

Comparison of recognition of facial emotions in borderline personality and non-clinical population¹

*Catalina Sierra Durango*²

*Alejandra Osorio Puerta*³

*María Camila Gómez Montoya*⁴

*Nora Helena Londoño Arredondo*⁵

*Hernán Darío Lotero osorio*⁶

¹ Artículo de investigación resultado de la tesis de pregrado Comparación del reconocimiento de emociones faciales entre un grupo de personas con trastorno límite de personalidad y un grupo control de la ciudad de Medellín presentada en (2018) en la Universidad Pontificia Bolivariana.

² Psicóloga de la Universidad Pontificia Bolivariana. cati146@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4792-2857>

³ Psicóloga de la Universidad Pontificia Bolivariana. alejandraosorio.13@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2493-0598>

⁴ Psicóloga de la Universidad Pontificia Bolivariana. camilagomez.m23@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2646-3084>

⁵ Docente tiempo completo de la Universidad San Buenaventura. Doctora en psicología de la Universidad del Norte. nora.londono@usbmed.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6016-1955>

⁶ Docente tiempo completo de la Universidad de Envigado y Doctor en psicología de la universidad San Buenaventura sede Medellín. hdlotero@correo.iue.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1432-3199>

Comparación del reconocimiento de emociones faciales en la personalidad límite y población no clínica

Recibido: diciembre 1 de 2019

Revisado: diciembre 18 de 2019

Aprobado: junio 26 de 2020

Cómo citar este artículo: Sierra, C., Osorio, A. Gómez, M.C., Londoño, N.H., & Lotero, H.D. Comparación del reconocimiento de emociones faciales en la personalidad límite y población no clínica. *Revista Tesis Psicológica*, 15(1), 1-23.

Resumen

Antecedentes: El estudio del reconocimiento facial de las emociones ha tomado una relevancia importante en el campo de la cognición social, principalmente en lo relacionado con las dinámicas de interacción social, la adecuación de conductas al medio y en el establecimiento de las relaciones interpersonales. *Objetivo:* El objetivo de este artículo es describir y comparar el reconocimiento de emociones faciales en personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad. *Metodología:* Se seleccionaron 30 pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad y 30 personas de población general en una institución de salud de la ciudad de Medellín, Colombia. Se aplicó una serie de pruebas a la población: un cuestionario sociodemográfico, el Ineco Frontal Screening, el WAIS 4 para prorratio de inteligencia y el Cuestionario de Reconocimiento de Emociones Faciales (CREF). *Resultados:* Los resultados mostraron que existe una diferencia significativa en el reconocimiento de emociones faciales entre la población general y la población diagnosticada con el trastorno. *Conclusiones:* Se concluye que las personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad presentan menor rendimiento en el reconocimiento de emociones que la población no clínica.

Palabras clave: psicología, reconocimiento de emociones faciales, emociones, trastorno de personalidad límite, relaciones interpersonales.

Abstract

Background: The study of facial recognition of emotions has taken on an important relevance in the field of social cognition, mainly in relation to the dynamics of social interaction, the adaptation of behaviors to the environment and in the establishment of interpersonal relationships. *Objective:* The aim of this article is to describe and compare facial emotion recognition in people diagnosed with borderline personality disorder. *Methodology:* for which it had 30 patients from the general population and 30 patients diagnosed with borderline personality disorder of a health institution of the City of Medellín, Colombia. A series of tests were applied to the population, including a sociodemographic questionnaire, the Ineco Frontal Screening, the Wais 4 for intelligence prorating and the Facial Emotion Recognition Questionnaire (CREF). *Results:* Results showed there's significant difference in facial emotion recognition between general and clinical poblacion. *Conclusions:* It is concluded that people diagnosed with borderline personality disorder have lower performance in emotion recognition than the non-clinical population.

Keywords: Psychology, facial emotion recognition, emotions, borderline personality disorder, interpersonal relationships.

Introducción

Actualmente el estudio del reconocimiento facial de las emociones ha tomado una relevancia importante para el campo de la investigación en la cognición social, principalmente en lo relacionado con las dinámicas de interacción social (Santamaría-García, Báez, Gómez, Rodríguez-Villagra, Huepe & Portela, 2020). Los aspectos del reconocimiento facial de las emociones influyen en el establecimiento de las relaciones interpersonales, en la adecuación de conductas y en la interpretación de las posibles consecuencias interpersonales que puede traer para un individuo una disfunción en esta área (Tarnowski, Kołodziej, Majkowski & Rak, 2017). Se plantea entonces que “la expresión facial permite la comunicación, adecuación y regulación de las emociones dentro del contexto social” (Gordillo, Mestas, Pérez, Lozano, López & Arana, 2013 p.19).

