



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado e Investigación

**Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
Muñiz**

**Estigma internalizado en mujeres con
trastorno límite de la personalidad:
Características clínicas y demográficas del
padecimiento de acuerdo con el nivel alto y
bajo de estigma.**

Tesis para la especialidad de psiquiatría que presenta:

Elia Mireya Solís Villegas

Asesor Teórico: Dr. Ilyamín Merlín García

Asesor Metodológico: Dra. Ana Fresán Orellana

Ciudad de México, 2022



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

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
1. ANTECEDENTES.....	3
1.1 Trastorno límite de la personalidad.....	3
1.2 Criterios diagnósticos.....	5
1.3 Epidemiología.....	6
1.4 Estigma.....	7
1.4.1 Estigma público.....	8
1.4.2 Estigma internalizado.....	8
1.4.3 Modelos de estigma de los trastornos mentales.....	9
1.5 El estigma en los trastornos mentales.....	10
1.6 Estigma y trastorno límite de la personalidad.....	12
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	15
3. JUSTIFICACIÓN.....	15
4. OBJETIVOS.....	15
4.1 Objetivo general.....	15
4.2 Objetivos específicos.....	15
5. HIPÓTESIS.....	16
5.1 Hipótesis general.....	16
5.2 Hipótesis específicas.....	16
6. MÉTODOS.....	16
6.1 Tipo de estudio:.....	16
6.2 Población en estudio, selección y tamaño de la muestra.....	17
6.3 Criterios de selección.....	17
6.3.1 Criterios de inclusión.....	17
6.3.2 Criterios de exclusión.....	17
6.3.3 Criterios de eliminación.....	18
6.4 Variables en estudio.....	18
6.5 Escalas e instrumentos de evaluación.....	20
6.5.1 Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV (SCID-II).....	20

6.5.2	Formato de datos socio demográficos.....	20
6.5.3	Escala de Evaluación de Severidad en el Tiempo del Trastorno Límite de la Personalidad (Borderline Evaluation of Severity Over Time – BEST).....	21
6.5.4	Escala de Estigma Internalizado de King y cols (EES).....	22
6.6	Recolección de datos.....	22
6.6.1	Procedimiento.....	22
6.6.2	Algoritmo de procedimientos.....	24
6.7	Análisis estadístico.....	24
7.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	24
7.1	Riesgos.....	25
7.2	Beneficios.....	25
7.3	Confidencialidad.....	26
8.	RECURSOS.....	26
8.1	Recursos Humanos.....	26
8.2	Recursos Materiales.....	26
9.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	27
10.	RESULTADOS.....	28
10.1	Características demográficas y clínicas de la muestra.....	28
10.2	Principales fuentes de percepción de estigma y estigma internalizado.....	29
10.3	Características demográficas y clínicas de acuerdo con un nivel bajo o alto de estigma internalizado.....	30
10.4	Estigma internalizado de acuerdo con las fuentes de estigma reportadas.....	31
11.	DISCUSIÓN.....	32
12.	CONCLUSIONES.....	39
13.	LIMITACIONES.....	40
14.	BIBLIOGRAFÍA.....	41
15.	ANEXOS.....	51
15.1	Anexo 1. (Consentimiento informado).....	51
15.2	Anexo 2 (Aprobación CEI).....	53
15.3	Anexo 3. (Formato de datos sociodemográficos y fuentes de estigma).....	54
15.4	Anexo 4. (Constancias CITI).....	56
15.5	Anexo 5. (Tríptico TLP).....	58
15.6	Anexo 6. (Tríptico Estigma internalizado).....	60

RESUMEN

Antecedentes: El trastorno límite de la personalidad (TLP) tiene una alta prevalencia, cursando con conductas autolesivas, intentos suicidas y otras comorbilidades psiquiátricas. Se ha reportado que cuenta con altos niveles de estigma internalizado teniendo efecto deletéreo en el pronóstico. **Objetivo:** Conocer las características demográficas y clínicas de acuerdo con el nivel alto y bajo de estigma internalizado en pacientes con TLP. **Metodo :** Participaron 106 mujeres con diagnóstico de TLP; se aplicó el SCID-II para corroborar el diagnóstico, formato de datos sociodemográficos y fuentes de estigma, BEST para evaluar la severidad del padecimiento y escala de King para estigma internalizado. **Resultados :** Las participantes tenían una edad promedio de 30.5 años, la mayoría sin pareja y sin ocupación remunerada; el 99.1% reportó alguna comorbilidad psiquiátrica. No hubo diferencias entre participantes con alto y bajo estigma internalizado. Aquellas que reportaron a familiares como fuente de estigma reportaron mayor puntuación en área de Divulgación ($p=0.04$), en amistades el estigma fue mayor en Discriminación ($p<0.001$) y Divulgación ($p=0.003$). Aquellas que identificaron a médicos como fuente el estigma fue mayor en todas las dimensiones, menos en Divulgación. En psiquiatras y personal de enfermería hubo mayor estigma en Discriminación ($p=0.001$ y $p=0.01$) y personal de enfermería se asoció a mayor estigma internalizado global ($p=0.04$). **Conclusión :** Es necesario abordar las conductas estigmatizantes por parte de personal de salud y la red de apoyo cercana al paciente además de mejorar concientizar acerca del estigma internalizado asociado el cual se relaciona a peores desenlaces.

Palabras clave : *TLP, estigma, estigma internalizado, demográficas*

ABSTRACT

Background: Borderline personality disorder (BPD) has a high prevalence, presenting with self-injurious behaviors, suicide attempts and other psychiatric comorbidities. Previous investigations show that it has high levels of internalized stigma driving to deleterious effects on prognosis. **Objective:** To know the demographic and clinical characteristics according to high and low levels of internalized stigma in patients with BPD. **Method:** 106 women with BPD diagnosis participated; the SCID-II was applied to corroborate diagnosis, a sociodemographic data, and sources of stigma format, BEST to evaluate the severity of the condition and the King's scale for internalized stigma. **Results:** The participants had an average age of 30.5 years, the majority without a partner and without paid occupation; 99.1% reported some psychiatric comorbidity. There were no differences between participants with high and low internalized stigma. Those who reported family members as a source of stigma reported a higher score in the *Disclosure* area ($p = 0.04$), in friendships stigma was higher in *Discrimination* ($p = <0.001$) and *Disclosure* ($p = 0.003$). For those who identified doctors as source, stigma was higher in all dimensions, except in *Disclosure*. In psychiatrists and nursing personnel there was greater stigma in *Discrimination* ($p = 0.001$ and $p = 0.01$) and nursing personnel was associated with greater global internalized stigma ($p = 0.04$). **Conclusion:** It is necessary to address stigmatizing behaviors by mental health personnel and the support network close to the patient in addition to improving awareness about associated internalized stigma which is related to worse outcomes.

Keywords: BPD, stigma, internalized stigma, demographics.

1. ANTECEDENTES.

1.1 Trastorno límite de la personalidad.

A lo largo de la historia de la psiquiatría, diversos autores han reconocido la coexistencia en una sola persona de emociones intensas y distintas: Homero, Hipócrates y Areteo describieron con exactitud la ira impulsiva, la manía, la irritabilidad y la depresión, señalando estos estados como oscilantes; estados los cuales caracterizan al trastorno límite de la personalidad (TLP) (Crocq, 2013; Millon & Davis, 2006). Con el transcurrir del tiempo, el trastorno ha sido nombrado de diversas maneras : “personalidad excitable”, por Kraepelin, quien los describiría como “individuos con fluctuaciones extraordinarias en su equilibrio emocional que presentaban explosiones de ira, lloraban sin causa y expresaban ideación suicida”; como “personalidad lábil”, por Schneider, quien se referiría a ellos como “individuos con cambios rápidos y súbitos del estado de ánimo”; y desde 1930, posterior a que Knight popularizara el término “límite”, han existido abundantes casos en la literatura en los cuales se hace referencia a un estado emocional delineado entre la psicosis y la neurosis, lo cual ha dificultado categorizar y tratar a estos paciente de una manera adecuada (Knight, 1953).

Existen actualmente diversos modelos en los cuales se intenta explicar la etiología del TLP. Desde la perspectiva psicodinámica, es un trastorno caracterizado por inestabilidad en la percepción de la propia identidad, cuyas dificultades en esta área son acompañadas por graves dificultades en la regulación de las emociones y pobres estrategias de afrontamiento. Desde la perspectiva del paciente, esto juega un papel importante al momento de establecer relaciones interpersonales, las cuales en su mayoría son caóticas.

Todo lo anterior deriva de la teoría contemporánea de las relaciones objetales, la cual expone que las experiencias del self en relación con los otros se desarrollan de acuerdo con la división de experiencias que son gratificantes y placenteras, y en aquellas que son frustrantes y dolorosas. Bajo condiciones de una crianza adecuada, estabilidad emocional y una carga genética favorable, el desarrollo del niño alcanza un estado en el cual las personas importantes de su entorno pueden ser representadas de una forma más realista y balanceada,

en la cual las buenas cualidades no se pierden bajo condiciones de estrés o frustración (constancia objetal). Sin embargo, al existir condiciones adversas como trauma crónico, abuso parental o negligencia, o una carga genética poco favorable, las situaciones frustrantes presentadas ante el niño hacen que no se desarrollen de manera correcta las estrategias de afrontamiento, resultando en la escisión defensiva de las figuras parentales en buenas experiencias y malas experiencias. Estas representaciones internalizadas se definen como relaciones objetales, es decir, una representación del self que se vincula por afecto a la representación del otro. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad se caracterizan por experimentar el self y a los otros como extremos, con poca integración de los atributos positivos o negativos y con cambios rápidos entre las experiencias positivas y negativas, lo cual deja a los pacientes vulnerables a presentar labilidad emocional, devaluación o idealización, inestabilidad y falta de coherencia en la propia identidad (Kernberg, 1992; Kronja, 1960; Pearce et al., 2017; Stern & Yeomans, 2018).

Desde la perspectiva biológica se ha estudiado la relación que existe entre la personalidad límite y los neurotransmisores, llegando a asociar este trastorno con anomalías en el control de los impulsos, en las que la serotonina estaría disminuida y la noradrenalina aumentada, lo cual provoca activación, sin inhibición comportamental. La serotonina está implicada en la agresividad impulsiva, rasgo elemental del síndrome, y en la agresividad dirigida a uno mismo como el suicidio, el riesgo de suicidio y la automutilación (Cloninger, 1993, 1999; De Fruyt et al., 2000; Winsper, 2018).

Partiendo de la perspectiva biopsicosocial, Linehan propone que el trastorno parte de un problema de regulación emocional, el cual sugiere una combinación de vulnerabilidad emocional e incapacidad para regular el afecto. La intensidad afectiva es crónica y se autoperpetúa, sin embargo, existen factores del desarrollo que promueven estas características en los adultos (Linehan, 2012). Se propone también que el desarrollo del TLP ocurre dentro de un contexto de desarrollo invalidante, es decir, en lugar de representar y validar la experiencia personal del infante con respecto al mundo, el entorno invalidante impone castigos y lo convierte en una trivialidad (Clarkin et al., 2001; Crowell et al., 2009).

A lo largo del tiempo, el entendimiento del trastorno se ha tornado difícil de diversas maneras, por ejemplo, el conocimiento de que los síntomas pueden remitir, inclusive a lo

largo de un año (Gunderson, 2011; Zanarini et al., 2003) ha provocado duda acerca de su categorización como trastorno de la personalidad; mientras que otros argumentan que es mejor entendido como una condición derivada del espectro bipolar (Akiskal, 2004). Se ha argumentado también que puede ser una forma compleja de trastorno por estrés postraumático (TEPT) (Schwecke, 2009), siendo bien conocido que el TEPT tiene un traslape importante con este trastorno, reportándose porcentajes de comorbilidad de hasta el 30 % (Pagura et al., 2010). Finalmente, con las mujeres siendo el 70 % o más de quienes reciben el diagnóstico, han surgido críticas que resaltan la disparidad de sexos y que cuestionan las maneras en las que el diagnóstico podría patologizar expresiones de estrés o trauma en las mujeres (Kerr, 2004; Simmons, 1992).

En conclusión, la mayoría de los autores concuerda con que el TLP se caracteriza por una pobre integración de la identidad, impulsividad, defensas primitivas, llegando a presentar inestabilidad de la autoimagen y de la identidad, inestabilidad en las relaciones interpersonales y pobre control de los impulsos (Brune, 2016; Guendelman et al., 2014).

1.2 Criterios diagnósticos.

El DSM- 5 establece que para presentar TLP se requieren ciertas características consistentes en un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienzan en las primeras etapas de la edad adulta y están presentes en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes (APA, DSM-5, 2014):

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado (no incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el criterio 5).
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios) (no incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figura en el Criterio 5).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado del ánimo (p.ej. episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y rara vez más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso o dificultad para controlar la ira (p.ej. exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

1.3 Epidemiología.

Se ha estimado que el TLP está presente en el 1.6 % de la población, sin embargo, existen estudios en los cuales la prevalencia puede llegar a ser tan alta como 5.9 %. Clínicamente es el trastorno de personalidad más diagnosticado y se encuentra presente en aproximadamente el 6 % de los pacientes en nivel primario, 10 % en pacientes ambulatorios de clínicas psiquiátricas y aproximadamente en el 20 % de los pacientes psiquiátricos hospitalizados, llegando a ser hasta el 60 % de los pacientes a los cuales se les diagnostica algún trastorno de personalidad (Sadock et al., 2015; Links et al., 1988). La relación mujer/hombre es de 3:1, con un pico de incidencia de los 19 a los 34 años, teniendo una media de 28 años aproximadamente (Leichsenring et al., 2011).

En cuanto a las características clínicas, se estima que del 15 al 80 % (media de 53%) de los pacientes presentan conductas autolesivas, la mayoría realizándolo en múltiples ocasiones; además, entre ellos, el 76 % presenta intentos de suicidio (Goodman et al., 2017; Zimmerman & Mattia, 1999). Además, el TLP presenta una variedad de comorbilidades: hasta el 83 % de los pacientes con este diagnóstico presentarán a lo largo de su vida un episodio de depresión

mayor (Beatson & Rao, 2013), 21.5 % algún trastorno de ansiedad y 14.7 % trastornos por consumo de sustancias (Grant, 2008).

Hablando de las características demográficas, las personas con un nivel socioeconómico bajo y separadas, divorciadas, viudas o solteras, además de las personas jóvenes (18 a 35 años) (Chanen, 2011) tienen una alta probabilidad de padecer TLP. Una cuestión interesante es que en diversos estudios una mayor escolaridad se asocia a una prevalencia más alta de padecer TLP en mujeres (Grant, 2008), mientras que en otros estudios la escolaridad no era significativa (Ekselius et al., 2001).

Otro factor ampliamente mencionado es el antecedente de negligencia en la infancia, abuso físico (71%) o sexual (68%), lo cual predispone a que el individuo desarrolle TLP (Ford & Courtois, 2014; Hailes et al., 2019; Zanarini, 2000). Las características previamente descritas son de relevancia, ya que se asocian de manera importante con el curso del trastorno, siendo factores predisponentes para presentar un curso más grave (Jowett et al., 2019; Labonte & Paris, 1993).

