



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

***ASOCIACIÓN ENTRE LA GRAVEDAD SINTOMÁTICA,  
LA REGULACIÓN EMOCIONAL Y EL ESTIGMA  
INTERNALIZADO EN PACIENTES CON TRASTORNO  
LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.***

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

**ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA**

P R E S E N T A

**EDWIN SANDOVAL CONTESTABLE.**

Asesor teórico: Dr. Iván Arango De Montis

Asesor metodológico: Dra. Ana Fresán Orellana

Mayo de 2020

Cd.Mx.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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

<b>1. ANTECEDENTES.....</b>	<b>4</b>
1.1. Trastorno límite de la personalidad .....	4
1.1.1 <i>Criterios diagnósticos</i> .....	5
1.1.2 <i>Epidemiología</i> .....	6
1.2. Desregulación emocional.....	7
1.3. Estigma.....	9
1.2.1 <i>Estigma público</i> .....	9
1.2.2 <i>Estigma internalizado</i> .....	10
1.2.3 <i>Modelos de estigma de las enfermedades mentales</i> .....	10
1.2.3.1 <i>Modelos cognitivos individuales</i> .....	11
1.2.3.2 <i>Modelos motivacionales</i> .....	11
1.2.3.3 <i>Modelos institucionales y estructurales</i> .....	12
1.2.4 <i>Implicaciones del estigma en la enfermedad mental</i> .....	14
1.4. Trastorno límite de la personalidad y estigma .....	14
<b>2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>16</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>16</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
4.1. <i>Objetivo general</i> .....	17
4.2. <i>Objetivos específicos</i> .....	17
<b>5. HIPOTESIS GENERAL.....</b>	<b>17</b>
<b>6. MÉTODOS.....</b>	<b>18</b>
6.1. Metodología.....	18
6.1.1 <i>Tipo de estudio</i> .....	18
6.2. Población en estudio, selección y tamaño de la muestra .....	18
6.3. Criterios de selección.....	18
6.3.1. <i>Criterios de inclusión</i> .....	18
6.3.2. <i>Criterios de exclusión</i> .....	19
6.3.3. <i>Criterios de eliminación</i> .....	19
6.4. Variables en estudio. ....	19

6.5.Escalas e instrumentos de evaluación .....	20
6.5.1.Formato de datos sociodemográfico. ....	20
6.5.2.Escala de Dificultades en la Regulación Emocional ( <i>Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS</i> ). ....	21
6.5.3.Escala de Estigma Internalizado de King ( <i>EES</i> ).....	21
6.5.4.Escala de Evaluación de Severidad en el tiempo del trastorno límite de personalidad ( <i>Borderline Evaluation of Severity Over Time - BEST</i> ).....	22
6.6.Recolección de datos.....	23
6.6.1.Procedimiento.....	<b>23</b>
6.7.Análisis estadístico .....	23
<b>7.CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>24</b>
<b>8.RECURSOS Y CRONOGRAMAS .....</b>	<b>25</b>
8.1. Recursos Humanos: .....	25
8.2. Recursos Materiales: .....	25
8.3. Cronograma de Actividades.....	25
<b>9. RESULTADOS .....</b>	<b>26</b>
9.1 Características demográficas y clínicas de la muestra.....	26
9.2 Estigma internalizado y agrupación de los pacientes .....	26
9.3 Características demográficas y clínicas de acuerdo con el nivel de estigma internalizado .....	27
9.4 Gravedad sintomática y regulación emocional de acuerdo con el nivel de estigma internalizado .....	29
<b>10.DISCUSIÓN.....</b>	<b>35</b>
<b>11.CONCLUSIÓN.....</b>	<b>37</b>
<b>12.REFERENCIAS .....</b>	<b>38</b>

