atencionales, es decir, atendiendo sucesos agradables e ignorando los sucesos desagradables (Pascual & Conejero, 2019).

La regulación del procesamiento de la información externa e interna: Esta segunda vía se basa en la modificación de las interpretaciones, pensamientos, imágenes, entre otras, los cuales se activan por sucesos emocionales. Frijda (1986) lo denomina “Afrontamiento intrapsíquico” el cual implica una distorsión de la realidad o un debilitamiento de la relación con la misma, por lo tanto, se considera una forma de reinterpretación o reevaluación defensiva. Es importante destacar que el afrontamiento intrapsíquico no es defensivo, como distanciarse de situaciones o bromear e ironizar sobre estas. En este caso se trata de una reevaluación constructiva, pues, no se produce una distorsión de la realidad, si no, un enfoque positivo de la misma (Pascual & Conejero, 2019).

Cabe destacar, que estas dos vías constituyen a las vías para la modificación de la experiencia emocional, sin embargo, hay diferentes maneras para influir en esta. La regulación de las tendencias expresivas y conductuales: Esta tercera vía da pauta a las expresiones y conductas emocionales tales como la supresión y/o inhibición, las cuales sirven para regular la experiencia emocional. La regulación de las reacciones fisiológicas: La cuarta vía se encarga de regular las respuestas

fisiológicas de diversas formas, por medio de tranquilizantes, sedantes, alcohol, etc., así como las técnicas de biorretroalimentación (Pascual & Conejero, 2019).

Las técnicas mencionadas anteriormente han sido útiles en diversos casos, sin embargo, la meditación, métodos de relajación y ejercicios de respiración son técnicas más sencillas y accesibles, las cuales brindan el mismo beneficio (Hervás et al., 2016; Hill y Updegraff, 2012; Kral et al., 2018; Wheeler, Arnkoff y Glass, 2017).

Ahora bien, el Trastorno Límite de Personalidad se caracteriza por el patrón estable de conducta en el que recae la desregulación emocional, conductual, cognitiva, interpersonal y desarrollo de identidad, generando una alteración en el funcionamiento de quienes lo padecen. (Giulio, 2020). En el desarrollo interpersonal se producen alteraciones en las relaciones de familia, pareja y amigos. (Hill et al., 2008). Los pacientes con TLP muestran un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se enfocan en la extrema idealización y devaluación del otro. (Escribano, 2006)

De acuerdo al autor Álvarez (2001), debido a la intensidad que muestran en los vínculos, generan un miedo extremo al abandono, aun mostrando que el vínculo es muy seguro, igualmente muestran problemas con la autoimagen, la afectividad y una gran impulsividad, destacando la ansiedad por separación, la variabilidad en el estado de ánimo, irritabilidad, comportamientos autodestructivos y hostilidad impulsiva. De igual manera se asocia con la discapacidad laboral, pues se estima que la mitad de las personas con este trastorno, suelen tener dificultades en la estabilidad laboral. (Østby et al., 2014; Sansone & Sansone, 2012).

En relación a la salud mental, hay una gran comorbilidad con los trastornos depresivos, ansiosos y por consumo de sustancias (Grant et al., 2008) y, de igual manera hay un riesgo de suicidio y autolesiones. (Oldham, 2006). Se considera uno de los trastornos más comunes, pues la prevalencia es de 5.9% en la población general, un 28% de los pacientes son atendidos por psiquiatría, el 15% hay

consultas en los servicios de emergencia y el 6% de las consultas son en atención primaria. (Gunderson et al., 2018).

MODELO HOMEOSTÁTICO DE FORGAS

Este autor propone que la regulación emocional es el proceso que se activa para llegar a la homeostasis, es decir, cuando el sujeto está pasando por un estado emocional lejano al normal, se activan los mecanismos de regulación emocional para volver.

Cabe mencionar que este modelo defiende la idea de que la norma que regula el estado anímico de las personas es un proceso automático y/o espontáneo.