1.4 Estigma.

Existen diversas maneras en las que se puede definir el concepto de estigma: Goffman (1953) lo definía como “un atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo”. Jones (1984) lo definió como “una marca que vincula a la persona con características indeseables”, y más recientemente se señala que los individuos estigmatizados poseen alguna característica que conlleva a una identidad social la cual es devaluada en un contexto social particular (Crocker, 1998). El estigma se pone de manifiesto en tres aspectos del comportamiento social: por una parte, los estereotipos, que son conocimientos aprendidos por la mayor parte de los miembros de una sociedad, es decir es el acuerdo generalizado sobre lo que caracteriza a un determinado grupo de personas. Cuando lo anterior llega a aplicarse y se experimentan reacciones emocionales negativas por esto, se da lugar a los prejuicios, y cuando se presentan comportamientos de rechazo se da lugar a la discriminación (Hatzenbuehler, 2008; Ottati, 2005; Watson et al., 2003).

1.4.1 Estigma público.

El estigma público se manifiesta en diferentes sociedades y culturas a través de prácticas de discriminación hacia las personas con algún padecimiento mental, mediante un trato inequitativo o cuando le son negados sus derechos por ser considerados de menor valía. Esto condiciona a que las personas en situaciones de exclusión tengan dificultades para la integración social, además de presentar otros riesgos psicológicos producidos por la exclusión social como son comportamientos autoexcluyentes, problemas cognitivos y conductas autopunitivas y de riesgo (Twenge et al., 2002). Además, los estereotipos, prejuicios y discriminaciones asociadas a la enfermedad mental pueden privar a quienes la padecen de oportunidades que pueden resultar esenciales para el logro de sus objetivos vitales, sobre todo aquellos que tienen que ver con su independencia económica y personal (Link et al., 1989; Watson et al., 2003).

1.4.2 Estigma internalizado.

Al vivir en una sociedad que designa ideas estigmatizadoras ante las personas con padecimientos mentales, se puede facilitar que estas personas internalicen dichas ideas y crean que son menos valiosas debido al trastorno psiquiátrico que padecen (Link, 1987; Rüsck et al., 2006).

Esto puede llegar a condicionar el comportamiento, haciendo que la persona cese en los intentos de llegar una vida independiente, a aislarse socialmente o a limitar la búsqueda de tratamiento o ayuda profesional (Angel et al., 2005). Según Livingston y Boyd (2010), el estigma internalizado es un proceso subjetivo, acorde con el contexto sociocultural y caracterizado por sentimientos negativos sobre uno mismo, conductas mal adaptativas y la transformación de la identidad o aplicación de estereotipos como resultado de las experiencias individuales, percepciones o anticipación a una reacción social negativa acerca de su enfermedad mental. Los individuos llegan a considerarse como participantes devaluados de la vida social y llegan a creer que los estereotipos acerca de la enfermedad mental son genuinos (Szcześniak et al., 2018).

Un aspecto importante del estigma internalizado es que este puede hacer que la persona llegue a anticipar el rechazo, aun cuando este no se ha producido. Dicha anticipación al

rechazo se denomina estigma internalizado, y son las creencias acerca de la devaluación o discriminación que experimentaría una persona por padecer un trastorno mental, lo cual es diferente al estigma experimentado, el cual consiste en experiencias estigmatizadoras vividas (Link et al., 1987, 1997).

1.4.3 Modelos de estigma de los trastornos mentales.

Los modelos que explican el fenómeno del estigma se pueden dividir en dos grupos generales: los modelos sociológicos, que abordan el estigma desde las estructuras sociales e institucionales; y los modelos psicosociales, los cuales a su vez se dividen en aquellos que enfatizan el papel del afecto y aquellos que enfatizan el papel de la motivación.

- ***Modelos sociológicos.***

Estos modelos se basan en la teoría del “etiquetado”, propuesta por Scheff en 1974, la cual expone que los pacientes se enfrentaran a estigmatización y rechazo al intentar retomar roles convencionales dentro de la sociedad (Scheff, 1974). Actualmente, Link y Phelan han modificado dicha teoría resumiéndola en un proceso constituido por cinco componentes: en la primera variable, la gente tiende a etiquetar y distinguir las diferencias humanas; en la segunda variable, las creencias culturales dominantes vinculan en ocasiones a personas etiquetadas con características indeseables a estereotipos negativos; en el tercer componente del modelo, las personas etiquetadas son situadas en categorías diferentes con el fin de conseguir un grado de separación; en cuarto lugar, las personas etiquetadas pierden estatus y son receptoras de discriminación, lo cual lleva desigualdad social; finalmente, la estigmatización es totalmente contingente al poder social, económico y político lo cual favorece a que todo concurra en una situación de poder, con desventaja para la persona etiquetada (Link & Phelan, 2001).

- ***Modelos psicosociales.***

Según Walter Gove, el estigma es la percepción normal de un comportamiento extraño, una reacción natural de la sociedad hacia individuos con síntomas psiquiátricos, minimizando el papel de la sociedad en este proceso (Gove, 1973). Esto se puede explicar cuando se experimentan repetidamente asociaciones entre un determinado grupo social y estímulos aversivos o de malas atribuciones de ciertos estados emocionales, que llevan a que los estados

afectivos provocados por un estímulo aversivo se atribuyan erróneamente a otro estímulo. Existen, sin embargo, estudios en los cuales se encontró que, aunque las conductas psiquiátricas pueden causar una pequeña proporción de la percepción sobre la enfermedad mental, la mayoría del estigma proviene de los estereotipos negativos sobre las personas con trastornos mentales.

También existen modelos que enfatizan el papel de la cognición: los humanos tienden a agrupar los objetos y personas en una categoría, buscando principios que caractericen cada tipo de personas con el propósito de generar control sobre las situaciones sociales. Existen también teorías las cuales describen al estigma como una justificación psicológica: en las teorías del ego se sugiere que el yo está protegido cuando los conflictos internos se proyectan en grupos estigmatizados. Existen pocos estudios que respalden estas teorías, por ejemplo, un estudio mostró que las personas con un estatus socioeconómico alto tendían a estereotipar a las personas con un estatus socioeconómico bajo como poco trabajadoras (Watson et al., 2003), o que los soldados tendían a deshumanizar o estigmatizar al enemigo (Bar-Tal, 1989).

Existen también las teorías de justificación grupal, las cuales describen que algunos estereotipos específicos acerca de una minoría sirven para favorecer a la mayoría de una manera positiva. Otra teoría es la justificación del sistema, en la cual se expone que los estereotipos y prejuicios se desarrollan para favorecer al sistema: una vez que una serie de eventos se produce a nivel social (histórico, público o político), los estereotipos que emergen de dicha situación se explican y justifican simplemente porque existieron. Desde la edad media, las personas privaban de su libertad a personas con enfermedades mentales para la protección del público, e inclusive en años posteriores dichos individuos llegaban a acabar encarcelados por años. Este tipo de anécdotas históricas hace que la percepción popular de que los pacientes psiquiátricos son peligrosos e incapaces de cuidar de sí mismos se perpetúe a lo largo del tiempo (Paredes et al., 2012; Watson et al., 2003).

1.5 El estigma en los trastornos mentales.

Existen diversos estudios en los cuales se sugiere que el estigma internalizado resulta en pérdidas de autoeficacia y limita la recuperación. Se sugiere que el estigma internalizado guarda una importante correlación con la calidad de vida (Markowitz, 1999; Rosenfield,

1997) y guardan una correlación positiva con síntomas de depresión y ansiedad (Ertugrul & Ulug, 2004). Se ha encontrado que el estigma internalizado tiene una correlación negativa con la adaptación social, enfrentándose el paciente a etiquetas impuestas por la sociedad y consecuentemente disminuyendo la búsqueda de atención y en ocasiones empeorando el pronóstico (Alonso et al., 2009; Paredes et al., 2012). Existen estudios en los cuales se describe que las personas que abandonan un hospital psiquiátrico de larga estancia muestran mayor preocupación ante el rechazo social y tienen más probabilidad de experimentar rechazo durante el periodo de seguimiento. En cuanto al estigma en profesionales que trabajan con personas con trastornos mentales, también pueden presentar actitudes estigmatizadoras como aquellas basadas en la coerción o en presentar cierta deshumanización, basada en la percepción de las personas con trastornos mentales (Bodner et al., 2015; P. Corrigan & Bink, 2005), y en general presentar actitudes e información similares a las de la población general (Gray, 2002). En cuanto a profesionales de la salud se ha reportado que llegan a presentar distanciamiento social y actitudes negativas hacia personas con trastornos mentales, en ocasiones brindando peores pronósticos, mostrando desinterés y enojo hacia estos usuarios (Wang et al., 2018). Acerca de profesionales de la salud mental existen estudios en los cuales se evalúa la actitud de psiquiatras hacia personas con un trastorno mental grave, revelando que dichos especialistas son más proclives a pensar en las personas con trastornos mentales de una manera más favorable que la población en general (Shulze, 2009). Existen, sin embargo, estudios realizados en otro tipo de personal (enfermería), en el cual resulta interesante ver que se comparten muchos de los estereotipos habituales con la población general y tienen actitudes menos favorables hacia personas con trastornos mentales (Magliano & De Rosa, 2004). En cuanto a la población general, existen estudios en los cuales se constata que el estigma hacia la enfermedad mental es mayor en personas mayores, de sexo masculino y de menor nivel educativo (Angermeyer & Matschinger, 2003; Schulze et al., 2003). Además, la mayor parte de la población tiene estereotipos negativos hacia aquellos que padecen trastornos mentales, en su mayoría llegando a etiquetarlos como “peligrosos” o “impredecibles”, esto podría ser también efecto secundario de la caracterización que se le ha dado a esta población en medios de comunicación : En 1996 se encontró que el 66 % de la información acerca de los trastornos mentales en la televisión retrataba a esta parte de la población como violenta (Philo, 1996).

Los familiares también pueden llegar a tener conductas estigmatizadoras hacia las personas con enfermedad mental, impidiéndoles autonomía en varios rubros. Existe además gran carga emocional, física, económica y social para los familiares relacionados con personas con enfermedad mental, por lo cual es difícil no tener comportamientos estigmatizadores (Corrigan, 2006).

Existen estudios en los cuales padecer un trastorno mental es una experiencia devaluadora al momento de conseguir trabajo o desempeñarse en el mismo: 58% de los empleadores en el Reino Unido nunca contratarían a alguien con un diagnóstico psiquiátrico (Stuart, 2004). La mayoría de los pacientes que han sido hospitalizados esconden su trastorno a sus compañeros de trabajo, mientras que otros con hospitalizaciones por otras cuestiones médicas no lo ocultarían (McCarthy et al., 1995).

El estigma es un área prioritaria por atender en el campo de la salud mental, las personas afectadas por trastornos mentales graves son las que más sufren los efectos del estigma, lo que se traduce en una disminución de las oportunidades para disfrutar de una vida autónoma, independiente y de calidad, sobre todo para establecer relaciones sociales y de pareja, así como mantener un empleo y acudir a los servicios de salud: inclusive después de que un miembro de la familia ha desarrollado síntomas de un trastorno psicótico, toma en promedio un año hasta que esa persona recibe una primera evaluación (Black et al., 2001).

1.6 Estigma y trastorno límite de la personalidad.

Existen contados estudios sobre el estigma y los trastornos de personalidad. En los pocos estudios que existen se ha descrito cómo la población general tiende a ver a estos pacientes como “difíciles” o “malos”, en lugar de verlos como personas con un trastorno mental; por ejemplo: a los pacientes con esquizofrenia que exhiben comportamientos difíciles no se les ve de esta manera porque se percibe como un trastorno con determinantes biológicos, mientras que en pacientes con algún diagnóstico de trastorno de personalidad se les ve como personas capaces de controlar su comportamiento y malestar (Sheehan et al., 2016). Bonnington (2014) describe que la mayoría de los estudios sobre estigma y trastornos psiquiátricos se han realizado en relación con esquizofrenia y depresión, sin embargo en relación a la experiencia subjetiva de personas diagnosticadas con otros trastornos psiquiátricos existen muy pocos estudios. El TLP se ha descrito como el diagnóstico

psiquiátrico más estigmatizado (Nehls, 1998), y la mayoría de las fuentes de estigma involucran personal médico, sugiriendo la poca información que se tiene del trastorno (Aviram et al., 2006).

Los psiquiatras, psicólogos, enfermeras, otros médicos y la población perciben al TLP de manera negativa. La mayoría opta por creer que el origen de este trastorno está basado en “fallas y rasgos en la personalidad”, por lo cual tienden a esperar que el afectado cambie al realizar un esfuerzo (James & Cowman, 2007; Latalova et al., 2015).

Por ejemplo, el personal de enfermería ve a los pacientes como difíciles, molestos, manipuladores, resistentes al tratamiento y peligrosos, además de presentar miedo y frustración reactivos a las conductas autolesivas, y tienden a categorizar a los pacientes como “malos”, en lugar de “enfermos” (Lindgren & Oster, 2011). Sin embargo, a pesar de la ignorancia sobre el trastorno, no significa que las personas con el diagnóstico son socialmente invisibles. Las cicatrices de autolesiones hacen el trastorno visible ante la interacción social, incrementando la exposición al estigma (Bonnington & Rose, 2014; Shulze, 2009).

Existen investigaciones cualitativas que examinan las experiencias de personas con diagnóstico de TLP en cuanto a servicios brindados por profesionales de la salud, en las cuales se reportan reacciones negativas y poco apoyo, además de observar que los eventos traumáticos previos parecen ser vistos como un motivo adicional de dificultad en cuanto a la atención (Nehls, 1999; Veysey, 2014).

También existe estigma público por parte de especialistas en la salud mental. Una encuesta australiana en personal psiquiátrico (psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales) arrojó que la mayoría califica a estos pacientes como “difíciles”, y describía la relación con estos pacientes como difícil al momento de la comunicación en comparación con otro tipo de pacientes (Bodner et al., 2011; Dickens et al., 2015; Perseus et al., 2007).

El alto estigma internalizado está relacionado con un bajo funcionamiento en situaciones sociales y laborales. Recientemente se ha expuesto la dificultad para obtener y mantener empleo en pacientes con TLP, siendo esto asociado a exclusión social, deterioro de salud mental y física y estigma, expresando inclusive la necesidad de ocultar el diagnóstico en el

ambiente laboral, al tener la creencia de que esto podría disminuir las oportunidades de obtener empleo (Juurlink et al., 2019). Los pacientes con TLP reciben y perciben un rechazo social más fuerte que la población general (Nehls, 1998). Existen estudios donde se compara el estigma internalizado entre pacientes con esquizofrenia, trastorno depresivo, trastornos de ansiedad y TLP, en donde los últimos muestran tasas más altas de estigma internalizado general, además de mostrar mayor gravedad en comparación con los otros grupos (Gramball, 2016; Miller, 1994; Ntshingila et al., 2016).