## **1. ANTECEDENTES**

### **1.1. Trastorno límite de la personalidad**

Hace años, hablar de un paciente “límite” en psiquiatría, conllevaba a una inseguridad diagnóstica, pues se les catalogaba de esta manera a aquellos individuos cuyo diagnóstico no era muy claro para el clínico, ya que se caracteriza por una mezcla de síntomas tanto psicóticos como neuróticos, los cuales no permitían identificar estas características clínicas en una sola categoría diagnóstica, llegando a pensar que estos estaban en el límite entre la neurosis y la psicosis, por lo que empleaban esta denominación. En el ámbito psicodinámico se habla de una “estructura u organización límite de la personalidad” refiriéndose ésta a un proceso que se gesta desde la infancia en donde bajo condiciones adversas (caracterizadas por traumas crónicos, abuso o negligencia parental, una mala combinación entre el temperamento del niño y la sintonía parental o capacidades empáticas, y/o una carga genética para el temperamento agresivo), las frustraciones presentadas al niño abrumaban el desarrollo de los sistemas de afrontamiento. Resultando en una división defensiva en la experiencia de las figuras parentales en la que las buenas experiencias y representaciones de esas figuras se mantienen separadas en la mente de las experiencias y representaciones malas, frustrantes y con una valencia emocional general negativa y matizada por la agresión. Los autores realmente piensan en estas representaciones internas como “relaciones”, es decir, una representación del yo, vinculado por un afecto, a una representación de otro. Estas son relaciones internas, todas codificadas en la psique de manera temprana en la vida a través del impacto de interacciones reales, muy marcadas, que, debido al impacto de los procesos inconscientes (deseos, miedos, fantasías), pueden tomar una naturaleza exagerada ya que están internalizados en la psique. A su vez, estas representaciones internas, en cierta medida, distorsionan las experiencias reales de relación basadas en las propias expectativas, deseos y miedos internos (Stern & Yeomans, 2018)

Además del modelo anterior existe el modelo biosocial descrito por Marsha Linehan, el cual propone que el mayor problema dentro del trastorno límite de la personalidad es la desregulación emocional, la cual surge a partir de la interacción entre una predisposición biológica y el contexto ambiental invalidante durante el desarrollo personal. La desregulación emocional se debe a una vulnerabilidad emocional y por el uso de estrategias de modulación emocional ineficientes y de la cual se hablara posteriormente más a profundidad (M. M. Linehan, 2012).

Viendo al trastorno desde una perspectiva conductual-contextual, se le considera como un severo patrón de evitación experiencial donde:

- A. La interacción de condiciones biológicas (como la inestabilidad afectiva o impulsividad) e histriónicas (adversidad interpersonal y maltrato continuo).
- B. Lo anterior resulta en la presencia de severos episodios de rigidez cognitiva (que varían desde la ideación paranoide, pensamiento polarizado y dificultades para cambiar de perspectivas) y experiencias emocionales intensas o inusuales (como reexperimentación traumática, ira o experiencias disociativas).
- C. Asociándose esto último a comportamientos impulsivos (autolesiones, abuso de sustancias, anorexia, promiscuidad, etcétera) que funcionan para aliviar el malestar psicológico pero amenazan la sobrevivencia, satisfacción de objetos, capacidad para vincularse con otras personas, el establecimiento de la identidad, y promueven el surgimiento y mantenimiento de sentimientos crónicos de vacío (Albores-Gallo, Vargas, Zavaleta, & de la Peña, 2017).

A pesar de los modelos antes mencionados, en general, los autores concuerdan en que el trastorno se caracteriza por una pobre integración de la identidad, defensas primitivas, límites relativamente firmes entre el objeto y el sí mismo y una prueba de realidad relativamente intacta llevando a los individuos con estas características a presentar ciertos aspectos psicológicos entre ellos: desregulación crónica de las emociones, inestabilidad de la autoimagen y de la identidad, inestabilidad en las relaciones interpersonales y pobre control de los impulsos (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5*, 2013; Guendelman, Garay, & Miño, 2014).

#### 1.1.1 Criterios diagnósticos

Según el DSM, Quinta Edición, (DSM-5), para recibir un diagnóstico del trastorno límite de la personalidad, una persona debe demostrar un patrón duradero de comportamiento que incluya inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5*, 2013):

- 1) Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginario (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 caracterizan 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 las conductas autolesivas).
- 5) Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
- 6) Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (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 (exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- 9) Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

### 1.1.2 Epidemiología

Está presente en el 1 - 3% de la población general y, clínicamente, es el trastorno de personalidad más comúnmente diagnosticado, presente en el 10% de los pacientes en entornos ambulatorios, 15-20% de los pacientes hospitalizados, y 30-60% de aquellos diagnosticados con trastornos de la personalidad (Carpenter & Trull, 2013; Lenzenweger, Lane, Loranger, & Kessler, 2007; Trull, Jahng, Tomko, Wood, & Sher, 2010; Widiger & Trull, 1993).