Es importante destacar que el modelo homeostático, es resultado del modelo anterior creado por el mismo autor, el modelo de la infusión del afecto, este modelo se encarga de diferenciar dos tipos de procesamiento; procesamiento abierto, el cual son los más vulnerables a los efectos del estado de ánimo, los procesos ordinarios que están influidos por el estado de ánimo y finalmente el procesamiento motivado, el cual es incongruente con el estado de ánimo de un momento determinante y tiene como función principal contrarrestarlo. Esos tres procesos son considerados formas de regulación emocional automática, por lo que se complementan de acuerdo a las necesidades de la persona y de un momento en específico.

MÉTODO

Participante

La participante es una mujer de 37 años de edad, residente de Pachuca, Hidalgo, México, con el diagnóstico del TLP desde los 19 años de edad.

Instrumentos

Cuestionario Salamanca

Su propósito principal es valorar los rasgos de personalidad, la forma de sentir y de actuar, llevando una conducta o comportamiento determinado ante una situación.

El cuestionario consta de 22 ítems con respuesta de verdadero o falso y tiene un alfa de Cronbach de 0.89, teniendo una confiabilidad alta.

TMMS-24

Creada por Fernández-Berrocal et al. (2004), se evalúan los metaconocimientos de los estados emocionales, consta de 24 ítems en escala Likert, con una valoración de 1 a 5 puntos, esta se divide en tres factores: atención o percepción con un alfa de Cronbach de 0.89, claridad o comprensión con un alfa de Cronbach de 0.89 y reparación o regulación de emociones con un alfa de Cronbach de 0.85.

BSL-23

Es un cuestionario autoaplicable que evalúa la sintomatología del Trastorno Límite de la Personalidad, se compone de una escala de 23 ítems, una escala de análisis visual de la percepción del estado en general y una escala complementaria para la evaluación conductual, de 11 ítems. La escala cuenta con un alfa de Cronbach de 0.94

DASS-21

También conocida como la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, esta prueba fue creada por Peter Lovibond y Sydney Harold Lovibond en el año de 1995, esta prueba ha sido validada en países como Chile, Brasil y México. En cuanto al análisis de confiabilidad, se obtuvieron los valores para el DASS (versión original) y DASS-21 de 0.84, 0.70 y 0.82.

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

Se realizó una entrevista semi estructurada en base a los criterios del Trastorno Límite de la Personalidad, la cual consta de 48 preguntas, donde se aborda los datos sociodemográficos, las relaciones interpersonales (familia, amigos, pareja), la regulación emocional.

Procedimiento

De primera instancia se hizo selección del tema de investigación, posteriormente se redactó el marco teórico, seguido de esto se buscó a la participante por medio de una convocatoria en redes sociales, la participante es una mujer de 37 años de edad, residente de Pachuca, Estado de Hidalgo. Se seleccionaron las pruebas Prueba TMMS – 24, DASS – 21, Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, Cuestionario BSL-23, Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) y Cuestionario Salamanca. Se hizo entrega del consentimiento informado a la participante y se aplicaron las pruebas, seguido de esto se realizó una entrevista semi estructurada para obtener datos con respecto a su experiencia con TLP en relación a la regulación emocional, experiencia en el ámbito laboral, interpersonal y familiar. Posteriormente se calificaron e interpretaron los resultados, se realizó la discusión y conclusión.

RESULTADOS

A continuación se describen los resultados que arrojó la investigación. En la siguiente Tabla se presentan los puntajes de las pruebas aplicadas.

Tabla 1

Prueba	Subescala	Resultado	
TMMS-24	Atención Emocional	20 puntos	Presta poca atención a sus emociones
	Comprensión Emocional	13 puntos	Debe mejorar la comprensión emocional
	Regulación Emocional	23 puntos	Tiene una adecuada claridad emocional
DASS-21	Depresión	9 puntos	Estado de Depresión moderado
	Ansiedad	16 puntos	Ansiedad extremadamente severa