Otro estudio de importancia acerca del estigma internalizado en pacientes con TLP es el realizado por Quenneville (2020), en el cual se compara el estigma internalizado en pacientes con diagnóstico de TLP, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno bipolar, además se realizan asociaciones con la edad, el género, estado civil, edad y número de hijos. En cuanto a los resultados, los pacientes con TLP eran más jóvenes que los otros dos grupos, además de tener el menor nivel educativo, ser de género predominantemente femenino y tener tasas de desempleo mayores. Además, en cuanto al nivel de estigma internalizado, los pacientes con TLP lo presentaron en mayor medida en comparación con los otros dos grupos, específicamente en aquellos rubros consistentes en discriminación percibida, aislamiento social y resistencia al estigma (Quenneville et al., 2020).

Bonnington (2014) expone que los pacientes con TLP perciben “patologización” del trastorno, lo cual experimentan como un acto de discriminación, refiriendo además presentar dificultades en diversas esferas, siendo las más mencionadas la familiar, laboral y en relaciones de amistad. En este estudio se reporta que diversos participantes con diagnóstico de TLP referían una ausencia de información en la población en general, además de referir marginalización en el sentido de falta de tratamiento efectivo. Existen investigaciones que sugieren que esta población experimenta altos niveles de vergüenza y sufrimiento asociado al estigma internalizado (Rüsch et al., 2006), además de que puede causar un aumento de inestabilidad emocional, disminución de autoestima y de calidad de vida: estas personas preferirán aislarse, pueden desarrollar depresión, comportamientos maladaptativos (Livingston & Boyd, 2010) y menores niveles de esperanza en comparación con otras personas no afectadas (Snyder, 2000). Esto establece la importancia del estigma en pacientes

con TLP, lo cual llega a afectar el tratamiento y pronóstico a lo largo de la vida, además de otros factores asociados a la funcionalidad (Bonnington & Rose, 2014).

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son las diferencias y similitudes en las características demográficas, clínicas y de gravedad sintomática actual, entre mujeres con trastorno límite de la personalidad que acuden a atención especializada en el INPRFM que presenten estigma internalizado alto y bajo?

3. JUSTIFICACIÓN.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) predomina en gran parte de la población, siendo el trastorno de personalidad más diagnosticado. Debido a las características clínicas inherentes del trastorno, llega a ser de tratamiento y pronóstico complicados en muchas ocasiones, requiriendo atención altamente especializada por parte del personal de salud. Aunado a la dificultad de la sintomatología del trastorno, los pacientes con TLP sufren eventualidades derivadas del desconocimiento social y estigma público que existe hacia este trastorno y hacia quienes lo padecen, lo cual llega a determinar en muchos casos la dificultad de integración social y laboral de estas personas.

El estigma internalizado puede tener un efecto negativo sobre la presentación, tratamiento, evolución y pronóstico del TLP, llegando a empeorar la sintomatología. Debido a lo complicado del tratamiento y evolución del TLP, así como su asociación con el estigma internalizado, es importante conocer de qué manera el estigma internalizado se asocia con las características demográficas, clínicas y de gravedad del padecimiento.

4. OBJETIVOS.

4.1 Objetivo general.

Comparar las características demográficas, clínicas y de gravedad sintomática actual, entre mujeres con trastorno límite de la personalidad que acuden a atención especializada en el INPRFM que presenten estigma internalizado alto y bajo.

4.2 Objetivos específicos.

1. Identificar las principales fuentes de estigma internalizado por mujeres con trastorno límite de la personalidad.

2. Comparar el estigma internalizado de acuerdo con las principales fuentes de estigma reportadas por las mujeres con trastorno límite de la personalidad.

5. HIPÓTESIS.

5.1 Hipótesis general.

Las mujeres con trastorno límite de la personalidad que presentan alto estigma internalizado tendrán diferentes características demográficas, clínicas y de gravedad sintomática actual que las mujeres con trastorno límite de la personalidad con bajo estigma internalizado.

5.2 Hipótesis específicas.

1. Las principales fuentes de estigma internalizado reportadas por mujeres con trastorno límite de la personalidad serán el personal médico y los familiares.
2. Las mujeres que perciben mayor estigma por parte del personal médico y familiares presentarán mayores puntuaciones de estigma internalizado evaluado con la escala de estigma de King.

6. MÉTODOS.

6.1 Tipo de estudio:

De acuerdo con la clasificación de Feinstein (Feinstein, 1985):

1. Por el control de la maniobra experimental por el investigador: observacional
2. Por la captación de la información: prospectivo
3. Por la medición de un fenómeno en el tiempo: transversal
4. Por la ausencia de un grupo control: comparativo
5. Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras: abierto

6.2 Población en estudio, selección y tamaño de la muestra.

Se reclutaron mujeres con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad de acuerdo con el procedimiento clínico seguido en la Clínica de Trastorno límite de la Personalidad del INPRFM (aplicación del SCID-II) y corroborado por el médico tratante y expediente clínico.

Considerando un análisis de potencia a priori y asumiendo varianzas iguales con hipótesis de investigación de tipo bilateral, se obtuvo el siguiente cálculo de muestra (Friedman, 1982):

Potencia estadística: 0.80.

Valor alfa: 0.05.

Tamaño del efecto de las correlaciones: $r=0.40$.

Tamaño del efecto de las comparaciones: $d=0.85$ (moderado).

Se requirieron 44 sujetos por cada grupo de comparación (alto y bajo estigma internalizado).

6.3 Criterios de selección.

6.3.1 Criterios de inclusión.

1. Mujeres con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5, corroborado por expediente clínico y médico tratante de la Clínica de Trastorno límite de la Personalidad o de Consulta Externa de Psiquiatría General del INPRFM. Se seleccionó esta muestra debido a la alta prevalencia del TLP en mujeres.
2. Edad de 18 años o más.

6.3.2 Criterios de exclusión.

1. Que presentaran comorbilidad con trastorno psicótico de cualquier etiología, trastorno bipolar, manía o cuya gravedad sintomática actual impidiera el correcto llenado de los cuestionarios de evaluación. Estos diagnósticos fueron descartados mediante la revisión del expediente clínico y última nota clínica del médico tratante. Dado que el objetivo del estudio fue evaluar el estigma internalizado producto del diagnóstico del trastorno límite

de la personalidad, se deseaba evitar que las pacientes respondieran a los cuestionarios de acuerdo con sus experiencias con otros trastornos graves.

2. Que tuvieran dificultad para comunicarse y cooperar.

6.3.3 Criterios de eliminación.

1. Que no completaran las evaluaciones competentes al proyecto.

6.4 Variables en estudio.

Variables	Nivel de Medición	Valores
<i>SCID-II (STRUCTURAL CLINICAL INTERVIEW FOR DSM-IV AXIS II) Corroboración del diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad</i>		
Limítrofe	Nominal	Si/ No
<i>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</i>		
Edad actual	Intervalar	Años
Escolaridad	Intervalar	Años de estudio
Nivel socioeconómico	Ordinal	Estudios socioeconómicos del INPRFM clasificados en alto, medio y bajo.
Estado civil	Nominal	Soltero/Casado/Divorciado/Viudo
Ocupación	Nominal	Desempleado/Empleado/Dedicado al hogar/ Estudiante
<i>DATOS CLÍNICOS</i>		
Comorbilidad	Nominal	Sin comorbilidades / Trastorno depresivo/Trastorno de ansiedad/ Otros trastornos
Antecedente de intento de suicidio	Nominal	Si/No
Numero de intentos suicidas previos	Intervalar	Numero de intentos
Conductas autolesivas	Nominal	Si/No
Antecedente de hospitalizaciones psiquiátricas	Nominal	Si/No

Número de hospitalizaciones	Intervalar	Número de hospitalizaciones
Edad a la primera hospitalización	Intervalar	Años
Antecedente de violencia sexual	Nominal	Si/ No
FUENTES DE ESTIGMA INTERNALIZADO		
Fuente de estigma: Médicos psiquiatras	Nominal	Si/No
Intensidad del estigma internalizado por parte de psiquiatras	Intervalar	Escala análoga visual del 0 al 10
Fuente de estigma: Personal de enfermería	Nominal	Si/No
Intensidad del estigma internalizado por parte de personal de enfermería	Intervalar	Escala análoga visual del 0 al 10
Fuente de estigma: Médicos de otras especialidades	Nominal	Si/No
Intensidad del estigma internalizado por parte de médicos de otras especialidades	Intervalar	Escala análoga visual del 0 al 10
Fuente de estigma: Familiares	Nominal	Si/No
Intensidad del estigma internalizado por parte de familiares	Intervalar	Escala análoga visual del 0 al 10
Fuente de estigma: Amistades	Nominal	Si/No
Intensidad del estigma internalizado por parte de amistades	Intervalar	Escala análoga visual del 0 al 10
Fuente de estigma: Compañeros de trabajo/ escuela	Nominal	Si/No
Intensidad del estigma Internalizado por parte de compañeros de trabajo/ escuela	Intervalar	Escala análoga visual del 0 al 10
Principal fuente de estigma	Nominal	Psiquiatras/ Personal de enfermería/Médicos de otras especialidades/Familiares/Amistades/ Compañeros de trabajo / escuela.

<i>Escala de evaluación de severidad en el tiempo del Trastorno límite de la personalidad (Borderline Evaluation of Severity Over Time-BEST)</i>		
Comportamientos negativos	Intervalar	Puntuación total del apartado
Comportamientos negativos	Intervalar	Puntuación total del apartado
Calificación total	Intervalar	Puntuación total de la escala
<i>ESCALA DE ESTIGMA DE KING</i>		
Subescala de discriminación	Intervalar	Puntuación total del apartado
Subescala de divulgación	Intervalar	Puntuación total del apartado
Subescala de aspectos positivos de la enfermedad	Intervalar	Puntuación total del apartado
Calificación total	Intervalar	Puntuación total de la escala
Alto y bajo estigma internalizado	Nominal dicotómica	Medida de la calificación total de la muestra total

6.5 Escalas e instrumentos de evaluación.

6.5.1 Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV (SCID-II).

Es una escala autoaplicable que evalúa los criterios para un diagnóstico en el Eje II de trastornos de la personalidad del DSM-IV. Se compone de 119 reactivos que el individuo puede contestar con Si/No, que describen características de la personalidad, incluyendo patrones de comportamiento, relaciones interpersonales y la capacidad de reflexión acerca del self. En diversas investigaciones (Ekselius, 1994) se ha estudiado acerca de la sensibilidad y especificidad, llegando a la conclusión de que hay un bajo nivel de falsos negativos. El punto de corte para TLP son cinco reactivos positivos dentro de ese rubro, teniendo una confiabilidad para este trastorno específico de 0.89 (Williams & Gibbon, 1992).

6.5.2 Formato de datos socio demográficos.

El formato elaborado previamente se compone de tres áreas conformadas por varios reactivos, los cuales tuvieron la finalidad de registrar y concentrar la información de las principales características demográficas y clínicas, además de las principales fuentes de

estigma internalizado de cada una de las mujeres evaluadas, con un formato de autoaplicación que no requirió de interrogatorio por terceras personas.

Datos generales: contiene edad actual, escolaridad de la persona completada en años, nivel socioeconómico, estado civil y ocupación actual.

Datos clínicos: contiene comorbilidades como trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad, intentos suicidas, conductas autolesivas, número total de hospitalizaciones, edad de la primera hospitalización y antecedente de abuso sexual. Estos datos se tomaron del expediente clínico de cada participante y fue corroborado por el médico tratante.

Fuentes de estigma internalizado: se compone de un instrumento descriptivo elaborado para el presente proyecto, el cual contiene rubros en los cuales la participante seleccionó con una escala análoga visual de 0 (sin estigma) a 10 (máximo estigma internalizado) la fuente de estigma internalizado por parte de médicos psiquiatras, médicos de otras especialidades, personal de enfermería, familia, amistades y compañeros de trabajo/escuela.

6.5.3 Escala de Evaluación de Severidad en el Tiempo del Trastorno Límite de la Personalidad (Borderline Evaluation of Severity Over Time – BEST)

La gravedad de los síntomas fue evaluada mediante la escala BEST. Incluye 15 elementos y tres subescalas, todos los elementos están clasificados en una escala tipo Likert. Los primeros ocho elementos comprenden la subescala A (pensamientos y sentimientos) e implican evaluaciones de la reactividad del estado de ánimo, la alteración de la identidad, las relaciones inestables, la paranoia, la vacuidad y el pensamiento suicida. Los siguientes cuatro elementos comprenden la subescala B (comportamientos negativos) que califica las acciones negativas como lastimarse a sí mismo. Los siguientes ítems comprenden la subescala C de comportamientos positivos, en los cuales se describen actitudes como acudir a terapia. Las puntuaciones de las subescalas A y B se suman y la puntuación de la subescala C se resta a esto último. Existen estudios los cuales describen que la confiabilidad es moderada, $r: 0.62$, $p < .001$ (Pfohl, 2009).

6.5.4 Escala de Estigma Internalizado de King y cols (EES).

Es una escala autoaplicable que evalúa los sentimientos o experiencias estigmatizantes internalizados por los individuos. Consta de 28 enunciados en una escala tipo Likert, que da la opción de escoger de entre “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”. La escala tiene por objetivo evaluar la relación entre el estigma internalizado y el autoestigma, conformando tres subescalas (discriminación, divulgación y aspectos positivos de la enfermedad mental).

La subescala de discriminación contiene reactivos que evalúan las reacciones negativas de otras personas e incluye actos de discriminación realizados por diferentes grupos sociales.

La subescala de divulgación interroga acerca de la vergüenza o el temor a divulgar o manejar la información acerca de la enfermedad para evitar la discriminación.

La subescala de aspectos positivos determina cómo la gente acepta su enfermedad y muestra la forma en que los sujetos se perciben menos afectados por el estigma.

La puntuación de cada subescala se califica mediante la sumatoria de los reactivos que componen a cada una de las subescalas, y la puntuación total con la sumatoria de las puntuaciones de las tres subescalas. A mayor puntuación mayor es el nivel de estigma internalizado del participante. La aplicación requiere entre 10-15 minutos. La versión en español se caracterizó por una adecuada consistencia interna. Se obtuvieron tres factores principales, congruentes con la versión original, lo que da prueba de su validez (Flores Reynoso et al., 2010; King, 2007).

En la actualidad la escala no cuenta con un punto de corte establecido, por lo que se utilizó la puntuación media de la calificación total para dividir la muestra en “alto” y “bajo” estigma internalizado (Guizar et al., 2015).