La interpretación de las expresiones faciales se ve determinada por diversos aspectos como son: la edad, el sexo, la cultura y la presencia de enfermedades o trastornos que pueden llevar a la alteración de esta función. “En el ámbito social surgen sutiles matices en la percepción e interpretación de la expresión facial que son reflejo de la diversidad y complejidad de nuestras motivaciones, necesidades y, por supuesto, del contexto personal y cultural que las engloba” (Gordillo et al., 2013, p.20).

Se plantea que el reconocimiento de emociones faciales se da a través de tres tácticas complementarias. La primera es la percepción, que se somete a la activación de la corteza visual ante las características geométricas presentes en el rostro, siendo un medio para descubrir aspectos fundamentales como el género y la edad (Adolphs, 2002). El segundo momento, consiste en un análisis de los rasgos del rostro que manifiestan emoción, lo que depende de la unión de diferentes áreas corticales. Y el tercer medio se basa en activación de zonas de la corteza motora, lo que hace que se imagine lo observado y se establezca un estado emocional acorde a este (Cavières & Valdebenito, 2007). De manera conjunta el funcionamiento de esta capacidad necesita del involucramiento de varias estructuras del cerebro como la corteza temporo-occipital, en especial el giro fusiforme, las zonas orbito-frontal y parietal derecha, la amígdala y los ganglios basales (Adolphs, 2002).

La capacidad para identificar las emociones en la expresión facial, aparece en las personas desde los seis meses de vida (Téllez-Vargas, 2006), cada una de las áreas anteriormente mencionadas comienzan a perfeccionarse debido al aumento de su desarrollo, es por esto que “el reconocimiento de emociones aparece entonces como una habilidad que mejora con el tiempo” (Molinero, Bonete, Gómez-Pérez & Calero, 2015, p. 368). Pero en algunas investigaciones se ha encontrado que en este desarrollo se presentan diferencias significativas entre hombres y mujeres, demostrando mejor rendimiento las mujeres en las puntuaciones totales de las pruebas, tanto para el reconocimiento total, como con cada emoción por separado, efecto que es más notorio para el caso del reconocimiento de “miedo” (Molinero, Bonete, Gómez-Pérez & Calero, 2015).

Ahora bien, el reconocimiento de estas emociones ha buscado ser explicado desde diferentes aspectos epistemológicos. Actualmente la Teoría de la Mente (ToM), la ha propuesto como una destreza o habilidad que prepara a los humanos para revelar los estados mentales personales y los de los demás (Zegarra & Chino, 2017). La Teoría de la

Mente, contempla diversos conocimientos y conceptos, que permiten comprender y predecir las conductas humanas, esto basado en la interpretación de las creencias, deseos, sentimientos e intenciones de los demás, aspecto relevante para el establecimiento y desarrollo de relaciones interpersonales de manera efectiva (García, Gonzáles & Maestú, 2011).

Esta capacidad es innata y madura de igual manera que el reconocimiento emocional desde el segundo año de vida (Zegarra-Valdivia & Chino, 2017) y lo seguirá haciendo de forma sucesiva hasta que concluya su desarrollo (Uribe, Gómez & Arango, 2010). Se propone además que el desarrollo de reconocimiento emocional es una habilidad precursora de otras capacidades de comprensión de estados mentales, aspectos como el reconocimiento de la falsa creencia de primer y de segundo orden, la comprensión de comunicaciones metafóricas y aspectos lingüísticos como la ironía, la mentira y la mentira piadosa, la identificación de los estados mentales a través de la mirada, la empatía y los juicios morales serían estadios de desarrollo posterior (Zegarra-Valdivia & Chino, 2017).

Reconocimiento emocional y patología

Actualmente, se ha encontrado en diversos estudios que existe una dificultad en el reconocimiento de emociones con relación a diferentes trastornos, aspecto que dificulta el funcionamiento y representa al sujeto una dificultad clara para la adaptación conductual y emocional al contexto (Santamaría-García et al., 2020).

En las personas con esquizofrenia se ha encontrado que, desde los inicios del desarrollo de esta enfermedad en el individuo, se presenta una dificultad para percibir el rostro de manera holística, generando una imposibilidad para integrar todas las señales faciales para la adecuada interpretación (Randers et al., 2020).

En cuanto al autismo, se ha propuesto que el funcionamiento social disminuido es influenciado por la dificultad en la lectura de las señales emocionales faciales, tanto en la expresión apropiada a las exhibiciones emocionales, como en el intercambio de emociones en ámbitos interpersonales (American Psychiatric Association, 2014). De manera similar, en las personas depresivas se evidencian efectos en la interacción social, en los cuales se presenta un insistente impedimento en el reconocimiento de emociones como la felicidad

en los demás, lo que crea una dificultad en la receptividad de emociones positivas en estos pacientes (Zwick & Wolkenstein, 2017).