	Estrés	11 puntos	Estrés moderado
Escala de Riesgo Suicida de Plutchik		8 puntos	Existe riesgo de pensamientos o actos suicidas
Cuestionario Salamanca	Paranoide	5 puntos	Puede existir rencor e incapacidad de olvidar insultos, injurias o desprecios de los cuales creen ser objeto.
	Esquizoide	3 puntos	No muestra ser socialmente aislada o solitaria.
	Esquizotípico	3 puntos	No existe superstición, como creer en la telepatía o “sexto sentido”.
	Histriónico	5 puntos	Puede sentirse incomoda en situaciones donde no es el centro de atención.
	Antisocial	4 puntos	Puede existir una falta de remordimiento, indiferencia o justificación hacia faltas de comportamiento legal.
	Narcisista	2 puntos	No muestra pensamientos de “especialidad” o sentimientos de envidia hacia ella.
	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad:	5 puntos	Pueden existir actitudes violentas o manifestaciones explosivas,

	SUBTIPO IMPULSIVO		especialmente ante críticas de terceros.
	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: SUBTIPO LIMITE	6 puntos	Inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen y afectividad, sentimientos crónicos de vacío.
	Anancástico	6 puntos	Existe una preocupación excesiva por los detalles, reglas, orden, organización. Perfeccionismo, rigidez y obstinación.
	Dependiente	5 puntos	Pueden existir sentimientos de incomodidad o desamparo cuando está sola.
	Ansioso	6 puntos	Sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor.
Cuestionario BSL-23	Sintomatología	61 puntos	Estado grave de TLP
	Conductual	25 puntos	
Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (CAR)		12 puntos	No existe riesgo de padecer un Trastorno de Conducta Alimentaria

De acuerdo con los puntajes anteriores, la participante presenta rasgos de personalidad de subtipo impulsivo y limite, así mismo se encuentra en un estado grave de TLP, lo que conlleva a tener un estado ansioso extremadamente severo,

así como estrés y depresión moderada y existe un riesgo de pensamientos o actos suicidas. Ahora bien, con respecto a la regulación emocional, la participante no presta la atención necesaria a sus emociones, por lo que debe mejorar la comprensión emocional, no obstante, manifiesta una adecuada claridad emocional.

Por otro lado, como resultados de la entrevista semi estructurada, la participante fue diagnosticada con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) desde los 19 años, tras su primer internamiento. A lo largo de los años ha recibido diferentes tratamientos psiquiátricos, incluyendo medicamentos como Seroquel, Carbamazepina y Haloperidol, pero su apego a ellos ha sido intermitente, abandonándolos cuando empieza a sentirse mejor. Ha cambiado de psicólogos y psiquiatras varias veces, buscando un tratamiento con el que se sienta cómoda, y actualmente sigue terapia Dialéctico-Conductual, la cual ha encontrado más efectiva.

En sus relaciones interpersonales, tiende a entregarse por completo al principio, pero le resulta difícil mantener los vínculos a largo plazo, lo que la lleva a cortar relaciones abruptamente cuando se siente lastimada. Ha tenido conflictos emocionales intensos en amistades y parejas, y en estas últimas su inestabilidad emocional se intensifica, adoptando conductas extremas para medir el compromiso de la otra persona.

Durante su vida ha consumido diversas sustancias, pero en los últimos seis años ha logrado reducir drásticamente su consumo, limitándose actualmente al alcohol con menor frecuencia. Considera que el cambio más importante en su vida ha sido desarrollar ganas de vivir y aprender a manejar su impulsividad. Ha tenido tres intentos graves de suicidio que requirieron hospitalización, además de episodios de autolesiones que, aunque han disminuido, siguen presentes ocasionalmente. Ha estado internada en centros de rehabilitación en cuatro ocasiones. Sus crisis de ansiedad se presentan con síntomas como taquicardia y sensación de falta de aire, llegando en algunas ocasiones a llamar a la ambulancia por miedo a sufrir un paro cardíaco; estos episodios suelen ocurrir aproximadamente cada dos semanas.

Su relación con la familia es disfuncional y dependiente. Aunque tiene una conexión cercana con su madre y su hermano, la convivencia es caótica y llena de conflictos, mientras que su padre es una figura ausente emocionalmente.