6.6 Recolección de datos.

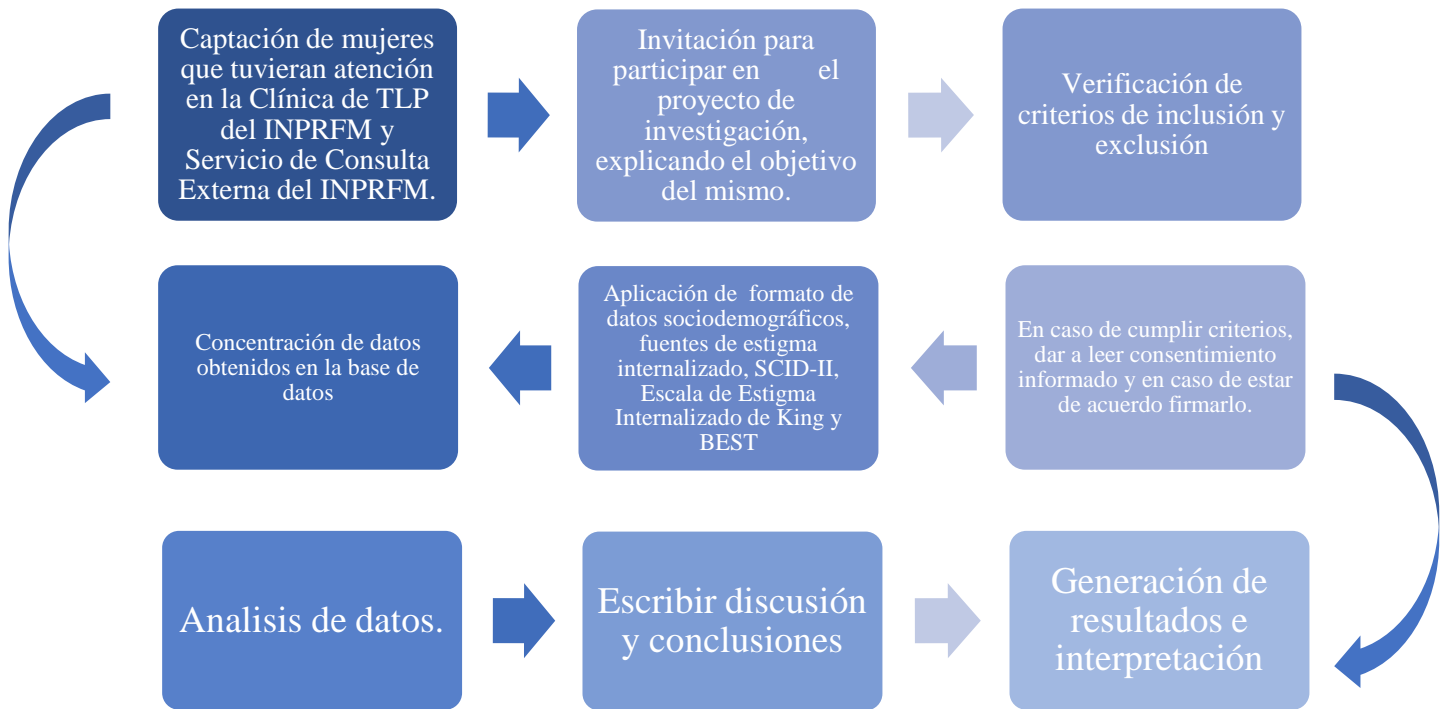
6.6.1 Procedimiento.

Se divulgó el protocolo de investigación entre el personal de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad del Servicio de Consulta Externa y entre el personal de Consulta Externa de Psiquiatría General del INPRFM, para que ellos hicieran de su conocimiento a las posibles

participantes del mismo. A quienes se mostraron interesadas en colaborar con el estudio se les contactó con la investigadora principal, quien les realizó la invitación verbal. Si las interesadas cumplían con criterios de selección del estudio se les invitaba a participar en el estudio, brindando una explicación verbal amplia, explicando el propósito de la investigación, así como los posibles riesgos, beneficios y todas las evaluaciones que implicaba el desarrollo del estudio. Se les brindó una carta de consentimiento informado (*Anexo 1*) por escrito, en donde se proporcionó más información acerca del estudio. Tras la resolución de dudas y aclaraciones que surgieran, quienes aceptaron participar fueron incluidas en el estudio y se les solicitó la firma de la carta de consentimiento informado.

Si la participante contaba con diagnóstico de TLP y seguimiento en Consulta General de Psiquiatría, se aplicó adicionalmente la evaluación autoaplicable SCID-II , para corroborar el diagnóstico. Posteriormente se realizó una entrevista la obtención de datos demográficos y clínicos (*Anexo 3*). Después se realizó la aplicación de la escala BEST para determinar la gravedad sintomática, y la Escala de Estigma Internalizado de King, para su llenado. El tiempo estimado para la evaluación era de 60 a 90 minutos aproximadamente, esto pudiendo realizarse en una o dos sesiones, a elección de la participante. Al concluir la evaluación se les informó que su participación había terminado. Se reiteró que los datos obtenidos eran confidenciales y utilizados solo para fines de la investigación. Siempre se le informó a cada participante que su participación era completamente voluntaria y podían desistir de ella en cualquier momento, sin que esto afectara su atención habitual en la institución.

6.6.2 Algoritmo de procedimientos.



6.7 Análisis estadístico.

Todos los análisis fueron realizados con el programa estadístico SPSS, versión 22. La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas. Para la comparación entre los grupos de análisis (alto y bajo estigma; fuentes de estigma internalizado) se utilizó la chi cuadrada (χ^2) para el contraste de variables categóricas, y la t de Student de muestras independientes para el contraste de variables continuas. El nivel de significancia estadística se fijó en una $p < 0.05$

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Este proyecto se desarrolló adaptándose a los principios éticos y científicos para la investigación en seres humanos de acuerdo a la Declaración de Helsinki que aplicaran (Mazzanti, 2011). El titular de la tesis se inscribió, cursó y aprobó un curso en línea de bioética del CITI Program (*Anexo 4*) y el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del INPRFM, con número de aprobación CEI/020/2020. (*Anexo 2*)

Se respetó el principio de autonomía mediante la aplicación de un proceso de consentimiento válidamente informado, esencial para la realización de investigaciones con seres humanos, que consideró la capacidad de decisión de las participantes; se informó a todas las participantes sobre su elección totalmente libre de colaborar en el estudio, también se informó que en caso de tener la intención de abandonar el estudio no existía ninguna responsabilidad y dicha decisión no afectaría su seguimiento en consulta externa. Se les informaba verbalmente de los procedimientos que se realizaban y se solicitaba su consentimiento por escrito para su participación en el estudio, asegurando su confidencialidad y pidiendo su aprobación para el reporte de los resultados. Se solicitaba la firma de dos testigos para garantizar la validez del proceso de consentimiento informado. Los apartados que se incluyeron en la carta de consentimiento informado fueron:

1. La justificación y objetivos de la investigación.
2. Procedimientos a seguir durante la investigación.
3. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgo, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

7.1 Riesgos.

El estudio incluyó una entrevista en donde se recabaron datos demográficos y manifestaciones clínicas de interés para la investigación, así como escalas de gravedad sintomática del TLP y que evaluaban el estigma internalizado, lo anterior pudiendo generar malestar emocional en las participantes, en cuyo caso la investigadora principal brindaba contención verbal necesaria hasta que la participante recuperaba su estabilidad. La persona podía declinar su participación en el estudio en ese momento o en cualquier otro punto del desarrollo del mismo.

7.2 Beneficios.

Como principal beneficio directo se les brindaba a las participantes amplia información verbal y por medio de dos trípticos acerca del estigma internalizado y del trastorno límite de la personalidad (Anexo 7 y Anexo 8).

Como beneficio indirecto se pretendió que las evaluaciones realizadas en este protocolo brindaran información acerca del estigma internalizado en el trastorno límite de la personalidad, sus principales fuentes y asociación con características clínicas y demográficas.

7.3 Confidencialidad.

A cada una de las participantes que aceptaron participar se les asignó un código numérico con el que se manejó el resto de la información, por lo que era imposible identificarlas. Toda la información estuvo bajo resguardo del investigador principal exclusivamente y solo tuvieron acceso a ella los involucrados en el estudio. Ningún dato personal puede aparecer en los reportes de la investigación. Esta información se resguardó en un equipo electrónico, el cual se mantuvo protegido con una contraseña a la que solamente la investigadora principal tuvo acceso; dicho equipo electrónico se mantuvo bajo resguardo en un gabinete con seguro, dentro de la institución. Esta información se ha mantenido bajo resguardo durante el tiempo que dure el estudio (2 años aproximadamente) y se eliminará posteriormente.

En cuanto a la utilización del expediente clínico, se solicitó y obtuvo autorización del director de consulta externa del INPRFM.

8. RECURSOS.

8.1 Recursos Humanos.

- *Presentadora de tesis:* Dra. Elia Mireya Solís Villegas, residente del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- *Tutora Metodológica:* Dra. Ana Fresán Orellana, Investigadora en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- *Tutor Teórico:* Dr. Ilyamín Merlín García, médico adscrito del servicio de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- *Participantes :* se solicitó acceso a la clínica de Trastorno Límite de la Personalidad de consulta externa y al servicio de psiquiatría general de consulta externa.

8.2 Recursos Materiales.

- Fotocopias para las escalas que se aplicaron a las participantes.
- Hojas blancas tamaño carta.

- Las instalaciones del INPRFM, en donde se realizaron las evaluaciones y aplicación de escalas.

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Fecha	Diciembre 2019 (R1)	Enero-Febrero 2020 (R2)	Marzo - Diciembre 2020 (R2)	Enero-Diciembre 2021 (R3)
Dictamen del comité de investigación del INPRFM	15/Diciembre/2019: Entrega de proyecto de tesis	20/Febrero/2021 : Seminario de Proyecto de tesis para comité de investigación del INPRFM.	Mayo 2020 : Aprobación por comité de investigación del INPRFM.	
Dictamen del comité de ética del INPRFM			20/Julio/20 : Aprobación por parte del comité de ética del INPRFM.	
Recolección de muestra			Julio 2020 : Inicio de recolección de muestra. Septiembre 2020 : Entrega de avance de tesis R2.	Junio 2021 : Entrega de avance de tesis R3. Julio 2021 : Termino de recolección de muestra.
Concentración de datos			Julio 2020 : Inicio de recolección de datos.	Julio 2021 : Termino de recolección de datos.
Análisis de resultados				Agosto 2021 : Termino de análisis de datos.
Elaboración del informe final y entrega de proyecto			Agosto 2021 : Elaboración del informe final.	Septiembre 2021 : Entrega de proyecto.

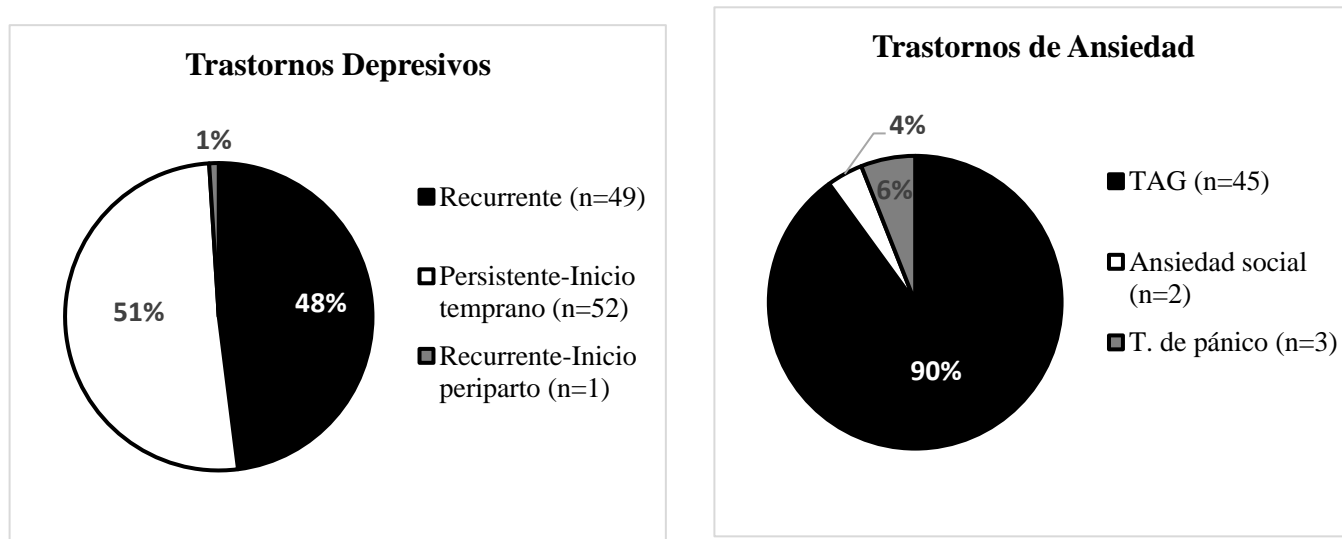
10. RESULTADOS.

10.1 Características demográficas y clínicas de la muestra.

Se incluyeron un total de 106 mujeres con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, con una edad promedio de 30.5 (D.E.=10.4) años y 14.2 (D.E.=3.2) años de escolaridad. La mayoría de las participantes se encontraban sin pareja al momento del estudio (84.0 %, n=89; soltera n=83, divorciada n=6) y sin una ocupación económicamente remunerada (66.0 %, n=70; estudiante n=32, actividades del hogar n=20, desempleada n=18).

El 99.1 % (n=105) reportaron alguna comorbilidad psiquiátrica, en su mayoría algún trastorno depresivo (97.1 %, n=102 de las que reportaron comorbilidad), seguido de algún trastorno de ansiedad (47.6 %, n=50 de las que reportaron comorbilidad) y otras comorbilidades (52.4 %, n=55, principalmente trastorno por estrés postraumático n=13, y trastorno por consumo de alcohol n=13). En la **Figura 1** se muestran las principales comorbilidades con trastornos depresivos y ansiosos reportadas.

Figura 1. Comorbilidades con trastornos depresivos y ansiosos reportadas.



El 81.1 % (n=86) de las participantes reportaron haber tenido un intento suicida previo, con un promedio de 3.3 intentos suicidas (D.E.=2.5, rango 1-13). De forma similar, un alto porcentaje reportó autolesiones (90.6 %, n=96) y poco más de la mitad de las participantes habían tenido al menos una hospitalización psiquiátrica (54.7 %, n=58). El promedio de hospitalizaciones reportadas fue de 1.7 (D.E.=1.3, rango 1-8), siendo la edad de la primera hospitalización a los 24.6 (D.E.=8.0) años. El antecedente de abuso sexual fue reportado por el 54.7 % (n=58) de las participantes.

En la **Tabla 1** se muestran las puntuaciones promedio obtenidas de la gravedad sintomática, evaluada con la escala BEST, al momento del estudio.

Tabla 1. *Gravedad sintomática evaluada con la escala BEST*

Escala BEST	Media	D.E.
Pensamientos y sentimientos	28.4	6.9
Conductas negativas	11.8	5.0
Conductas positivas	10.1	2.5
TOTAL	45.0	11

10.2 Principales fuentes de percepción de estigma y estigma internalizado.

La principal fuente de estigma reportada fueron los familiares, seguido de las amistades, los compañeros de trabajo o escuela, médicos, psiquiatras y personal de enfermería. El nivel de estigma percibido (valorado de 0=sin estigma percibido a 10=máximo estigma percibido) fue mayor en los primeros tres grupos, como se muestra en la **Tabla 2**.

Tabla 2. *Fuentes de estigma percibido y nivel de estigma.*

Fuente de estigma	Percepción de estigma		Nivel de estigma percibido	
	n	%	Media	D.E.
Familiares	98	92.5	7.4	2.4
Amistades	86	81.1	6.6	2.3
Compañeros de trabajo/escuela	80	75.5	7.5	2.2
Médicos	61	57.5	5.8	2.7
Psiquiatras	49	46.2	4.6	2.6
Personal de enfermería	48	45.3	5.2	2.7

En cuanto al estigma internalizado, en la **Tabla 3** se muestran las medias de las dimensiones de la escala, así como de la puntuación, la cual fue empleada para dividir a la muestra en aquellas participantes con bajo (<63 puntos, n=51, 48.1%) y alto estigma internalizado (>63

puntos, n=55, 51.9%). La puntuación total muestra un estigma internalizado moderado, dado que la puntuación puntaje máxima es de 112 puntos.