Se han hallado asociaciones entre algunos trastornos de la personalidad con alteraciones en el desarrollo de la teoría de la mente principalmente el trastorno antisocial y el trastorno límite de personalidad. Los individuos con personalidad antisocial son descritos como personas emocionalmente planas, frías, que se muestran superficialmente encantadores e irresponsables y dichos rasgos están presentes desde edades tempranas; en este trastorno, se encontró que las problemáticas en la apreciación y procesamiento emocional, en específico la decodificación de señales faciales relacionadas con la angustia o el malestar, pueden propiciar actos nocivos en personas predisponiéndolas al acto violento (Schönenber, Mayer, Christian, Louis & Jusyte, 2015).

Reconocimiento emocional y trastorno límite de la personalidad

El trastorno límite de la personalidad es definido por la American Psychiatric Association (2014) como “un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada. Comienza antes de la edad adulta y está presente en una variedad de contextos” (p. 663). En el trastorno límite de la personalidad se presenta síntomas específicos como el comportamiento suicida repetitivo, la auto-lesión, las explosiones agresivas, el aumento de la reactividad emocional, e incluso, la disociación se manifiesta en un contexto interpersonal. Se estima que la prevalencia de dicho trastorno se encuentra entre un 1,6 %, y un 5,6% de la población a nivel mundial (American Psychiatric Association, 2014). En Colombia la presencia de estos rasgos de personalidad demuestra unas cifras de 3,5 % de prevalencia en mujeres y 2, 8% en hombres universitarios de la ciudad de Medellín (Ferrer et al., 2015).

Los estudios que examinan el reconocimiento de la emoción en el trastorno de personalidad límite enfatizan que las dificultades en las relaciones interpersonales pueden estar relacionadas con una detección e identificación menos precisa del afecto facial en los otros (Bland, Williams, Scharer & Manning, 2004; De Paoli, Fuller-Tyszkiewicz, Huang & Krug, 2020; Unoka, Fogd, Füzy, & Csukly, 2011). Los resultados de estos estudios han

indicado una exactitud sustancialmente más baja del reconocimiento de la expresión facial, particularmente para las emociones tales como enojo, miedo y disgusto.

Los estudios también ponen de relieve que los pacientes con el trastorno experimentan dificultades para procesar emociones negativas, como tristeza intensa, ansiedad, vergüenza, culpa e ira, y que estas dificultades afectan la capacidad de identificar expresiones faciales particulares (Yeh, Lin, Liu y Fang, 2017). Es por esto que se refiere que “la detección y el reconocimiento del afecto facial son componentes clave de la comunicación no verbal y de las interacciones sociales, y estos pueden verse comprometidos en el trastorno de la personalidad límite” (Unoka et al., 2011).

Según lo anterior, en el trastorno de personalidad límite es importante tener en cuenta la multiplicidad de alteraciones en el funcionamiento interpersonal, lo cual le ha llevado a convertirse en una de sus principales características de intervención. Es importante mencionar que actualmente se propone que estas alteraciones se presentan debido a la presencia de disfunciones en el área de reconocimiento emocional, lo que conlleva entonces a dificultades en la interacción social, el establecimiento de vínculos sanos y adaptativos con los otros y en el adecuado reconocimiento de las intenciones y emociones en los demás que les llevan a desarrollar trastornos emocionales, auto lesiones y conductas agresivas e impulsivas (Yeh et al, 2017).

Este tema refiere por lo tanto, una necesidad investigativa debido la cronicidad de los síntomas y al grado de disfunción que representan este tipo de pacientes, paradójicamente la investigación realizada en esta área aún es escasa y requiere mayor desarrollo y reconocimiento acerca de los mecanismos de manifestación de este fenómeno. Por lo tanto, el objetivo general de la actual investigación es comparar la capacidad de reconocimiento facial de emociones entre personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad y un grupo control de la ciudad de Medellín.

Metodología

Diseño

Estudio de tipo observacional, cuantitativo, con un alcance descriptivo-comparativo, transversal, prospectivo. Las variables seleccionadas para el estudio fueron

las emociones (alegría, tristeza, ira, miedo, asco, sorpresa) y la expresión neutra, la edad en un rango entre los 18 a 60 años, la escolaridad desde bachillerato hasta posgrado, población con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y población no clínica (sin diagnóstico), hombres y mujeres de la ciudad de Medellín.

Población y muestra

El estudio se realizó con 30 personas adultas seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Esta presentó un rango de edad de 18-60 años, diagnosticadas con trastorno de personalidad límite de la personalidad, bajo los criterios diagnóstico del DSM V; y 30 participantes de la población general de la ciudad de Medellín con el mismo rango de edad. 24 hombres (40%) y 34 mujeres (60%) para un total de 60 participantes, el nivel de estudios de “bachillerato” (60%), el nivel de ingresos más frecuente presentó un rango de 0-737.717 (70%); y como ocupación, “estudiantes” (58,3%) (Tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Edad	18-25	36	60,0	60,0
	26-30	6	10,0	70,0
	31-45	12	20,0	90,0
	46-60	6	10,0	100,0
	Total	60	100,0	
Sexo	Hombre	24	40,0	40,0
	Mujer	36	60,0	100,0
	Total	60	100,0	
Nivel de estudios	Primaria	1	1,7	1,7
	Bachillerato	36	60,0	61,7
	Bachillerato incompleto	3	5,0	66,7
	Técnico	9	15,0	81,7
	Tecnología	4	6,7	88,3
	Pregrado	6	10,0	98,3
	Posgrado	1	1,7	100,0
	Total		60	100,0
Estadio civil	Soltero	44	73,3	73,3
	Casado	8	13,3	86,7
	Unión libre	7	11,7	98,3