En cuanto a su manejo emocional, las emociones predominantes en su vida son la euforia, la ira y la tristeza. Se siente profundamente afectada por pensamientos negativos sobre su futuro y el de su familia, lo que a menudo detona sentimientos de desesperanza. El enojo, en particular, se activa principalmente por conflictos familiares, y suele recurrir al consumo de alcohol y sustancias para regular sus emociones. Presenta cambios emocionales bruscos y frecuentes, experimentando variaciones en su estado de ánimo varias veces al día. Durante su adolescencia, tuvo pensamientos paranoides intensos, creyendo que la observaban o leían su mente, lo que afectó significativamente su vida cotidiana; aunque estos pensamientos aún aparecen esporádicamente, ahora es capaz de reconocerlos como irracionales. En general, no se siente completamente satisfecha con su vida. A pesar de haber logrado metas importantes como independizarse y reducir su consumo de sustancias, no experimenta una sensación plena de satisfacción y tranquilidad. Sin embargo, encuentra cierto grado de estabilidad en su trabajo y en los avances que ha logrado en su proceso de recuperación.

DISCUSIÓN

La participante refiere que se esfuerza mucho para mantener el vínculo con las personas, debido que al formar una nueva amistad la participante suele entregar mucho tanto en aspecto personal como en aspecto material.

“Soy muy entregada, demasiado entregada, o sea, regalos, detalles, este, no sé, como que investigo qué le gusta al otro y, y si es una cosa, pues, ya, no intensa como tal, pero sí muy, muy, muy entregada.”

No obstante, suelen presentarse situaciones en las cuales la participante no se siente cómoda y esto provoca que ese esfuerzo disminuya. De acuerdo con Corchero, Balés, Oliva, Puig-Sola (2012) lo mencionado anteriormente es una ambivalencia hacia el entorno, el cual se presentan cambios instantáneos en la

valoración hacía los demás y hacía uno mismo, pasando el aprecio al rechazo en poco tiempo.

Por otro lado, al perder un vínculo la participante tiene reacciones negativas:

“Cuando es muy, muy íntimo, muy cerrado o que incluso de amigos, este, pues sí, sí, mal, o sea, lloro muchísimo, me enojo, no sé, puedo llegar a hacer alguna cuestión física como de, este, golpear paredes o, de ahora ya no tanto, ¿eh? Pero como, o lastimarme, este, pero lo que sí, eso sí, casi siempre hago es volcarme como a las conductas, este, pues de sustancia, voy y me empiezo a beber de más, o más seguido, pues, sí, podría ser como eso.”

El sentirse rechazado o ignorado desencadena respuestas emocionales intensas en las personas con Trastorno Límite de la Personalidad, ya que, por el temor al abandono, suelen reaccionar de diversas maneras ante una pérdida, tales como amenazas, ruegos o conductas autolesivas, así mismo, se presentan conductas evasivas como el consumo de sustancias tóxicas (alcohol y drogas) con la finalidad de olvidar y no pensar en el problema. (Mosquera, 2011)

“Me considero, así como de puntos a favor, como una persona, pues amable, bastante trabajadora, esto sí, muy muy trabajadora, pues inteligente, no sé cómo se dice, este, Como que me adapto rápido a las situaciones. Este, eso sí, intensa, apasionada, ¿no? Los puntos, digo, no tan a favor, quizá, puede ser muy exacerbada, este, bueno, también en esta cuestión de que soy para todo.

En puntos no tan buenos, pues sí, tengo esta cuestión de, de, me voy, o sea, sí soy una persona que tiende a las, pues, a la dependencia, ¿no? Ya sea de, sobre todo, de sustancias o de personas”

De acuerdo con Corchero, Balés, Oliva, Puig-Sola (2012) uno de los síntomas interpersonales con respecto al Trastorno Límite de Personalidad es la alteración de la identidad, es decir la autoimagen y/o el sentido de sí mismo está constantemente inestable. Por otro lado, Mosquera (2011) refiere que las personas con Trastorno Límite de Personalidad mencionan desconocer como son, que les gusta o quieren hacer, ya que suelen aburrirse con facilidad y siempre buscan algo en que ocuparse. De igual manera, se describe la sensación de vacío el cual no

pueden llenar con nada, con relación al criterio 7, se encuentran en una constante búsqueda para llenar dicho vacío, las cuales en su mayoría suelen ser conductas que atentan con su integridad como el consumo de sustancias.