La relación hombre/mujer es 3:1, con una incidencia de los 19 a los 34 años. Se presenta en todas las culturas del mundo (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011). El 75% de los pacientes se autolesionan; de ellos, dos tercios iniciaron con las conductas autolesivas en la adolescencia (17.3 años SD: 6.2) y el 90% lo hace repetidamente. Las autolesiones aumentan el riesgo de suicidio 15 a 30 veces. Los actos suicidas son ambivalentes. El promedio de intentos es del 3%. El riesgo de suicidio de estima del 3 al 10%. El suicidio ocurre en 1 de cada 23 personas (Zanarini et al., 2006).

Se ha prestado poca atención al estudio de los factores asociados con la gravedad del TLP. Los pocos estudios sobre este tema resaltan el trauma infantil como un factor importante, que se ha relacionado no solo con la gravedad de los síntomas de TLP, sino también con algunos indicadores de gravedad, como el deterioro psicosocial y los

intentos suicidas. Este es un punto relevante, ya que el trauma infantil es muy común en sujetos con TLP. Entre el 30% y el 90% de estos sujetos informan haber sufrido algún tipo de evento traumático en la infancia. Específicamente, los estudios retrospectivos sobre abuso infantil en TLP describen tasas de abuso sexual entre 40% y 71%, abuso físico entre 25% y 73% y abuso emocional entre 13% y 76%. De hecho, el trauma infantil se considera el principal factor ambiental involucrado en el desarrollo de TLP. El trauma infantil, sin embargo, no siempre conduce a la psicopatología. Algunas revisiones han informado que alrededor del 30% de las víctimas de abuso sexual no presentarán problemas psiquiátricos como adultos. Hay datos aún más optimistas. Spataro et al. (2004) mostraron que solo el 12,4% de los sujetos que habían sufrido abuso sexual en la niñez buscaron tratamiento psiquiátrico futuro (Spataro, Mullen, Burgess, Wells, & Moss, 2018) y Collishaw et al. (2007) describieron que el 44,5% de los niños maltratados no informan psicopatología durante un período de 30 años (Collishaw et al., 2007). En el estudio de Widom et al. (2009) solo el 14,9% de los niños maltratados / maltratados cumplieron con los criterios de TLP como adultos, y la relación entre el trauma infantil y el TLP estuvo mediada por otros factores, como tener un padre con un trastorno de uso de sustancias, el nivel educativo o los criterios de reunión abuso de sustancias, trastorno depresivo mayor o trastorno por estrés postraumático (Widom, Czaja, & Paris, 2009), esto último podría asociarse a que existen algunos otros factores tanto predictores de desarrollo y severidad que faltan por estudiarse (Martín-Blanco et al., 2014).

Esta condición se asocia a considerable discapacidad y comorbilidades psiquiátricas, siendo las más frecuentes: los trastornos del ánimo (17,2%), los trastornos de ansiedad (14,8%) y los trastornos por consumo de sustancias (9,5%) (Grant et al., 2008; Guendelman et al., 2014).

## **1.2. Desregulación Emocional**

La regulación emocional se puede definir como tener control no solo sobre cómo y cuándo, sino también la intensidad y la valencia positiva / negativa con la que se sienten, experimentan y expresan las emociones. Las emociones y su regulación ocurren continuamente a lo largo del tiempo y pueden incluir cambios en tres dominios: comportamiento, experiencia y fisiología. (Gross., 2002). Los seres humanos tenemos la capacidad de regular las respuestas a las emociones planificando con anticipación para seleccionar o modificar las situaciones emocionalmente intensas o centrándonos en la respuesta una vez que se ha experimentado una emoción. El despliegue atencional puede determinar en qué aspecto de una situación se está enfocando y puede provocar distracción (que puede disminuir la conciencia e intensidad de las emociones negativas) o rumiación (lo que puede aumentar su prominencia, persistencia e intensidad) (Dvir,

Ford, Hill, & Frazier, 2014). Aunque no hay consenso sobre la definición de desregulación emocional, podemos definirla como un déficit en la capacidad de modular la experiencia y la expresión de las emociones y para mantener un comportamiento dirigido a objetivos en presencia de un afecto negativo intenso (Herr., Zachary, J., & Karen, 2013).