Tabla 3. *Estigma internalizado evaluado con la Escala de Estigma de King*

Escala de Estigma de King	Media	D.E.
Discriminación	30.6	8.9
Divulgación	24.3	7.1
Aspectos positivos	8.4	3.7
TOTAL	63.4	14.0

10.3 Características demográficas y clínicas de acuerdo con un nivel bajo o alto de estigma internalizado.

No se encontraron diferencias al comparar las características demográficas y clínicas entre las participantes con bajo y alto estigma internalizado. Sin embargo, las participantes con alto estigma internalizado presentaron una mayor gravedad en las dimensiones de pensamientos y sentimientos, conductas negativas y gravedad total, de la escala BEST (ver

Tabla 4)

Tabla 4. *Características demográficas y clínicas entre participantes con bajo y alto estigma internalizado.*

	Bajo estigma n=51		Alto estigma n=55		Estadística
<i>Características Demográficas</i>					
Edad (años, media, D.E.)	29.6	9.1	31.4	11.4	t=-0.8, p=0.30
Escolaridad (años, media, D.E.)	14.6	3.7	13.8	2.7	t=1.1, p=0.23
Sin pareja	41	80.4	48	87.3	$\chi^2=0.9$, p=0.33
Sin ocupación remunerada	32	62.7	38	69.1	$\chi^2=0.4$, p=0.49
<i>Características Clínicas</i>					
Con comorbilidad (n=105)	50	98.0	55	100	$\chi^2=1.0$, p=0.29
T. Depresivo - Si	49	98.0	53	96.4	$\chi^2=0.2$, p=0.61
T. Ansiedad - Si	26	52.0	24	43.6	$\chi^2=0.7$, p=0.39
Intento suicida previo - si	41	80.4	45	81.8	$\chi^2=0.03$, p=0.85
Núm. de intentos (media, D.E.)	3.2	2.7	3.3	2.4	t=-0.1, p=0.90
Autolesiones - si	46	90.2	50	90.9	$\chi^2=0.01$, p=0.90
Hospitalización previa - si	25	49.0	33	60.0	$\chi^2=1.2$, p=0.25
Núm. hospitalización (media, D.E.)	1.4	0.8	2.0	1.5	t=-1.7, p=0.07
Edad hospitalización (media, D.E.)	24.4	6.7	24.8	9.0	t=-0.1, p=0.86
Abuso sexual - si	25	49.0	33	60.0	$\chi^2=1.2$, p=0.25
<i>Gravedad Sintomática (BEST, media, D.E.)</i>					
Pensamientos y sentimientos	26.4	7.2	30.2	6.2	t=-2.8, p=0.005
Conductas negativas	10.5	4.9	13.1	4.7	t=-2.7, p=0.007
Conductas positivas	10.4	2.6	9.9	2.3	t=0.9, p=0.34
TOTAL	41.1	11.6	48.6	10.9	t=-3.4, p=0.001

10.4 Estigma internalizado de acuerdo con las fuentes de estigma reportadas.

Se realizaron comparaciones de las dimensiones y puntuación total de la Escala de Estigma de King, de acuerdo con el reporte de haber o no haber sido objeto de estigma por parte de las fuentes de estigma reportadas por las participantes (**Tabla 5**). Para las participantes que reportaron a los familiares como fuente de estigma, se observó una mayor puntuación en el área de *Divulgación*. Para las que reportaron a las amistades, fue mayor el estigma internalizado en todas las áreas, menos la de *Aspectos Positivos*. Para el caso de los compañeros de trabajo-escuela, solo la *Discriminación* fue mayor en aquellas que reportaron esta fuente de estigma.

Tabla 5. Estigma internalizado de acuerdo con la fuente de estigma percibido.

Escala de Estigma de King	Sin estigma	Con estigma	Estadística
<i>Estigma por familiares (media, D.E.)</i>			
Discriminación	26.2 8.1	31.0 8.9	t=-1.4, p=0.14
Divulgación	19.5 7.0	24.7 7.0	t=-2.2, p=0.04
Aspectos positivos	8.7 4.1	8.4 3.7	t=0.2, p=0.80
Total	54.5 13.0	64.1 13.9	t=-1.9, p=0.06
<i>Estigma por amistades (media, D.E.)</i>			
Discriminación	23.8 8.1	32.2 8.3	t=-4.0, p<0.001
Divulgación	20.1 5.8	25.3 7.1	t=-3.0, p=0.003
Aspectos positivos	9.7 4.3	8.1 3.6	t=1.7, p=0.08
Total	53.7 12.2	65.7 13.4	t=-3.6, p<0.001
<i>Estigma por compañeros de trabajo/escuela (media, D.E.)</i>			
Discriminación	27.4 7.7	31.7 9.1	t=-2.1, p=0.03
Divulgación	23.6 5.9	24.5 7.5	t=-0.5, p=0.58
Aspectos positivos	8.9 4.2	8.2 3.6	t=0.7, p=0.45
Total	60.0 12.1	64.5 14.4	t=-1.4, p=0.15
<i>Estigma por médicos (media, D.E.)</i>			
Discriminación	26.6 8.2	33.6 8.2	t=-4.2, p<0.001
Divulgación	24.2 7.1	24.4 7.2	t=-0.1, p=0.84
Aspectos positivos	9.3 4.0	7.7 3.4	t=2.1, p=0.03
Total	60.2 13.8	65.8 13.7	t=-2.0, p=0.04
<i>Estigma por psiquiatras (media, D.E.)</i>			
Discriminación	28.1 7.5	33.6 9.5	t=-3.3, p=0.001
Divulgación	24.5 7.3	24.1 7.0	t=0.2, p=0.77
Aspectos positivos	8.6 3.8	8.2 3.7	t=0.4, p=0.63
Total	61.2 13.2	66.0 14.5	t=-1.7, p=0.08
<i>Estigma por personal de enfermería (media, D.E.)</i>			
Discriminación	28.6 8.4	33.1 8.9	t=-2.6, p=0.01
Divulgación	23.5 7.5	25.3 6.6	t=-1.2, p=0.21
Aspectos positivos	8.7 4.0	8.0 3.4	t=0.9, p=0.36
Total	60.9 14.5	66.4 12.8	t=-2.0, p=0.04

Para las participantes que identificaron a los médicos como fuente de estigma, fue mayor el estigma internalizado en todas las dimensiones, con excepción de la dimensión de *Divulgación*. Para el caso de los psiquiatras como fuente de estigma, solo hubo mayor estigma en términos de *Discriminación*, al igual que para aquellas que percibieron al personal de enfermería, que adicionalmente tuvieron un mayor estigma internalizado global.

11. DISCUSIÓN.

En cuanto a la hipótesis general, es probable que la falta de diferencia entre grupos con alto y bajo estigma internalizado respecto a las características demográficas y clínicas se deba a que la mayoría de las participantes se encuentran en el promedio de edad en el cual usualmente existe exacerbación de síntomas del TLP, aunque también sería posible que estas características demográficas fueran independientes del nivel de estigma internalizado y que el nivel de estigma esté más relacionado con otras características.

Respecto a las características demográficas y clínicas de nuestra muestra, la edad promedio, escolaridad (aproximadamente preparatoria terminada), estado civil (la mayoría sin pareja) y ocupación (sin remuneración al momento del estudio), concuerdan con reportes de estudios previamente publicados (Gunderson, G. J. & Berkowitz, 2003; Widiger, 2016). Esto podría reflejar las consecuencias de características asociadas al trastorno, pues los pacientes con diagnóstico de TLP tienden a presentar dificultades en cuanto a la interacción social , además de reaccionar de manera impulsiva al presentar dificultades interpersonales (Labonte & Paris, 1993), cuestiones que podrían interferir de manera importante al momento de establecer relaciones de pareja o para mantener una actividad laboral o vocacional.

En cuanto a las características clínicas y la hipótesis general, a pesar de que existen investigaciones que reportan relación entre los altos niveles de estigma internalizado con los trastornos mentales en general, es posible que en nuestra muestra esta característica no fuera significativa al ser una población perteneciente a una institución de tercer nivel, en donde en general el nivel de estigma internalizado es mayor en comparación con la misma población pero de centros de segundo o primer nivel de atención. Además, el estigma internalizado se ha correlacionado de manera positiva con la gravedad del padecimiento, por lo cual podría ser esperable que en las participantes con alto estigma internalizado tuvieran mayor gravedad en cuanto a conductas negativas tales como autolesiones, pensamientos y sentimientos, así

como en la inestabilidad emocional, aunado a la posibilidad de que el mayor nivel de estigma internalizado comprometa el apego al tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, empeorando así el curso del trastorno.

Respecto a las comorbilidades psiquiátricas, se ha reportado en investigaciones previas alta coexistencia con trastornos depresivos y de ansiedad (Ekselius et al., 2001), de manera principal, lo cual no diferente en nuestra muestra. Además de lo anterior, respecto a otras comorbilidades, las más reportadas fueron el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y el trastorno por consumo de alcohol, que han sido ampliamente descritas en la literatura como estrechamente relacionadas al diagnóstico de TLP: en algunos estudios se ha encontrado que los trastornos por consumo de alcohol añadidos a diagnósticos en el Eje I son más prevalentes en pacientes con TLP y TEPT comórbidos, en comparación con pacientes solamente con TEPT. De manera adicional, existe evidencia de que hasta el 88 % de los pacientes con diagnóstico de TLP presentan antecedente de abuso durante la infancia, exponiéndose este como un componente importante para el desarrollo de las características inherentes al TLP, relacionándolo ampliamente con el TEPT en algunos casos (Nicki, 2016).

A pesar de que no se encontraron diferencias al comparar las características demográficas y clínicas entre pacientes con alto y bajo estigma internalizado, se encontró que las participantes con alto estigma internalizado presentaban mayor gravedad total, así como en conductas negativas y en sentimientos y pensamientos, en la escala BEST. Al ser una institución con gran cantidad de usuarias con este diagnóstico, hay que resaltar la posibilidad de que el estigma internalizado (en este caso estigma internalizado moderado) afecte en los rubros previamente mencionados. Además, se ha reportado que los pacientes con diagnóstico de TLP presentan mayor disfunción asociada al curso crónico y a los mayores niveles de estigma internalizado, en comparación a pacientes que buscan atención para trastornos del Eje I; la mayoría inicia a presentar sintomatología en la adolescencia. Esto es importante ya que en la adolescencia se carece de un sentido del self único, haciéndolo vulnerable a incorporar críticas negativas hacia problemas y emociones, provocando que las interacciones negativas los afecten más intensamente que en otros grupos de edad, y posteriormente presentando dificultad en las relaciones interpersonales (Cathoor et al., 2015). Las actitudes estigmatizantes y negativas hacia personas con diagnóstico de TLP pueden llevar a perder

oportunidades de trabajo, educación y la posibilidad de formar un hogar (Aviram et al., 2006); también es común que lleguen a desarrollar depresión, aislarse socialmente y desarrollar una pobre autoestima (Camp et al., 2002; Latalova et al., 2015).

En otro estudio del 2014 (Ociskova et al.) se compararon grupos de pacientes con diagnóstico de depresión, TLP y ansiedad, encontrando que en pacientes con TLP el nivel de estigma internalizado se correlacionaba positivamente con el uso de sustancias. Además de lo anterior, los pacientes con este diagnóstico han reportado que llegan a retrasar su atención debido a conductas estigmatizantes, el estigma relacionado a conductas autolesivas, a las múltiples hospitalizaciones y a que curso crónico del trastorno produce a lo largo del tiempo disminución de la calidad de vida y posibilidades de integrarse de manera exitosa a la sociedad (Proctor, 2007; Veysey, 2014). Con todo lo previamente descrito, cabe la posibilidad de que el estigma internalizado tenga un papel importante en el desarrollo de las comorbilidades reportadas, además de que posiblemente tenga importancia en cuanto al desarrollo vocacional, laboral, en las relaciones interpersonales y en la calidad de vida en general.

En cuanto a las hipótesis específicas, la principal fuente de estigma internalizado reportada fue por parte de los familiares: al ser una población que se encuentra en el pico de la sintomatología del diagnóstico y por lo tanto en etapas tempranas de la atención clínica, muchos de los familiares (quienes fungen como red de apoyo principal) se encuentran poco informados sobre cómo actuar en situaciones donde la sintomatología presenta exacerbaciones, amén de la falta de información de la población general acerca de este trastorno. Todo ello podría explicar algunas conductas y actitudes negativas y estigmatizantes hacia los pacientes por parte de su red de apoyo, que resultó una importante fuente de estigma, y que debido a su cercanía es probable que los pacientes le tomen mayor importancia que a otras las fuentes investigadas.

El hecho de que el estigma internalizado tuviera puntuaciones mayores para amistades en comparación con familiares podría ser explicado porque las pacientes presenten mayor habituación ante comentarios o conductas estigmatizadoras de parte los familiares que de las amistades. Además, al tener un mayor vínculo afectivo hacia los primeros, es posible que los familiares tengan mayor tolerancia ante comportamientos negativos por parte de las

pacientes, por lo cual, a pesar de ser la fuente percibida con mayor frecuencia, la puntuación del estigma internalizado fue menor para los familiares en comparación con la de las amistades, que obtuvo la mayor puntuación total. Al respecto, es posible que en la relación interpersonal con amistades el vínculo afectivo sea menor respecto a la familia, permitiendo que se realicen expresiones menos condescendientes ante los comportamientos negativos realizados por las pacientes, lo cual podría llevar a una mayor percepción del rechazo, aumentando los niveles de estigma internalizado. El factor de falta de información prevalente en la población general respecto al trastorno puede también contribuir a las expresiones de este grupo incrementar el estigma percibido.

En cuanto a las fuentes de estigma relacionadas con las puntuaciones de la Escala de Estigma de King, la segunda fuente reportada fue los familiares, observándose mayor puntuación en el área de divulgación, lo cual concuerda con otros estudios previamente realizados. La mayoría de los familiares de una persona con algún trastorno mental posee la misma información que la población general, presentando estereotipos negativos tales como que una persona con un trastorno mental esta “loca” o que carece de credibilidad (Hamilton et al., 2014; Morgan et al., 2017). Además, usualmente se desalienta a los pacientes a buscar intervención psiquiátrica al iniciar los síntomas, razón por la cual se tiende a ocultar el diagnóstico, a aislarse y evitar comunicar los síntomas a terceros (Latalova et al., 2015). Relacionado a lo anterior, Rüsche describe que la divulgación del trastorno puede conllevar a rechazo o pobre apoyo social, inclusive en circunstancias familiares, llevando al paciente a una pérdida de autonomía, comportamiento sobreprotector o abuso físico y verbal por parte de familiares, mientras que la secrecía puede proteger de este tipo de conductas asociándose, sin embargo, a desenlaces negativos en cuanto al bienestar general (Rüsche et al., 2014).