	Viudo	1	1,7	100,0
	Total	60	100,0	
Estrato social	1	6	10,0	10,0
	2	18	30,0	40,0
	3	23	38,3	78,3
	4	6	10,0	88,3
	5	7	11,7	100,0
	Total	60	100,0	
Nivel de ingresos	0 – 737.717	42	70,0	70,0
	737.717 - 1.200.000	7	11,7	81,7
	1.200.000 – 1.500.000	2	3,3	85,0
	2.000.000 – 3.000.000	5	8,3	93,3
	3.000.000 mas	4	6,7	100,0
	Total	60	100,0	
Ocupación	Empleado	8	13,3	13,3
	Independiente	12	20,0	33,3
	Desempleado	5	8,3	41,7
	Estudiante	35	58,3	100,0
	Total	60	100,0	

Fuente: autores

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad se seleccionaron de la Unidad de Psiquiatría del Hospital San Vicente Fundación, Institución de salud de alta complejidad de la ciudad de Medellín.

Los criterios de inclusión del grupo diagnosticado son: encontrarse en fase eutímica, ser adulto y estar diagnosticado con el trastorno límite de personalidad bajo criterio médico. En este mismo orden, los criterios de exclusión son: que se encuentren en fase activa de la enfermedad, presentar poli diagnóstico, bajo nivel de coeficiente intelectual y disfunción ejecutiva.

En cuanto a los criterios de inclusión del grupo control, se buscó que estas personas presenten características sociodemográficas similares a las del grupo clínico, además, que fueran personas que también presentarían un coeficiente intelectual promedio (un puntaje mínimo de 90 en el WAIS 4) y que no presentaron disfunción ejecutiva.

Instrumentos

Los instrumentos que se emplearon para el análisis fueron el cuestionario de variables sociodemográficas y el Cuestionario de Reconocimiento de Emociones Faciales (CREF) adaptado para Colombia de su versión original de Gasbarri, Pompili, D'Onofrio, Cifariello, Tavares y Tomaz (2008), del cual tras un estudio de análisis psicométrico con población colombiana seleccionó 28 fotografías de rostros humanos emocionalmente expresivos (4 para alegría, 4 para tristeza, 4 para miedo, 4 para ira, 4 para sorpresa y 4 neutros) con una puntuación total de 28 puntos, obteniendo 1 punto por imagen. En la validación del test se encontró una adecuada propiedad psicométrica, presentando un alfa de Cronbach, el más bajo de 0.55 para la emoción de la sorpresa y el más alto de 0.75 para los rostros emocionalmente neutros (Torrado, Prada & Santos, 2012). Estos instrumentos presentaron un tiempo estimado de aplicación de 30 minutos, y se aplicaron de forma individual a cada participante.

Procedimiento

La muestra clínica se obtuvo de una institución hospitalaria de alta complejidad, los pacientes fueron seleccionados de un grupo terapéutico a conveniencia, el cual trabaja con pacientes con trastorno límite de la personalidad de modo ambulatorio. A cada uno de los pacientes, se les explicaron los objetivos de la investigación y se realizó la firma del consentimiento informado.

La población no clínica fue seleccionada teniendo en cuenta las variables sociodemográficas identificadas en la muestra clínica. La selección de la muestra fue a conveniencia y el procedimiento se dio con una previa obtención del consentimiento informado y se realizaron las mediciones; se evaluó a los participantes de forma voluntaria.

Se aplicó un cuestionario de variables sociodemográficas, posteriormente el Ineco Frontal Screening, que mide la disfunción ejecutiva, el WAIS 4 para prorratio de inteligencia, específicamente las subpruebas de semejanzas, vocabulario, completación y claves, y el Cuestionario de Reconocimiento de Emociones Faciales (CREF).

Una vez recogidos los datos se procedió al análisis de la información en SPSS 24.0. Para el análisis de las variables sociodemográficas se realizaron medidas de resumen empleando la media y la desviación estándar ante los supuestos de normalidad. Para establecer la normalidad de los datos se utilizó la prueba de Shapiro Wilk y para la comprobación de la existencia de la homogeneidad de varianzas la prueba de Levene. Para la comparación entre grupos se utilizaron pruebas T para muestras independientes (García, González & Jornet, 2010).