Aunque la participante reconoce su identidad y tiene metas fijas, no se encuentra satisfecha con su vida actual, pues reconoce que en el aspecto material si hay satisfacción, no obstante, en el aspecto emocional no existe tal satisfacción, pues siente que hay mucho sufrimiento, dicho vacío e insatisfacción con su vida, puede recaer en el consumo de sustancias como drogas y/o alcohol, ya que anteriormente usaba este recurso como un método para sentirse bien, sin embargo, el consumo de estas sustancias podría llegar al grado de que la participante pusiera en riesgo su vida y su integridad, ya que el consumo era muy excesivo. En relación al criterio 4, este consumo solía ser de manera impulsiva, es decir, al existir una carencia en la regulación emocional y dificultad para aprender las posibles consecuencias, no hay un límite en el consumo de sustancias o en la toma de decisiones de la participante, de acuerdo con la participante, el consumo podía durar días o hasta que “ocurriera una tragedia”, poniendo en riesgo su integridad.

Por otro lado, Mosquera (2011) menciona que las conductas impulsivas cumplen con una función reguladora para la persona, pues buscan dejar de sentir o frenar aquello que le genera malestar. Con respecto al criterio 5, estas conductas de riesgo podrían generar que la participante no se preocupara con respecto a su seguridad, los pensamientos intrusivos y la desregulación emocional provocaban que la participante cayera en conductas como las autolesiones. Si bien la participante se encuentra tomando terapia psicológica y psiquiátrica, refiere que los pensamientos suicidas aparecen esporádicamente, es importante destacar que anteriormente tuvo 4 intentos en los cuales la participante estuvo internada en el hospital.

Existe relación entre los criterios 4 y 5, debido a que las conductas suicidas pueden surgir ante situaciones de rechazo o abandono, por lo cual carecen de reflexión o planificación a largo plazo. De igual forma, puede existir un sentimiento de desesperanza y/o carencia en las habilidades de afrontamiento, donde al no tener las herramientas necesarias para afrontar las situaciones, suelen recurrir a este tipo de conductas para “escapar de su dolor”.

Ahora bien, las emociones tienen un papel fundamental en los pacientes con TLP, pues se encuentran en constantes cambios, los cuales suelen ser extremos, teniendo como consecuencia dificultades para mantener relaciones estables (criterio 1), dificultades para reconocer su identidad (criterio 3) y conductas de riesgo (criterios 4 y 5), de igual forma, la emoción que más experimentan los pacientes con TLP es la ira, teniendo ataques frecuentes de enojo. En relación con lo anterior, las emociones que más experimenta la participante son la ira, tristeza y euforia, pues refiere que si la hacían enojar reaccionaba con golpes en la pared, patadas al carro, salir corriendo e irse por tres días aproximadamente. Así mismo, el contexto de la participante juega un papel importante en el estado emocional, pues existen situaciones en las cuales su entorno puede provocar estos ataques de ira, que, si bien la participante se encuentra en tratamiento psicológico y la regulación emocional ha presentado mejoras, en ocasiones suelen regresar los pensamientos de realizar las conductas de riesgo mencionadas anteriormente. De acuerdo con Mosquera (2011) Cuando los pacientes con TLP se enojan con alguien, se convierte en objeto de odio y la causa de su malestar, pues al no tener los recursos para regular las emociones utilizan inconscientemente mecanismos de defensa inadecuados. Así mismo, la percepción es un factor fundamental en el estado emocional, pues ante una situación amenazante el paciente con TLP puede cambiar su opinión y debido a la desregulación emocional, se presentan cambios extremos de humor, sentimientos y comportamiento, y, que a su vez se convierten en conductas autolesivas (ataques verbales, físicos e intentos de suicidio).

Por otro lado, otra emoción que experimenta mucho es la tristeza y el miedo, debido a que la incertidumbre hacia el futuro genera pensamientos catastróficos.