Respecto a amistades, el estigma internalizado fue mayor en todas las áreas, a excepción de aspectos positivos. Existen estudios en donde se ha referido que la discriminación es lo más comúnmente experimentado en cuanto a relaciones interpersonales, siendo reportado del 33-50 % por parte de amigos (Morgan et al., 2017; Thornicroft et al., 2014). La forma más comúnmente percibida por pacientes con trastorno psiquiátrico es el distanciamiento social, esto variando desde reducción en el contacto social o exclusión de ciertos eventos. También existen estudios en donde se ha reportado que al revelar el diagnóstico psiquiátrico se ha

reportado hasta en un 25.8 % el distanciamiento o la pérdida de relación interpersonal, lo cual puede tener un impacto importante en el comportamiento, funcionamiento y red de apoyo del paciente con diagnóstico con TLP, además de que la pérdida de relación con una persona percibida como confiable o como fuente de apoyo podría exacerbar características inherentes al trastorno (Rüsch et al., 2014). Respecto a los dos grupos anteriores, es de importancia mencionar la dificultad para mantener el apoyo, aceptar la divulgación del diagnóstico y alentar a la búsqueda de atención. En algunos estudios se expone que la red de apoyo cercana al paciente puede padecer en ocasiones estigma por parte de terceros; en el caso de familiares, pueden ser directamente culpados por las alteraciones mentales de los pacientes o se puede ver al núcleo como un núcleo familiar problemático (Catthoor et al., 2015). También se ha reportado que los cuidadores o apoyo cercano de pacientes con TLP experimentan estigma asociado al diagnóstico, en ocasiones reportando negligencia o negativa a la atención, lo cual puede tener efectos deletéreos en la relación con el paciente (Seigerman et al., 2020). El estigma previamente descrito y que se llega a presentar en la red de apoyo cercana puede llegar a tener efectos negativos en cuanto a actitudes, pensamientos y emociones de familiares y amigos, perpetuando la estigmatización hacia los pacientes.

Respecto a otras fuentes de estigma, un aspecto importante es el laboral o vocacional. El aspecto laboral se ha identificado como la prioridad por usuarios de servicios de salud mental (Caltaux, 2003; Evans & Repper, 2000). En nuestra muestra, concordante con otros estudios, se describe mayor discriminación en este aspecto. Existen estudios donde los empleadores expresan que muy probablemente no considerarían a una persona con trastornos mentales como empleado, además de que se les llega a percibir como incompetentes, con incapacidad para enfrentarse a problemas y poco responsables, o que requieren supervisión constantemente. Estos estereotipos negativos llevan a conductas discriminatorias que reducen la oportunidad de los pacientes para conseguir trabajo. Además, estas experiencias negativas tienen efectos deletéreos en los pacientes, quienes llegan a aceptar discriminación, abuso por parte de otros empleados y finalmente asumiendo el papel de incompetente y dejando de buscar oportunidades de trabajo (Caltaux, 2003; Juurlink et al., 2019).

Otro aspecto importante relacionado al bienestar en general es la salud física y mental. Respecto a médicos de otras especialidades, en nuestra muestra se relacionó con mayor

discriminación y aspectos positivos. Es posible que, al ser población con atención principalmente psiquiátrica, sea más fácil para nuestra población aceptar el trastorno, posiblemente teniendo mayor conocimiento de este que la población general. En cuanto a la discriminación percibida por personal de salud, existen investigaciones que reportan que los síntomas y comportamientos inherentes al TLP llegan a causar reacciones emocionales fuertes por parte del personal de hospital, además de que son vistos como pacientes exclusivamente psiquiátricos (Gunderson, 2011; Veysey, 2014); y frecuentemente vistos como manipuladores. Aunado a lo anterior, existe por parte del personal de salud una falta de empatía y entendimiento hacia las conductas autolesivas, características de estos pacientes: se han reportado conductas discriminatorias y mayores tiempos de espera por parte del personal de salud, sobre todo en el ambiente de urgencias, al presentarse el paciente con autolesiones (Lawn & McMahon, 2015; McAllister et al., 2002).

En la población estudiada fue de llamar la atención el mayor estigma internalizado global asociado a personal de enfermería y al rubro de discriminación. Es posible que al ser población con múltiples hospitalizaciones tengan contacto frecuente con el personal de enfermería, en muchas ocasiones más estrecho que el contacto con otros profesionales de la salud mental, razón por la cual es más probable que, sumado a la dificultad para las relaciones interpersonales por parte del paciente, y aunado a los prejuicios por parte del personal, se generen experiencias negativas las cuales pueden llevar a confrontaciones e interacciones negativas. Todo lo anterior, además, ayuda a confirmar los estereotipos negativos que se podrían tener, perpetuando la estigmatización de esta parte de la población. Existen estudios donde se sugiere que la dificultad para interactuar con pacientes con este diagnóstico proviene en gran medida del estigma relacionado al diagnóstico (Aviram et al., 2006). Además, se les ha etiquetado como poco confiables, manipuladores y que “hacen las cosas para llamar la atención” (Veysey, 2014). También existen investigaciones en donde se expone que el personal de enfermería ve el comportamiento de estos pacientes como deliberado, en lugar de verlo como parte del trastorno, lo que resulta en menor empatía y el distanciamiento del paciente (Bland & Rossen, 2005; Gallop et al., 1989). Bodner (2011, 2015) ha encontrado que entre mayor fuera la atribución de control de estos comportamientos se relacionaba inversamente a la presencia de empatía, y que el personal de enfermería expresaba menor empatía y menor respuesta hacia estos pacientes, en comparación con

psicólogos y psiquiatras, además de reportar que llegan a expresar frustración, impaciencia y enojo al momento de tratar a estos pacientes. Otros estudios reportan que el personal de enfermería reporta mayor empatía y se perciben con una mayor utilidad en pacientes con depresión, en comparación con pacientes con diagnóstico de TLP (Sansone & Sansone, 2013).

Ahora, ¿es posible que un especialista de la salud mental tenga conductas discriminatorias hacia los pacientes con este diagnóstico? Parece que la respuesta es afirmativa: en nuestra población se relacionó la discriminación con los psiquiatras como fuente de estigma, lo cual es similar a otros estudios previamente reportados.

A pesar de que el personal de salud no figuró entre fuentes más frecuentemente reportadas, para nuestra muestra el estigma internalizado fue mayor en médicos psiquiatras y personal de enfermería en comparación a las otras fuentes estudiadas. Es posible que esta menor frecuencia reportada se deba a que al ser una relación principalmente profesional la mayor parte de las veces se opta por mantener la profesionalidad dentro del tratamiento, razón por la cual estas fuentes no se perciban como estigmatizadoras por parte de las participantes. Sin embargo, a pesar de no ser reportada como una fuente frecuente, presenta una mayor puntuación de estigma internalizado; nuevamente, esto podría ser explicado por la falta de vínculo afectivo en la relación. Además, parte del abordaje profesional conlleva expresar apreciaciones más objetivas, sobre todo dentro del ámbito de la evolución y del tratamiento, lo cual podría aumentar la percepción de rechazo por parte de las pacientes. A pesar de poseer más información que la población en general respecto al trastorno, es bien sabido que las interacciones con estos pacientes generan de manera frecuente respuestas negativas de contratransferencia, lo cual, aunado a la falta de entrenamiento y de recursos específicos para pacientes con este trastorno, podría también generar expresiones negativas ante estas pacientes.

Tal parece que estos estereotipos negativos comienzan a constituirse en etapas tempranas de la formación universitaria: estudiantes de medicina y practicantes de medicina general concuerdan con que los pacientes psiquiátricos son “difíciles”, lo cual puede llegar a tener un impacto a futuro: son pocos los médicos que eligen realizar la especialidad de psiquiatría (Gray, 2002). De manera paradójica, se ha visto que los psiquiatras son más tolerantes hacia

pacientes psicóticos que hacía pacientes con diagnóstico de TLP. Estas actitudes están en su mayoría moldeadas por la educación universitaria, en donde se hace énfasis en que hay mayor gravedad en pacientes con trastornos psicóticos, ya que se atribuye que no tienen control sobre sus acciones, contrario a los pacientes con trastornos de personalidad, a quienes se atribuye tienen control sobre sus acciones y pensamientos. Es común que el diagnóstico se utilice en términos peyorativos, inclusive como una manera de devaluarse entre miembros del personal (Latalova et al., 2015). Además, se entiende el trastorno como sinónimo de falla terapéutica, lo que genera una respuesta incomoda o negativa en el personal y quienes utilizan el diagnóstico como una excusa para sus comportamientos, aceptando que una vez con el diagnóstico establecido les es más difícil realizar una evaluación objetiva. También existen estudios en donde se reportan conductas discriminatorias importantes, tales como desestimar quejas o sugerencias realizadas hacia terapeutas y psiquiatras, ya que se ve al paciente como manipulador o exagerado (Potter, 2006; Veysey, 2014).

12. CONCLUSIONES.

El diagnóstico de TLP se relaciona de manera estrecha al estigma internalizado y a la estigmatización por parte de terceros. Múltiples investigaciones refieren que el personal de salud, familiares y red de apoyo cercano, tienden a presentar reacciones y acciones negativas hacia estos pacientes, en comparación con pacientes con otros trastornos psiquiátricos (Commons Treloar, 2009; Gallop et al., 1989).

A pesar de que no existen muchos estudios que relacionen el estigma internalizado con los proveedores de atención de salud mental, en específico con psiquiatras, los pocos estudios publicados reportan que a pesar de tener la información teórica acerca del TLP, esta información no basta al momento de brindar atención a este tipo de usuarios. A pesar de que la mayoría del personal hospitalario de una instancia de salud mental ha tenido contacto con un paciente con este diagnóstico por lo menos una vez al mes, la gran mayoría prefiere catalogarlos como pacientes difíciles, mientras que solo un tercio admite que no se cuentan con los recursos entre el personal para llegar al manejo y tratamiento correcto de estos pacientes.

Es imperativo entonces abarcar las cuestiones que pueden llevar a conductas estigmatizantes por parte de personal de salud y la red de apoyo cercana al paciente: brindar psicoeducación de manera constante, tanto a familiares como a la red de apoyo cercana del paciente; concientizar a profundidad desde la educación universitaria a profesionales de la salud; y finalmente, abordar estrategias para el manejo de respuestas de contratransferencia que este tipo de pacientes pudieran generar en el equipo de trabajo, durante el abordaje en una institución de salud mental.

Todo el personal médico, especialmente los médicos psiquiatras, tienen la obligación de considerar sus actitudes, conocimientos y estrategias, con las cuales se pueda promover el entendimiento hacia el paciente, además de estar conscientes del estigma asociado a este trastorno, el cual se asocia a que el paciente puede tener pobres desenlaces, sobre todo en funcionalidad y adaptación social.

13. LIMITACIONES.

Al ser un estudio transversal, no se puede evaluar de manera prospectiva la relación entre las características demográficas y clínicas con el nivel de estigma y cómo posiblemente este tenga relación con la gravedad de la enfermedad y desenlaces, por lo cual estas mediciones quedan limitadas a una vez en el tiempo. Tampoco se cuenta con algún registro relacionado a los estereotipos y conductas negativas por parte de las fuentes de estigma que se pueda relacionar a los niveles de estigma internalizado reportados por las participantes.

14. BIBLIOGRAFÍA

- Akiskal, H. S. (2004). Demystifying borderline personality: Critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(6), 401–407. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00461.x>
- Alonso, J., Buron, A., & Rojas-Farrera, S. (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, 118, 180–186. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.006>
- Angel, B., Cooke, A., & Kovak, K. (2005). On the stigma of mental illness, strategies for research and social change. *American Psychiatry Association*, 57, 1048. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.7.1048>
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: Similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 526–534. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0676-6>
- Association, A. P. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, Washington : Panamericana. ISBN 978-0-89042-551-0, <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14, 249–256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
- Bar-Tal, D. (1989). Delegitimization: The Extreme Case of Stereotyping and Prejudice, *Stereotyping and Prejudice* (169–182). Nueva York : Springer. ISBN 978-1-4612-8165-8, https://doi.org/10.1007/978-1-4612-3582-8_8
- Beatson, J. A., & Rao, S. (2013). Depression and borderline personality disorder. *The Medical Journal of Australia*, 199, S24–S27. <https://doi.org/10.5694/mja12.10474>
- Sadock, B. J. , M., Sadock, V. A., & Ruiz, P. M. (2015). Comprehensive Textbook of Psychiatry, Philadelphia: Wolters Kluwer, ISBN 978-1-60913-971-1
- Black, K., Peters, L., Rui, Q., Milliken, H., Whitehorn, D., & Kopala, L. C. (2001). Duration of untreated psychosis predicts treatment outcome in an early psychosis program. *Schizophrenia Research*, 47(2–3), 215–222. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(00\)00144-4](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(00)00144-4)
- Bland, A. R., & Rossen, E. K. (2005). Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(5), 507–517. <https://doi.org/10.1080/01612840590931957>
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 548–555. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.10.004>

- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T., & Iancu, I. (2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, *15*, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0380-y>
- Bonnington, O., & Rose, D. (2014). Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder: A critical realist analysis. *Social Science and Medicine*, *123*, 7–17. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.048>
- Brune, M. (2016). Why “fast and furious”? *Evolution, Medicine and Public Health*, *2016* (10), 52–66. <https://doi.org/10.1093/emph/eow002>
- Caltaux, D. (2003). Internalized stigma: a barrier to employment for people with mental illness. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, *10*(12), 539–541. <https://doi.org/10.12968/bjtr.2003.10.12.13437>
- Camp, D. L., Finlay, W. M. L., & Lyons, E. (2002). Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social Science and Medicine*, *55*(5), 823–834. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00205-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00205-2)
- Catthoor, K., Hutsebaut, J., Schrijvers, D., Feenstra, D., & Sabbe, B. (2015). Adolescents with personality disorders suffer from severe psychiatric stigma: evidence from a sample of 131 patients. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, *2015* (6), 81–89. <https://doi.org/10.2147/ahmt.s76916>
- Chanen, A. M. (2011). Outcomes in women diagnosed with borderline. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry / Journal de l'Académie Canadienne de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, *20*(3), 168–174. PMID 21804845
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C., & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, *15* (6), 487–495. <https://doi.org/10.1521/pedi.15.6.487.19190>
- Cloninger, C. R. (1993). A Psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, *50* (12), 975–990. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>
- Cloninger, C. R. (1999). A new conceptual paradigm from genetics and psychobiology for the science of mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *33*, 174–186. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1999.00533.x>
- Commons Treloar, A. J. (2009). A qualitative investigation of the clinician experience of working with borderline personality disorder. *New Zealand Journal of Psychology*, *38*(2), 30–34.
- Corrigan, P., & Bink, A. (2005). The stigma of mental illness. *Encyclopedia of Mental Health*, *4*, 230–234. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00170-1>