Consideraciones éticas

Durante la investigación se garantizaron los principios éticos de la Ley 1090 en la cual se dicta y reglamenta el Código Deontológico y Bioético para el ejercicio de la profesión de Psicología. De igual manera se categorizó la actual investigación como de riesgo mínimo para los participantes siguiendo los lineamientos propuestos en la resolución 8430 en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Es importante recalcar que la participación fue voluntaria y en la firma del consentimiento informado se garantizó y brindó a cada participante la confidencialidad, autonomía e información sobre la investigación según la normatividad vigente. De igual manera, a cada participante se les mencionó la posibilidad de la suspensión de la evaluación si presentaban deseo de hacerlo o agotamiento durante el proceso.

Resultados

En el estudio se encontraron como diferencias principales las siguientes: en la emoción de sorpresa en el grupo clínico, 18 personas (59,8%) obtuvieron entre 0 y 1 acierto, mientras que en el grupo control, no hubo personal con un resultado de 0 a 1 acierto. Otro aspecto relevante es que en el grupo clínico 4 personas (13,3%) obtuvieron de 3 a 4 aciertos y en el grupo control 29 participantes (96,7%) obtuvieron las mismas puntuaciones.

Para la emoción de ira, se encontró que en el grupo clínico 10 personas (33,3%) obtuvieron 1 a 2 aciertos y el grupo control 1 persona (3,3%) obtuvo un puntaje mínimo de 2 aciertos. En el grupo clínico 4 personas (13,3%) obtuvieron 4 aciertos y en el grupo control 23 (76,7%) obtuvieron el mismo número de aciertos.

Respecto a los rostros neutrales, en el grupo clínico 21 personas (70%) obtuvo entre 1 y 2 aciertos y en el grupo control 3 personas (10%) obtuvieron un puntaje mínimo de 2 aciertos. Una persona en el grupo clínico obtuvo 4 aciertos (3,3%) y en el grupo control 20 personas (66,7%) obtuvieron 4 aciertos.

En cambio, en las siguientes emociones no se encontraron diferencias relevantes:

En la emoción de alegría no se encontró una amplia diferencia entre los grupos, en el grupo clínico un 90 % de la población tuvo entre 3 y 4 aciertos, en el grupo control, el 96,7% de la población tuvo 3 y 4 aciertos.

En la emoción de tristeza se halló que 9 participantes (30%) del grupo clínico tuvieron 4 aciertos mientras que 17 personas (56,7%) del grupo control obtuvieron 4 aciertos. Lo que determina que los individuos del grupo clínico presentan mayor dificultad para reconocer el estado de tristeza de las personas en general.

En cuanto a la emoción de asco, del grupo clínico, 6 personas (20%) tuvieron 4 aciertos y en el grupo control 24 personas (80%) obtuvieron 4 aciertos, lo que refleja la poca capacidad del grupo clínico para identificar cuando una persona se siente disgustada en ciertas situaciones, limitando su interacción social de manera asertiva.

Para la emoción de miedo no se encontraron grandes diferencias. En el grupo clínico 11 personas (36,7%) obtuvieron entre 3 y 4 aciertos y en el grupo control 13 personas (43,3%), obtuvieron entre 3 y 4 aciertos (Ver tabla 1).

Tabla 2. Aciertos por emoción del grupo clínico y grupo control

Emoción	Número de aciertos	Grupo Clínico		Grupo Control	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alegría	2	3	10,0	1	3,3
	3	12	40,0	5	16,7
	4	15	50,0	24	80,0
	Total	30	100,0	30	100,0
Tristeza	1	5	16,7	0	0,0
	2	3	10,0	4	13,3
	3	13	43,3	9	30,0
	4	9	30,0	17	56,7
	Total	30	100,0	30	100,0
Asco	2	8	26,7	2	6,7
	3	16	53,3	4	13,3
	4	6	20,0	24	80,0
	Total	30	100,0	30	100,0
Sorpresa	0	4	13,3	0	0,0
	1	14	46,7	0	0,0
	2	8	26,7	1	3,3
	3	4	13,3	15	50,0
	4	0	0,0	14	46,7
	Total	30	100,0	30	100,0
Miedo	0	4	13,3	2	6,7
	1	6	20,0	9	30,0
	2	9	30,0	6	20,0
	3	6	20,0	12	40,0
	4	5	16,7	1	3,3
	Total	30	100,0	30	100,0

Ira	1	1	3,3	0	0,0
	2	9	30,0	1	3,3
	3	16	53,3	6	20,0
	4	4	13,3	23	76,7
	Total	30	100,0	30	100,0
Neutral	1	5	16,7	0	0,0
	2	16	53,3	3	10,0
	3	8	26,7	7	23,3
	4	1	3,3	20	66,7
	Total	30	100,0	30	100,0

Fuente: autores

En la emoción de alegría se encontró la media más alta con un puntaje de 3,77 (DE=,0504), correspondiente al grupo control. En esta misma emoción, hay muy poca diferencia entre la media de ambos grupos, el grupo clínico tiene una media de 3,40 (DE=,123), lo que explica que existe una diferencia de tan solo 0,37 con el grupo control.