“Cuando estoy a punto de crisis, siempre los pensamientos que vienen antes son como que la dinámica mía nunca va a cambiar, o sea, que siempre voy a estar mal, que mi familia siempre va a estar mal, este, y que no hay ninguna, pues sí, poder humano, cómo pues, podría decirse resolución para ese problema. Le tengo como cierto pavor a que, pues, no sé, como que la vida realmente no tenga algún sentido, que, pues, no sé, como que la cuestión espiritual y esto que dicen que reencarnamos o no reencarnamos, como que sea lo único y que tenga que repetir

esto mil veces, digo, ahí sí me vuelvo un poquito más. Entonces, este, son como algunas creencias que tengo y eso me da mucho miedo, o sea, como toda esta parte del sentir demasiado por la eternidad o, o de plano, este, pues, que la vida sea así, pues, o sea, que esto sea lo único que hay.”

Dentro de los factores biológicos que se relacionan con la ansiedad, tenemos los de predisposición genética; existe evidencia de que el Trastorno de Ansiedad Generalizada puede tener un componente hereditario. Los familiares de primer grado de personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada tienen un mayor riesgo de desarrollar este trastorno. Otros factores son los de la disfunción en neurotransmisores, como lo son los desequilibrios en los sistemas de GABA, que refiere al ácido gamma-aminobutírico, principal neurotransmisor inhibitorio del sistema nervioso central, lo que sugiere una alteración en los mecanismos de regulación de la ansiedad. Finalmente tenemos la hiperactividad del eje HPA (hipotálamo-hipófisis-adrenal): Este eje regula la respuesta al estrés, y su hiperactividad puede contribuir a niveles elevados de ansiedad (APA, 2013).

CONCLUSIÓN

Como se revisó, uno de los enfoques más utilizados para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad es el enfoque Cognitivo-Conductual, las técnicas utilizadas en las TCC son las que han demostrado ser de mayor utilidad en el diagnóstico y abordaje de una gran parte de cuadros que afectan la salud mental. En suma, se puede concluir que abordar el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) con la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es fundamental para mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen. La TCC, especialmente en sus enfoques específicos como la Terapia Dialéctico-Conductual, ha demostrado ser eficaz para ayudar a los pacientes a regular sus emociones, mejorar sus habilidades interpersonales y reducir conductas impulsivas o autodestructivas. Al centrarse en la identificación y modificación de patrones de pensamientos disfuncionales, esta terapia proporciona estrategias concretas para afrontar el malestar emocional y mejorar la estabilidad psicológica. Su aplicación adecuada no solo beneficia a los pacientes, sino que también reduce la carga en los sistemas de salud y el impacto

en su entorno social, resaltando así la importancia de su implementación temprana y sostenida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agen, F., & Ezquerro, A. (2021). Análisis de las emociones en el trabajo de indagación "La caja negra". *Investigación en la Escuela, 103*, 125-138. <https://doi.org/10.12795/IE.2021.i103.09>
- Álvarez Ramírez, L. Y. (2001). Caracterización de las creencias irracionales del trastorno histriónico de la personalidad. *Psicogente, 17*(31), 143-154.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bisquerro, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Praxis.
- Bravo Lucas, E., Mero, M. B., del Barco, M. A. H., & Jiménez, V. M. (2022). Las emociones en ciencias en la formación inicial del profesorado de infantil y primaria. *Revista Interuniversitaria De Formación Del Profesorado. Continuación De La Antigua Revista De Escuelas Normales, 97*(36.1). <https://doi.org/10.47553/rifop.v97i36.1.92426>
- Caballo, V. E., & Camacho, S. (2000). El Trastorno Límite de la Personalidad: Controversias Actuales. *Psicología desde el Caribe, 5*(5), 31-55.
- Caldero Alonso, A. (2014). *Estudio de los rasgos de la personalidad en población normal con el cuestionario Salamanca* [Tesis doctoral, Universidad de Salamanca]. Gredos Repositorio Documental. <https://doi.org/10.14201/gredos.127314>
- Corchero, M., Balés, C., Oliva, C., & Sola, C. P. (2012). Diagnóstico, evolución y tratamiento de una adolescente con Trastorno Límite de la Personalidad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 103*, 8.
- Damasio, A. (2010). *Y el cerebro creó al hombre*. Destino.
- Duane, P., & Sydney, E. (2010). *Teorías de la personalidad* (9ª ed.). México DF: Cengage Learning Editores, S.A.
- Escribano, T. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y tratamiento. *Intelligo, 1*(1), 4-20.
- Estrada, E., Moysen Chimal, A., Balcazar Nava, P., Gurrola Peña, G. M., Garay Lopez, J. C., & Villaveces Lopez, M. C. (2016, febrero 1). *Inteligencia*

emocional en estudiantes universitarios. Universidad Autónoma del Estado de México.