- Corrigan, P. (2006). Shame, blame and contamination : A review of mental illness stigma on family members. *Journal of Family Psychology*, 20, 239–246. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.239>
- Crocker, J. S. (1998). Stigma. *Handbook of social psychology*, 5, 504–553. ISBN 9780470561119, <https://doi.org/10.1002/9780470561119>
- Crocq, M. A. (2013). Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 147–153. doi 10.31887/DCNS.2013.15.2/macrocq
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135 (3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- De Fruyt, F., Van De Wiele, L., & Van Heeringen, C. (2000). Cloningers Psychobiological Model of Temperament and Character and the Five - Factor Model of Personality. *Personality and Individual Differences*, 29 (3), 441–452. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00204-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00204-4)
- Dickens, G. L., Hallett, N., & Lamont, E. (2015). Interventions to improve mental health nurses' skills, attitudes, and knowledge related to people with a diagnosis of borderline personality disorder: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 114–127. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.019>
- Ekselius, L. (1994). SCID II interviews and the SCID Screen questionnaire as diagnostic tools for personality disorders in DSM-III-R. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 120–123. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb01566.x>
- Ekselius, L., Tillfors, M., Furmark, T., & Fredrikson, M. (2001). Personality disorders in the general population : DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences*, 30, 311–320. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00048-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00048-9)
- Ertugrul, A., & Ulug, B. (2004). Perceptions of stigma among patients with schizophrenia. *Social Psychiatry*, 37, 73–77. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0697-9>
- Evans, J., & Repper, J. (2000). Employment, social inclusion and mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(1), 15–24. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00260.x>
- Feinstein, A. (1985). *Clinical epidemiology: The architecture of Clinical Research*, Philadelphia : W. B. Saunders, ISBN 9780721613086
- Flores Reynoso, S., Medina Davalos, R., & García Robles, R. (2010). Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Salud Mental*, 34, 333–339. ISSN 0185-3325.
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1, 9. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-9>

- Friedman, H. (1982). Simplified determinations of statistical power, magnitude of effect and research sample size. *Educational and Psychological Measurement*, 42, 521–526. <https://doi.org/10.1177/001316448204200214>
- Gallop, R., Lancee, W. J., & Garfinkel, P. (1989). How nursing staff respond to the label “borderline personality disorder.” *Hospital and Community Psychiatry*, 40(8), 815–819. <https://doi.org/10.1176/ps.40.8.815>
- Goodman, M., Tomas, I. A., Temes, C. M., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., & Zanarini, M. C. (2017). Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 11(3), 157–163. <https://doi.org/10.1002/pmh.1375>
- Gove, W. (1973). The stigma of mental hospitalization. An attempt to evaluate its consequences. *Archives of General Psychiatry*, 28(4), 494–500. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1973.01750340034005>
- Gramball, A. (2016). Self stigma in borderline personality disorder cross sectional comparison with schizophrenia spectrum disorder , mayor depressive disorder and anxiety disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2439–2448. <https://doi.org/10.2147/NDT.S114671>
- Grant, B. F. (2008). Prevalences, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from WAVE 2 National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 533–545. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>
- Gray, A. J. (2002). Stigma In Psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95, 72–76. <https://doi.org/10.1258/jrsm.95.2.72>
- Guendelman, S., Garay, L., & Miño, V. (2014). Neurobiología del trastorno de personalidad límite. *Revista Médica de Chile*, 142, 204–210. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872014000200009>
- Guizar D., Fresán A., Saracco R., Escamilla R., Almanza F., Robles-García R. (2015). Personality traits and internalized stigma in patients with schizophrenia. *Salud Mental*, 35 (4), 339- 344. ID: lil-675572
- Gunderson, J. G. (2011). Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder: Psychopathology and Function From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827–837. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Gunderson, John G., & Berkowitz, C. (2003). An Introduction to Borderline Personality Disorder. *National Education Alliance for Borderline Personality Disorder*, 1–11.
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 10, 830–839. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30286-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30286-x)
- Hamilton, S., Lewis-Holmes, E., Pinfold, V., Henderson, C., Rose, D., & Thornicroft, G. (2014). Discrimination against people with a mental health diagnosis: Qualitative

- analysis of reported experiences. *Journal of Mental Health*, 23(2), 88–93. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.880408>
- Hatzenbuehler, M. (2008). How does stigma gets under the skin? *The Mediating Role of Emotional Regulation*, 23, 1–7. doi 10.1111/j.1467-9280.2009.02441.x
- James, P. D., & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), 670–678. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01157.x>
- Jones, E. E. (1984). Contemporary relationships. Social stigma : The psychology of marked relationship, *American Sociological Association*, 14(3), 401-402 . <https://doi.org/10.2307/2071381>
- Jowett, S., Karatzias, T., & Albert, I. (2019). Multiple and interpersonal trauma are risk factors for both post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: A systematic review on the traumatic backgrounds and clinical characteristics of comorbid post-traumatic stress disorder/border. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 6, 43–47. <https://doi.org/10.1111/papt.12248>
- Juurink, T. T., Vukadin, M., Stringer, B., Westerman, M. J., Lamers, F., Anema, J. R., Beekman, A. T. F., & Van Marle, H. J. F. (2019). Barriers and facilitators to employment in borderline personality disorder: A qualitative study among patients, mental health practitioners and insurance physicians. *PLoS ONE*, 14(7), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220233>
- Kernberg, O. (1992). Borderline conditions and Pathological Narcissism (J. Aronson Ed.). Philadelphia: Rowman & Littlefield Publishers. ISBN 978-0876681770
- Kerr, L. K. (2004). The 'borderline' as the sociocultural origin of borderline personality disorder—and psychiatry. *Ethical Human Psychology & Psychiatry*, 6, 201–205.
- King, M. (2007). The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 190, 248–254. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.024638>
- Knight, R. P. (1953). The borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17, 1–12. <https://psycnet.apa.org/record/1954-01153-001>
- Kronja, T. (1960). On the personality. *Vojnosanitetski Pregled. Military-Medical and Pharmaceutical Review*, 17, 282–287. PMID 14412152
- Labonte, E., & Paris, J. (1993). Life Events in borderline personality disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 638–640. <https://doi.org/10.1177/070674379303801003>
- Latalova, K., Ociskova, M., Prasko, J., Sedlackova, Z., & Kamaradova, D. (2015). If You Label Me, Go with Your Therapy Somewhere! Borderline Personality Disorder and Stigma. *European Psychiatry*, 30, 1520. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(15\)31175-5](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(15)31175-5)
- Lawn, S., & McMahon, J. (2015). Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*,

22(7), 510–521. <https://doi.org/10.1111/jpm.12226>

Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Lancet, F. L. (2011). Borderline Personality Disorder. *Lancet*, 377, 74–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)

Lindgren, B.-M., & Oster, I. (2011). ‘They don’t understand...you cut yourself in order to live.’ Interpretative repertoires jointly constructing interactions between adult women who self-harm and professional caregivers. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well Being*, 6, 3. <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i3.7254>

Linehan, M. M. (2012). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder: Guilford Publications*, Guilford Press, ISBN 9780898621839

Link, B. G. (1987). Stigma power. *Social Science and Medicine*, 103, 24–32. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.035>

Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter. *American Journal of Sociology*, 92, 1461–1500. <https://doi.org/10.1086/228672>

Link, B. G., Cullen, F. T., & Struening, E. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54, 400. <https://doi.org/10.2307/2095613>

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 177–190. <https://doi.org/10.2307/2955424>

Links, P. S., Steiner, M., Offord, D. R., & Eppel, A. (1988). Characteristics of borderline personality disorder: A Canadian study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 336–340. <https://doi.org/10.1177/070674378803300504>

Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 71(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>

Magliano, & De Rosa, L. (2004). Belief of psychiatric nurses about schizophrenia: A comparison with patients relatives and psychiatrists. *International Journal of Psychiatry*, 50, 319–330. <https://doi.org/10.1177/0020764004046073>

Markowitz, F. (1999). The Effects of Stigma on the Psychological Well-Being and Life Satisfaction of Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 335–347. <https://doi.org/10.2307/2676342>

Mazzanti, M. (2011). Declaracion de Helsinki , principios y valores bioeticos en juego en la investigación médica con seres humanos. *Revista Colombiana de Bioética*, 6, 125–144.

<https://doi.org/10.18270/rcb.v6i1.821>

- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W., & Farrugia, C. (2002). Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), 578–586. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02412.x>
- McCarthy, J., Prettyman, R., & Friedman, T. (1995). The stigma of Psychiatric Inpatient Care. *Psychiatric Bulletin*, 19, 349–351. <https://doi.org/https://doi.org/10.1192/pb.19.6.349>
- Miller, S. G. (1994). Borderline personality disorder from the patient's perspective. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 1215–1219. <https://doi.org/10.1176/ps.45.12.1215>
- Millon, T., & Davis, R. (2006). Trastorno límite de la personalidad.(J. Wiley Ed.), *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*, 2da., 120–125, España : John Wiley & Sons, ISBN 84-458-0993-8
- Morgan, A. J., Reavley, N. J., Jorm, A. F., & Beatson, R. (2017). Discrimination and support from friends and family members experienced by people with mental health problems: findings from an Australian national survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(11), 1395–1403. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1391-z>
- Nehls, N. (1998). Borderline Personality Disorder: gender stereotypes, stigma and limited system of care. *Issues in Mental Health Nursing*, 19, 97–112. <https://doi.org/10.1177/070674379303801003>
- Nehls, N. (1999). Borderline personality disorder: The voice of patients. *Research in Nursing and Health*, 22(4), 285–293. [https://doi.org/https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199908\)22:4<285::AID-NUR3>3.0.CO;2-R](https://doi.org/https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199908)22:4<285::AID-NUR3>3.0.CO;2-R)
- Nicki, A. (2016). Borderline personality disorder, discrimination, and survivors of chronic childhood trauma. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 9(1), 218–245. <https://doi.org/10.3138/ijfab.9.1.218>
- Ntshingila, N., Poggenpoel, M., Myburgh, C. P. H., & Temane, A. (2016). Experiences of women living with borderline personality disorder. *Health SA Gesondheid*, 21, 110–119. <https://doi.org/10.4102/hsag.v21i0.1017>
- Ociskova, M., Prasko, J., Kamaradova, D., Grambal, A., Latalova, K., & Sigmundova, Z. (2014). Relationship between internalized stigma and treatment efficacy in mixed neurotic spectrum and depressive disorders. *Neuroendocrinology Letters*, 35(8), 711–717. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(15\)31261-x](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(15)31261-x)
- Ottati, V. (2005). Social Psychological Models of Mental Illness Stigma. *American Psychological Association*, 99, 99–128. <https://doi.org/10.1037/10887-004>
- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B., & Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *Journal of Psychiatric Research*, 44(16), 1190–1198. [10.1016/j.jpsychires.2010.04.016](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.04.016)

- Paredes Márquez, H. M., Jiménez Trejo, G., & Vázquez Estupiñan, M. F. (2012). Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricos. *Revista Especializada En Ciencias de La Salud*, 15(2), 88–92.
- Pearce, J., Jovev, M., Hulbert, C., McKechnie, B., McCutcheon, L., Betts, J., & Chanen, A. M. (2017). Evaluation of a psychoeducational group intervention for family and friends of youth with borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 1–7. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0056-6>
- Perseus, K. i., Kåver, A. ., Ekdahl, S., Åsberg, M., & Samuelsson, M. (2007). Stress and burnout in psychiatric professionals when starting to use dialectical behavioural therapy in the work with young self-harming women showing borderline personality symptoms. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), 635–643. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01146.x>
- Pfohl, B. (2009). Reliability and validity of the borderline evaluation of severity over time (BEST): A self rated scale to measure Severity and change in persons with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 3, 281–293. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.3.281>
- Philo, G. (1996). *Media and Mental Distress*. Cambridge University Press. <https://doi.org/doi.org/10.1192/S0007125000259710>
- Potter, N. N. (2006). What is manipulative behavior, anyway? *Journal of Personality Disorders*, 20(2), 139–156. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.2.139>
- Proctor, G. (2007). *Disordered boundaries? A critique of 'borderline personality disorder'*, Beyond fear and control : working with young people who self harm (Spandler H, Warner S. Ed) Trowbridge, UK, Cromwell Press.
- Quenneville, A. F., Badoud, D., Nicastro, R., Jermann, F., Favre, S., Kung, A. L., Euler, S., Perroud, N., & Richard-Lepouriel, H. (2020). Internalized stigmatization in borderline personality disorder and attention deficit hyperactivity disorder in comparison to bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 262(September), 317–322. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.053>
- Rosenfield, S. (1997). Labelling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62, 660–667. <https://doi.org/10.2307/2657432>
- Rüsch, N., Brohan, E., Gabbidon, J., Thornicroft, G., & Clement, S. (2014). Stigma and disclosing one's mental illness to family and friends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(7), 1157–1160. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0871-7>
- Rüsch, N., Lieb, K., Bohus, M., & Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma, empowerment, and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *Psychiatric Services*, 57, 399–402. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.3.399>
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013). Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(5–6), 39–43. PMID: PMC3719460

- Scheff, T. J. (1974). The labelling theory of mental illness. *American Sociological Review*, 39, 444–452. <https://doi.org/10.2307/2094300>
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 142–150. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.02444.x>
- Schwecke, L. (2009). Childhood sexual abuse, PTSD and borderline personality disorder : Understanding the connections. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47, 4–6. <https://doi.org/10.3928/02793695-20090527-05>
- Seigerman, M. R., Betts, J. K., Hulbert, C., McKechnie, B., Rayner, V. K., Jovev, M., Cotton, S. M., McCutcheon, L., McNab, C., Burke, E., & Chanen, A. M. (2020). A study comparing the experiences of family and friends of young people with borderline personality disorder features with family and friends of young people with other serious illnesses and general population adults. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00128-4>
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. (2016). The Stigma of Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 18, 1–7. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0654-1>
- Shulze, B. (2009). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19, 137–155. <https://doi.org/10.1080/09540260701278929>
- Simmons, D. (1992). Gender issues and borderline personality disorder: Why do females dominate the diagnosis? *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(4), 219–223. [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(92\)90063-O](https://doi.org/10.1016/0883-9417(92)90063-O)
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of Hope , Theory, Measures and Applications*, Academic Press. ISBN 978-0125640505
- Stern, B. L., & Yeomans, F. (2018). The Psychodynamic Treatment of Borderline Personality Disorder: An Introduction to Transference-Focused Psychotherapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 41, 207–223. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.01.012>
- Stuart, H. (2004). Stigma and work. *HealthcarePapers*, 5, 100–111. <https://doi.org/10.12927/hcpap..16829>
- Szczęśniak, D., Kobyłko, A., Wojciechowska, I., Kłapciński, M., & Rymaszewska, J. (2018). Internalized stigma and its correlates among patients with severe mental illness. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 2599–2608. <https://doi.org/10.2147/NDT.S169051>
- Thornicroft, C., Wyllie, A., Thornicroft, G., & Mehta, N. (2014). Impact of the “like Minds, Like Mine” anti-stigma and discrimination campaign in New Zealand on anticipated and experienced discrimination. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(4), 360–370. <https://doi.org/10.1177/0004867413512687>
- Twenge, J., Catanese, K., & Baumeister, R. (2002). Social exclusion causes self- defeating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 606–615.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.3.606>

- Veysey, S. (2014). People with a borderline personality disorder diagnosis describe discriminatory experiences. *New Zealand Journal of Social Sciences*, 9(1), 20–35. <https://doi.org/10.1080/1177083X.2013.871303>
- Wang, K., Link, B. G., Corrigan, P. W., Davidson, L., & Flanagan, E. (2018). Perceived provider stigma as a predictor of mental health service users' internalized stigma and disempowerment. *Psychiatry Research*, 259, 526–531. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.036>
- Watson, A. C., Ottati, V., & Corrigan, P. W. (2003). From whence comes mental illness stigma? *International Journal of Social Psychiatry*, 49, 142–157. <https://doi.org/10.1177/0020764003049002007>
- Widiger, A. (2016). *Epidemiology Personality of Borderline Disorder*. 42(February), 1015–1021.
- Williams, J. B., & Gibbon, M. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) II. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630–636. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820080038006>
- Winsper, C. (2018). The aetiology of borderline personality disorder (BPD): contemporary theories and putative mechanisms. *Current Opinion in Psychology*, 21, 105–110. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.10.005>
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood Experiences Associated with the Development of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 89–101. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70145-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70145-3)
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-Year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 274–283. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.274>
- Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 245–252. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(99\)90123-2](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90123-2)

15. ANEXOS.

15.1 Anexo 1 (Consentimiento informado)



Estigma internalizado en mujeres con trastorno límite de la personalidad : Características clínicas y demográficas del padecimiento de acuerdo con el nivel alto y bajo de estigma.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Esta es una invitación a participar en un estudio de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Por favor lea cuidadosamente la siguiente información para decidir libremente sobre participar, cualquier duda será contestada a la brevedad.