Por otra parte, en la emoción donde se encuentra una diferencia mayor entre la media del grupo control y la media del grupo límite es la emoción de sorpresa. El grupo control cuenta con una media de 3,43 (DE=,104) y el grupo clínico presenta una media de 1,40 (DE=,163), lo cual demuestra que hay una diferencia de 2,03 entre ambos grupos.

La media más baja corresponde a la emoción de sorpresa para el grupo clínico, con un puntaje de 1,40 (S=,894). Cabe resaltar que en la única emoción en la que el grupo límite obtuvo una media superior al grupo control, fue en la emoción de miedo, el grupo control con 2,03 y el grupo límite con 2,03, sin embargo, la diferencia no fue muy amplia.

El promedio de aciertos totales del grupo control fue aproximadamente de 23 aciertos mientras que el promedio del grupo clínico fue de 17 a 18 aciertos (Tabla 2).

Tabla 3. Datos estadísticos por emoción

			Grupo Control	Grupo Límite
#	Aciertos	Media	3,77	3,40
	alegría	Desviación estándar	,504	,675
#	Aciertos	Media	3,43	2,87
	tristeza	Desviación estándar	,728	1,042
#	Aciertos	Media	3,73	2,93
	Asco	Desviación estándar	,583	,691
#	Aciertos	Media	3,43	1,40
	sorpresa	Desviación estándar	,568	,894
#	Aciertos	Media	2,03	2,07
	miedo	Desviación estándar	1,066	1,285
#	Aciertos ira	Media	3,73	2,77
		Desviación estándar	,521	,728
#	Aciertos	Media	3,57	2,17
	Neutral	Desviación estándar	,679	,747
#	Aciertos	Media	23,57	17,67
	total	Desviación estándar	2,402	2,171
#	Errores total	Media	4,43	10,33
		Desviación estándar	2,402	2,171

Fuente: autores

Mediante la prueba de Shapiro Wilk se analizó la distribución de los datos y se comprobaron los supuestos de normalidad. En el grupo sin diagnóstico se encontró un grado de significancia de $p=0,068$ y para el grupo con diagnóstico se obtuvo una $p=0,051$, lo que confirma los supuestos de normalidad y con esto la posibilidad de implementación en pruebas paramétricas para el análisis (Tabla 3).

Tabla 4. Shapiro-wilk

		Sig.
	Diagnóstico	

		Estadístico	gl	
Número de Aciertos	Sin diagnóstico	,935	30	,068
	Con diagnóstico	,930	30	,05

Fuente: autores

Posteriormente se realizó la prueba de Levene para establecer la igualdad de varianzas en los grupos, se encontró un valor de significancia de $p=0,611$ lo que confirmó el supuesto de igualdad de varianzas. En la comparación de la puntuación total de aciertos del test entre ambos grupos se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($t=9.980$; $p=0,000$) (Tabla 4).

Tabla 5. Prueba de muestras independientes

Prueba t para la igualdad de medias						
t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	99% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
9,980	58	,000	5,900	,591	4,326	7,474

Fuente: autores

Discusión

Tras la aplicación de los análisis estadísticos se encontró una diferencia significativa entre las personas con trastorno límite de la personalidad y las personas no clínicas para la capacidad de reconocimiento facial de emociones.

Estos resultados son similares a los presentados por la evidencia experimental que respalda la conclusión de que las expresiones faciales ambiguas o neutrales tienen una mayor probabilidad de ser interpretadas negativamente por personas con trastorno límite de la personalidad (Mitchell, Dickens & Picchioni, 2014). A partir de lo anterior, como se propone en algunos antecedentes (Bland, Williams, Scharer y Manning, 2004; De Paoli, Fuller-Tyszkiewicz, Huang & Krug, 2020; Unoka, Fogd, Füzy & Csukly, 2011; Yeh et al., 2017) es posible que se perciban como amenazantes, expresiones que pretenden manifestar otro tipo de emoción, por lo tanto la violencia es típicamente reactiva, la emoción fundamental es la ira y la motivación principal es el alivio de la tensión (Esbec & Echeburúa, 2010).

Algunos autores proponen que las personas con trastorno límite de la personalidad tienden a tener un déficit en la conciencia emocional y evitar las emociones desagradables, por lo que es posible que no puedan representar con precisión estos sentimientos en una medida interna. En estudios donde se encontraron resultados negativos para la expresión neutra, los resultados son ampliamente consistentes con la hipótesis de que los participantes con trastorno límite de la personalidad pueden no ser capaces de representar con precisión sus sentimientos y pueden poseer menos autoconciencia (Savage & Lenzenweger, 2018).