- Fernández-Abascal, E., Martín, M., & Domínguez, J. (2001). *Procesos psicológicos*. Ediciones Pirámide.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press y Maison des Sciences de l'Homme.
- Giulio, P. (2020). Borderline personality disorder: Definition, differential diagnosis, clinical contexts, and therapeutic approaches. *Ann Psychiatry Treatm*, 4(1), 043-056. <https://doi.org/10.17352/apt.000020>
- Gómez Valero, M. A., Zapata Ospina, J. P., Andrade Carrillo, R., y Estrada Jaramillo, S. (2022). Dificultades en la regulación emocional de pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en un centro de terapia dialéctico conductual de Medellín, Colombia. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 15(1), 11–19. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.15102>
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2ª ed., pp. 3-20). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 18029. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: Estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(3), 115-124. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>
- Hill, C. L. M., & Updegraff, J. A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion*, 12(1), 81–90. <https://doi.org/10.1037/a0026355>
- Hill, J., Pilkonis, P., Morse, J., Feske, U., Reynolds, S., Hope, H., Charest, C., & Broyden, N. (2008). Social domain dysfunction and disorganization in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 38(1), 135–146. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001626>
- Ibáñez-Tarín, C., & Manzanera-Escartí, R. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 38(6), 377-387. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.07.019>

- Kral, T. R. A., Schuyler, B. S., Mumford, J. A., Rosenkranz, M. A., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2018). Impact of short- and long-term mindfulness meditation training on amygdala reactivity to emotional stimuli. *Neuroimage*, 181, 301-313. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2018.07.013>
- Lugo-González, I. V., & Pérez-Bautista, Y. Y. (2021). Intervención Cognitivo-Conductual para disminuir depresión y ansiedad en una persona con asma: Estudio de caso. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 7(2), 364-383.
- Martínez Amores, B. (2018). Intervención psicológica de un Trastornos de la Conducta Alimentaria abordado desde la Terapia Cognitivo Conductual: Presentación de un caso de Anorexia Nerviosa. *INFORMACION PSICOLOGICA*, (116), 79-94. <https://doi.org/10.14635/IPSIC.2018.116.5>
- Moreno-Proañó, G. (2020). Pensamientos distorsionados y ansiedad generalizada en COVID-19. *CienciAmérica: Revista de Divulgación Científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 9(2), 251-255.
- Mosquera, D. (2011). Trastorno Límite de la Personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 1(1), 1-26.
- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 20-26. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.20>
- Østby, K. A., Czajkowski, N., Knudsen, G. P., Ystrom, E., Gjerde, L. C., Kendler, K. S., Ørstavik, R. E., & Reichborn-Kjennerud, T. (2014). Personality disorders are important risk factors for disability pensioning. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(12), 2003-2011. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0878-0>
- Pascual, J. A., & Conejero, L. S. (2019). Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias. *Revista Mexicana de Psicología*, 36(1), 74-83.
- Sanchez-Martín, J., Cañada, C. F., & Dávila, M. A. (2018). Emotional responses to innovative science teaching methods: Acquiring emotional data in a general science teacher education class. *Journal of Technology and Science Education*, 8(4), 346-359. <http://dx.doi.org/10.3926/jotse.408>
- Tulio, S. R., & Polo, M. E. M. (2022). Tratamiento cognitivo-conductual para la mejora de las relaciones interpersonales en el trastorno límite de personalidad. *Revista Electrónica Entrevista Académica*, 4(10), 75-90.

Vallejo-Slocker, L., & Vallejo, M. A. (2016). Sobre la desensibilización sistemática. Una técnica superada o renombrada. *Acción Psicológica*, 13(2), 157-168. <https://doi.org/10.5944/ap.13.2.16539>

Wheeler, M. S., Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (2017). The neuroscience of mindfulness: How mindfulness alters the brain and facilitates emotion regulation. *Mindfulness*, 8(6), 1471-1487. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0742-x>