Objetivo del estudio:

En este estudio se van a comparar algunas características individuales tales como edad, sexo, estado civil, escolaridad, entre otras, así como los **síntomas** del trastorno límite de la personalidad y su gravedad, en relación a las creencias negativas que una persona con este trastorno tiene de sí misma. Para este objetivo se **aplicarían a cada participante** una entrevista y unos cuestionarios sobre los datos previamente mencionados.

Pasos a seguir:

Cada participante sería entrevistado por un profesional de la salud sobre las manifestaciones del **trastorno límite de la personalidad**, algunas características individuales y de dónde se perciben mayores juicios o **críticas** por tener este trastorno; además se **contestaría** un cuestionario sobre estigma internalizado (**esto significa tener** creencias negativas sobre uno mismo). El tiempo para la aplicación de los **cuestionarios** es de 60 a 90 minutos aproximadamente, lo cual se **podría** realizar en una o dos sesiones a conveniencia o elección de **la participante**. La participación no **implicaría** costo o gasto alguno para **ninguna participante**. La participación es voluntaria, por lo que se puede decidir colaborar o no en el estudio y se puede retirar en cualquier momento, sin afectar la atención habitual en la institución.

Riesgos:

1. Al abordar algunos temas mediante la entrevista y cuestionarios del estudio la participante podría sentirse emocionalmente incómoda, si es así, la investigadora principal **hablaría con la participante** hasta que se estabilice. Siempre se puede decidir terminar la participación en el estudio por esta o cualquier otra causa.

Beneficios:

1. **Se le brindaría** información por medio de dos trípticos sobre el estigma internalizado y trastorno límite de la personalidad y se **explicarían** de forma verbal aspectos sobre los mismos temas.
2. Como beneficio indirecto, los resultados de este estudio **aportarían nueva información** al conocimiento sobre las características de las personas que tienen el trastorno límite de la personalidad, sus síntomas, el grado de estigma internalizado que perciben y de donde lo perciben. Esto podría ayudar a mejorar la atención que se brinde a otras personas que tengan este padecimiento.



Confidencialidad:

Todos los datos serán confidenciales. Los registros se realizarán mediante un código de números para su identificación y manejo. Ningún dato personal aparecerá en los reportes o publicaciones de los resultados de este estudio. Esta información se encontrará resguardada en un equipo electrónico, el cual se encontrará protegido con una contraseña confidencial, dicho equipo electrónico se encontrará bajo resguardo en un gabinete con seguro dentro de la institución. Esta información se podrá utilizar el tiempo que dure este estudio (aproximadamente dos años) y serán eliminados posteriormente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de que se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta durante la investigación.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin que esto afecte mi atención en esta institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además recibí una copia de la carta de consentimiento.

Autorizo la consulta de mi expediente clínico, por única ocasión para fines del presente estudio de investigación:

SI NO

Nombre del Participante **Firma** **Fecha**

Nombre Testigo 1 **Firma** **Fecha**

Nombre del Testigo 2 **Firma** **Fecha**

Elia Mireya Solís Villegas (Investigador) **Firma** **Fecha**

Si tengo dudas o requiero información adicional respecto al estudio, puedo comunicarme con la Dra. Elia Mireya Solís Villegas , localizada en el consultorio 1 módulo D de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101 colonia San Lorenzo Huipulco delegación Tlalpan. De las 08:00 a las 17:00 horas . Teléfono : 5541605000 Ext. 5278 Correo: eliasolv@imp.edu.mx.



2020
LEONA VICARIO



15.2 Anexo 2 (Aprobación CEI)



Ciudad de México a 20 de julio de 2020
Número de Registro CONBIOÉTICA-09-CEI-010-20230316
IRB00006105; IORC0005093; FWA00011992

Dra. Elia Minerva Solís Villegas
Investigador Principal
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Calzada México-Xochimilco No. 101,
Col. San Lorenzo Huipulco,
Alcaldía de Tlalpan
Ciudad de México

Por este medio, me permito informarle que el proyecto titulado: "Estigma internalizado en mujeres con trastorno límite de la personalidad: (características clínicas y demográficas del padecimiento de acuerdo con el nivel alto y bajo de estigma", a su cargo, cumple con los requisitos éticos y metodológicos especificados en el Formato de inicio del Comité de Ética en Investigación y Consentimiento Informado, por lo cual ha sido

APROBADO

Número de aprobación CEI/020/2020 y vigencia de dos años, 20 de julio de 2020 al 20 de julio de 2022.

El proyecto deberá realizarse cumpliendo con los aspectos éticos y metodológicos aprobados y notificar cualquier modificación o enmienda al mismo.

Si la duración del estudio es mayor de lo esperado, solicitar la re-aprobación del mismo, con un informe de los avances y resultados parciales de la investigación.

Una vez finalizada la investigación deberá enviar a este Comité una carta de aviso de cierre.

Atentamente,

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
C. E. APROBADO

Dra. Lilia Mondragón Barrios
Presidente del Comité de Ética en Investigación

C.c.p Dra. Mónica Flores Ramos, Directora de Enseñanza y presidente del Comité de Tesis. -Presente.

Dr. Gerardo B. Ramírez Rodríguez, Secretario Técnico del Comité de Investigación. -Presente

C.P. Alejandra Tafolla Valdovinos, Responsable de la Unidad Contable de Recursos de Terceros. -Presente

Calz. México Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, C.P. 14370, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México
Tel: (55) 4160-5050 www.inprf.gob.mx



2020
LEONA VICARIO

15.3 Anexo 3. (Formato de datos sociodemográficos y fuentes de estigma)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Estigma internalizado en mujeres con trastorno límite de la personalidad : Características clínicas y demográficas del padecimiento de acuerdo con el nivel alto y bajo de estigma



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
CAMIÓN DE LA FUENTE MUÑE

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha : _____

Código : _____

DATOS GENERALES :

Edad : _____ años

Escolaridad : _____ años de estudio.

Estado civil :

Ocupación :

Soltera (1)

Desempleada (1)

Casada (2)

Dedicada al hogar (2)

Divorciada (3)

Estudiante (3)

Viuda (4)

Empleada (4)

DATOS CLÍNICOS

Comorbilidad :

Sin comorbilidades No (0) Si (1) En caso afirmativo:

Trastorno depresivo No (0) Si (1) ¿Cuál? _____

Trastorno de ansiedad No (0) Si (1) ¿Cuál? _____

Otros trastornos No (0) Si (1) ¿Cuál? _____

Antecedente de intento de suicidio : No (0) Si (1) Conductas autolesivas No (0) Si (1)

Numero de intentos suicidas previos : _____ Antecedentes de hospitalizaciones psiquiátricas : No (0) Si (1)

Número de hospitalizaciones : _____ Edad a la primera hospitalización _____ años

Antecedente de violencia sexual : No (0) Si (1)



FUENTES DE ESTIGMA INTERNALIZADO

Indique si usted percibe estigma por parte de las siguientes fuentes y circule el grado de intensidad del estigma internalizado (0 es nada de intensidad y 10 es demasiada intensidad) :

1. Médicos psiquiatras : No (0) Si (1)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Demasiado

2. Personal de enfermería: No (0) Si (1)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Demasiado

3. Médicos de otras especialidades : No (0) Si (1)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Demasiado

4. Familiares : No (0) Si (1)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Demasiado

5. Amistades : No (0) Si (1)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Demasiado

6. Compañeros de trabajo/ escuela : No (0) Si (1)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Demasiado



Completion Date 08-Dec-2019
Expiration Date 07-Dec-2022
Record ID 34462427

This is to certify that:

Elia Mireya Solís

Has completed the following CITI Program course:

Not valid for renewal of certification through CME.

Biomedical Research - Basic/Refresher

(Curriculum Group)

Biomedical Research

(Course Learner Group)

1 - Basic Course

(Stage)

Under requirements set by:

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz



Verify at www.citiprogram.org/verify/?wd091d3eb-36f4-43f4-a704-9fccdfc151d2-34462427



Completion Date 02-Jun-2020
Expiration Date N/A
Record ID 36845036

This is to certify that:

Elia Mireya Solís

Has completed the following CITI Program course:

Information Privacy Security (IPS)

(Curriculum Group)

Researchers

(Course Learner Group)

1 - Basic Course

(Stage)

Under requirements set by:

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz



Verify at www.citiprogram.org/verify/?w1405333ab-c6e4-4e83-b4f7-365b11479c00-36845036

Not valid for renewal of certification through CME.



*NO ERES UN
TRASTORNO MENTAL,
PADECES UN
TRASTORNO MENTAL.*

**SI TIENES ALGUNA
PREGUNTA NO
DUDES EN
CONTACTARNOS**



Dra. Elia Mireya Solís Villegas
Consultorio 1 Modulo D de Consulta
Externa del Instituto Nacional de
Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz,
ubicado en la calzada México-
Xochimilco No. 101 col. San Lorenzo
Huipulco delegación Tlalpan.
De las 08:00 a las 17:00horas
Teléfono: 5541605000 Ext. 5278
Correo : eliasolv@imp.edu.mx



**TRASTORNO
LÍMITE DE LA
PERSONALIDAD**

Instituto Nacional de
Psiquiatría Ramón de la
Fuente Muñiz

15.5 Anexo 5. (Tríptico TLP)

¿QUÉ ES EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD?

El trastorno límite de la personalidad es un trastorno mental que consiste en dificultad para manejar las emociones y el comportamiento, un patrón de relaciones inestables, miedo intenso al abandono y problemas de autoimagen. Esto puede impactar en la forma que la persona piensa sobre sí misma y sobre los demás y dificultar la manera en la que se relaciona. Por lo general inicia en la edad adulta temprana y puede ir mejorando con la edad, así como con intervenciones farmacológicas y terapéuticas.



ALGUNOS SÍNTOMAS

Algunos de los síntomas que se pueden presentar en el trastorno límite de la personalidad son:

- Miedo intenso al abandono
- Relaciones intensas e inestables
- Comportamientos impulsivos y riesgosos
- Amenazas o conductas suicidas
- Autolesiones
- Sentimientos continuos de vacío
- Enojo intenso e inadecuado

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Los diagnósticos de personalidad se diagnostican en base a varias consultas detalladas con un profesional de la salud mental, se pueden aplicar diversos cuestionarios y evaluaciones, además de realizar una historia clínica detallada.

En cuanto al tratamiento existen diversos tipos de fármacos que pueden ayudar con algunos síntomas, otra parte importante acerca del tratamiento es la psicoterapia la cual dependiendo del tipo puede ayudar a regular emociones, disminuir impulsividad y mejorar las relaciones interpersonales. En algunos casos específicos se requiere la hospitalización.

AFRONTAMIENTO Y APOYO


CONSEGUIR APOYO PROFESIONAL

- Informate con un profesional de la salud mental acerca del trastorno, para preguntar sobre las causas y tratamientos de este.
- Asiste a todas las sesiones de terapia, además de seguir de manera adecuada el tratamiento farmacológico.
- Colabora con tu profesional de la salud mental para elaborar un plan sobre que hacer la próxima vez que ocurra una crisis.

CONSTRUYE

- Construye una red de apoyo a partir de personas que puedan lograr entenderte y ayudarte.
- Considera brindar información a familia o personas cercanas para así ayudarlos a entender sobre el trastorno.

RECUERDA : NO TE CULPES POR EL TRASTORNO Y RESPONSABILIZATE EN LA DECISIÓN DE BUSCAR TRATAMIENTO.




**¿SI TIENES
PREGUNTAS
ACERCA DEL TEMA
NO DUDES EN
CONTACTARNOS!**


**¿QUÉ ES EL
ESTIGMA
INTERNALIZADO?**

Instituto Nacional de
Psiquiatría Ramón de la
Fuente Muñiz

**¡ RECUERDA : NO ERES UN
TRASTORNO MENTAL ,
PADECES UN TRASTORNO
MENTAL!**

Dra. Elia Mireya Solís Villegas
Consultorio 1 Modulo D de Consulta Externa
del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón
de la Fuente Muñiz, ubicado en la calzada
México- Xochimilco No.101 col. San Lorenzo
Huipulco delegación Tlalpan.
De las 08:00 a las 17:00 horas.
Teléfono : 5541605000 Ext. 5278
Correo : eliasolv@imp.edu.mx

 **SALUD**
SECRETARÍA DE SALUD

 **INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ**



¿QUÉ ES EL ESTIGMA ?

Es un atributo que es devaluador y que degrada y rebaja a la persona portadora del mismo. El estigma se manifiesta de tres maneras:

1. Estereotipos : Creencias, ideas u opiniones acerca de un grupo de personas.
2. Prejuicios: Opinión preconcebida, negativa hacia algo o alguien.
3. Discriminación :Comportamientos de rechazo hacia un grupo determinado de personas

¿QUÉ ES EL ESTIGMA INTERNALIZADO ?

Es cuando una persona tiene creencias negativas sobre si mismo, llegando a creer los estereotipos y prejuicios que tienen las personas hacia él y su padecimiento

¿COMO AFECTA EL ESTIGMA INTERNALIZADO?

- Llegar a la creencia de que no se podrá superar la situación.
- Dificultad para llevar una vida independiente.
- Resistencia a buscar ayuda o tratamiento profesional



COMBATE EL ESTIGMA INTERNALIZADO

INFÓRMATE

Busca información acerca del padecimiento, identifica los signos o síntomas que interfieren con tu vida personal y busca asesoramiento profesional para aprender a sobrellevarlos.

APEGATE AL TRATAMIENTO

No permitas que estas creencias negativas interfieran con la manera en la que llevas tu tratamiento. Busca apoyo profesional cuando lo requieras y acude a tus citas con regularidad.

NO TE AISLES

Recuerda que tus familiares o amigos pueden ofrecerte apoyo si conocen acerca del padecimiento.