Como se mencionó anteriormente, los estudios ponen de relieve que los pacientes con el trastorno experimentan dificultades para procesar emociones negativas, como tristeza intensa, ansiedad, vergüenza, culpa e ira, y que estas dificultades afectan la capacidad de identificar expresiones faciales particulares, tal y como lo planteó Yeh et al. (2017) en un estudio donde se encontraron tasas bajas de precisión para reconocer la emoción de la ira, así como lo muestra el resultado de este estudio en donde 10 personas (33,3%) del grupo clínico obtuvieron solo 1 o 2 aciertos. Lo que puede reflejar una alteración de la red fronto límbica del cerebro, ya que la evidencia ha indicado la reducción del volumen y una mayor respuesta de la amígdala a los estímulos emocionales en pacientes con este trastorno; así como la inhibición de la recuperación de la información sobre la ira (Yeh et al, 2017).

En la interpretación de las emociones negativas especialmente la tristeza y asco se presentaron puntuaciones bajas y en las emociones positivas la alegría presentó un alto

porcentaje de reconocimiento. Este resultado es coherente con lo propuesto por la encuesta de salud mental que se realizó en Colombia en el año 2015, donde encontraron que solo el 19,7% de la población identificó de manera adecuada las emociones negativas (Ministerio de Salud y Protección Social, Pontificia Universidad Javeriana & Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación, 2015).

Todo esto se debe a que las personas con trastorno límite de la personalidad pueden engrandecer expresiones sutiles de tristeza en los rostros de los demás, esto provoca que la percepción sea desproporcionada y en ocasiones se visualice como otro tipo de expresión, lo cual podría generar problemas en las relaciones interpersonales (Daros, Uliaszek & Rucco, 2014). Adicionalmente, estos individuos tienen como característica principal la sensibilidad ante el rechazo, lo cual también interviene en la percepción de estímulos sociales como las expresiones faciales (Daros et al.,2014).

En la actual investigación es importante mencionar la presencia de limitaciones. Se encontró que por la naturaleza del trastorno límite y la cantidad de sujetos disponibles para la investigación se empleó un muestreo a conveniencia, lo cual impidió la aleatorización en el proceso de selección de la muestra.

Conclusión

De acuerdo con el estudio realizado, las personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad presentan menor rendimiento en el reconocimiento de emociones que la población no clínica. Es posible que este bajo rendimiento contribuya con la sintomatología y las dificultades de relación social que presentan las personas con este trastorno.

Se evidencia que tanto la población no clínica como las personas diagnosticadas con el trastorno límite de la personalidad, presentan dificultad en la identificación del miedo. La población general identifica con más facilidad las emociones como alegría y la neutral mientras que las personas diagnosticadas presentan dificultad para identificar la emoción neutral y de sorpresa. Frente a ello es preciso hacer notar la dificultad que presenta la población colombiana general para identificar en otros las emociones negativas como el miedo.

La emoción de la ira es otra emoción negativa que el grupo clínico muestra dificultad para identificar, lo cual explica la falta de atención de esta población ante señales emocionales en los rostros, quienes tienen trastorno límite de la personalidad, son mucho más sensibles ante las emociones de los demás y presentan un sesgo de negatividad en cuanto a su interpretación (Meehan, De Panfilis, Cain, Antonucci, Solianib, Clarkind & Sambataro, 2017)

Esto contribuye a que esta población presente conflictos en su círculo social y se dificulte el relacionamiento con el mismo, interpretando de manera errónea expresiones de ira y generando reacciones violentas ante las mismas. Lo anterior se atribuye a la poca gestión que el sujeto realiza con la emoción, dado que al presentarse dificultad con su regulación, canalización y expresión de manera funcional, puede generar autolesiones y continuar con círculos violentos.

Referencias

- Adolphs, R. (2002). Recognizing Emotion from Facial Expressions: Psychological and Neurological Mechanisms. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 1(1), 21-62.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Madrid: Panamericana.
- Bland, A., Williams, C., Scharer, K. & Manning, S. (2004). Emotion processing in borderline personality disorders. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(7), 655-672. <https://doi.org/10.1080/01612840490486692>
- Cavieres F., A., & Valdebenito V., M. (2007). Déficit en el reconocimiento de emociones faciales en la esquizofrenia. Implicancias clínicas y neuropsicológicas. *Revista Chilena de neuropsiquiatría*, 45(2), 120-128. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272007000200005>

- Daros, A. R., Uliaszek, A. A., & Ruocco, A. C. (2014). Perceptual biases in facial emotion recognition in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 79–87. <https://doi.org/10.1037/per0000056>
- De Paoli, T., Fuller-Tyszkiewicz, M., Huang, C., & Krug, I. (2020). A network analysis of borderline personality disorder symptoms and disordered eating. *Journal Of Clinical Psychology*, 76(4), 787-800. doi: 10.1002/jclp.22916
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 249-261. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/11/67/ESP/11-67-ESP-249-261-885987.pdf>
- Ferrer, A., Londoño, N. H., Álvarez, G. E., Arango, L. M., Calle, H. N., Cataño C. M.,..., & Peláez, I. C. (2015). Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), 73-96. Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/25264/20779143>
- García, B., González, S. & Jornet, M. (2010). SPSS: Prueba T. Recuperado de https://www.uv.es/innomide/spss/SPSS/SPSS_0701b.pdf.
- García, E., González, J., & Maestú, F. (2011). Neuronas espejo y teoría de la mente en la explicación de la empatía. *Ansiedad y Estrés*, 17(2-3), pp 265-279. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/16341/>
- Gasbarri, A., Pompili, A., D'Onofrio, A., Cifariello, A., Tavares, M., & Tomaz, C. (2008). Working memory for emotional facial expressions: Role of the estrogen in Young women. *Psychoneuroendocrinology*, 33, 964-972. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.04.007>
- Gordillo, F., Mestas, L., Pérez, M. A., Lozano, J. H., López, R. M., & Arana, J. M. (2013). La expresión facial de las emociones: Historia y aplicaciones. *Ciencia Cognitiva*, 7(1), 19-21. Recuperado de <http://medina-psicologia.ugr.es/~cienciacognitiva/files/2013-8.pdf>

- Meehan, KB., De Panfilis, C., Cain, N.M., Antonucci, C., Solianib, A., Clarkind, J.F., & Sambataro, F. (2017). Facial emotion recognition and borderline personality pathology. *Psychiatry Res*, 255, 347-354. doi:10.1016/j.psychres.2017.05.042
- Ministerio de Salud y Protección Social, Pontificia Universidad Javeriana & Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental, Tomo 1. Recuperado de: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Mitchell, A., Dickens, G., & Picchioni, M. (2014). Facial Emotion Processing in Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychology Review*, 24(2), 166-184. <https://doi.org/10.1007/s11065-014-9254-9>
- Moliner, C., Bonete, S., Gómez-Peréz, M.M., & Calero, M.D. (2015). Estudio normativo del “Test de 60 caras de Ekman” para adolescentes españoles. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 23(2), 361-371. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/285198692>
- Randers, L., Jepsen, J., Fagerlund, B., Nordholm, D., Krakauer, K., Hjorthøj, C., Nordentoft, M. (2020). Associations between facial affect recognition and neurocognition in subjects at ultra-high risk for psychosis: A case-control study. *Psychiatry Research*, 290, 112969. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112969
- Santamaría-García, H., Baez, S., Gómez, C., Rodríguez-Villagra, O., Huepe, D., & Portela, M. et al. (2020). The role of social cognition skills and social determinants of health in predicting symptoms of mental illness. *Translational Psychiatry*, 10(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0852-4>
- Savage, M. & Lenzenweger, M.F. (2018). The Impact of Social Exclusion on “Reading the Mind in the Eyes” Performance in Relation to Borderline Personality Disorder Features. *Journal of Personality Disorders*, 3(1), 109-130. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_293
- Schönenberg, M., Mayer, S., Christian, S., Louis, K. & Jusyte, A. (2015). Facial Affect Recognition in Violent and Nonviolent Antisocial Behavior Subtypes. *Journal of Personality Disorders*, 30(5), 1-12. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_217

- Tarnowski, P., Kołodziej, M., Majkowski, A., & Rak, R. (2017). Emotion recognition using facial expressions. *Procedia Computer Science*, 108, 1175-1184. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2017.05.025>
- Téllez-Vargas, J. (2006). Teoría de la mente: evolución, ontogenia, neurobiología y psicopatología. *Avances en psiquiatría biológica*, 7, 6-27. Recuperado de <http://files.psiquiatriaunimagdalena.webnode.es/200000007-7687d76e24/TEORIA%20MENTE%20EVOLUCION%20tellez.pdf>
- Torrado, O. E, Prada, E. L., & Santos, A. (2012). Análisis psicométrico del cuestionario de Reconocimiento de Emociones Faciales (CREF): indicadores en población Colombiana. *Pensamiento Psicológico*, 10, 103-112. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v10n2/v10n2a09.pdf>
- Unoka, Z., Fogd, D., Füzy, M., & Csukly, G. (2011). Misreading the facial signs: Specific impairments and error patterns in recognition of facial emotions with negative valence in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 189(3), 419-425. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.02.010>
- Uribe, D., Gómez, M., & Arango, O. (2010). Teoría de la mente: una revisión acerca del desarrollo del concepto. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 1, 28-37. Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/1169>
- Yeh, Z., Lin, Y., Liu, S., & Fang, C. (2017). Social Awareness and its Relationship with Emotion Recognition and Theory of Mind in Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 36(1), 22-40. <https://doi.org/10.1521/jsep.2017.36.1.22>
- Zegarra, J. & Chino, B. (2017). Mentalización y teoría de la mente. *Revista Neuropsiquiatría*, 80(3), 189-199. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v80n3/a06v80n3.pdf>
- Zwick, J.C., & L. Wolkenstein, L. (2017). Facial emotion recognition, theory of mind and the role of facial mimicry in depression. *Journal of Affective Disorders*, 210, 90-99. <https://doi.org/doi.10.1016/j.jad.2016.12.022>