Se ha propuesto por varios teóricos, que la desregulación emocional juega un papel principal en la etiología y el desarrollo del trastorno límite de la personalidad (TLP). De acuerdo con estos modelos teóricos, las transacciones entre la disposición biológica innata de un individuo hacia la intensa reactividad emocional y los insumos ambientales invalidantes contribuyen a los déficits en la adquisición de habilidades efectivas para regular estas intensas experiencias emocionales. A su vez, los déficits en las capacidades de regulación emocional contribuyen a afectos aún más intensos y variables (es decir, inestabilidad afectiva) y cogniciones, conductas y relaciones interpersonales desreguladas. Dado el papel teorizado de la desregulación de la emoción en la psicopatología del desarrollo del trastorno límite de la personalidad, los déficits en la capacidad para enfrentar y modular eficazmente el afecto también pueden servir para mantener las características del trastorno a lo largo del tiempo (Stepp et al., 2014).

Según Linehan, el TLP es principalmente un trastorno de la desregulación de la emoción y surge de las transacciones entre individuos con vulnerabilidades biológicas e influencias ambientales específicas. La disfunción propuesta por Linehan es una de desregulación amplia en todos los aspectos de la respuesta emocional. Como consecuencia, las personas con TLP tienen (a) una mayor sensibilidad emocional, (b) incapacidad para regular las respuestas emocionales intensas, y (c) un retorno lento a la línea de base emocional. Además, desde la perspectiva de Linehan, la construcción de la emoción (y por lo tanto de la desregulación de la emoción) es muy amplia e incluye procesos cognitivos vinculados a la emoción, bioquímica y fisiología, reacciones faciales y musculares, impulsos de acción y acciones relacionadas con la emoción. La desregulación de las emociones posteriormente conduce a patrones de respuesta disfuncionales durante eventos emocionalmente desafiantes. Dentro del mismo modelo Linehan propuso también que el desarrollo del TLP ocurre dentro de un contexto de desarrollo invalidante. Este entorno invalidante se caracteriza por la intolerancia hacia la expresión de experiencias emocionales privadas, en particular emociones que no están respaldadas por eventos observables. Además, aunque los entornos invalidantes refuerzan intermitentemente las expresiones extremas de la emoción, comunican simultáneamente al niño que tales manifestaciones emocionales son injustificadas y que

las emociones deben abordarse internamente y sin el apoyo de los padres. En consecuencia, el niño no aprende a comprender, etiquetar, regular o tolerar las respuestas emocionales, sino que aprende a oscilar entre la inhibición emocional y la labilidad emocional extrema. El niño tampoco aprende a resolver los problemas que contribuyen a estas reacciones emocionales. (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; M. Linehan, 1993)

### **1.3. Estigma**

El estigma es una fuerza social insidiosa que ha sido asociada con un sinfín de atributos, circunstancias, condiciones de salud y grupos sociales. Erving Goffman se refirió al estigma como: "un atributo que es profundamente desacreditador", una diferencia no deseada ", y algo que reduce al portador" de una persona completa y habitual a una deshonrada y contaminada (Goffman, 1963). Esta marca puede ser obvia (como el color de la piel) o sutil (como en personas homosexuales o personas con enfermedades mentales). Este tipo de imputación moral tiene efectos atroces en al menos dos niveles, lo que hemos llamado estigma público y auto estigma o estigma internalizado. El estigma público es el fenómeno de los grandes grupos sociales que respaldan los estereotipos y actúan contra un grupo estigmatizado: en este caso, las personas con enfermedades mentales. El estigma internalizado es la pérdida de autoestima y autoeficacia que ocurre cuando las personas internalizan el estigma público (P. Corrigan & Watson, 2006; P. W. Corrigan, Kerr, & Knudsen, 2005).

#### 1.2.1 Estigma Público

El estigma de las enfermedades mentales puede privar a las personas etiquetadas como "enfermas mentales" de importantes oportunidades de vida que son esenciales para alcanzar los objetivos de la vida. Dos objetivos, en particular, son fundamentales para las preocupaciones de la mayoría de las personas, incluidas las que padecen enfermedades mentales graves (P. Corrigan, 2004):

- a) Obtener empleo competitivo
- b) Vivir de forma independiente en un hogar seguro y confortable.

Claramente, los problemas de vivienda y trabajo pueden ocurrir directamente debido a las discapacidades que resultan de la enfermedad mental (P. Corrigan, 2001). Las personas con algunas enfermedades mentales a menudo carecen de las habilidades sociales y de afrontamiento necesarias para satisfacer las demandas de una fuerza laboral competitiva y una vida independiente (P. W. Corrigan et al., 2005)

Además de su papel en las preocupaciones universales del trabajo y la vivienda, el estigma también afecta a las personas con enfermedades mentales que interactúan con el sistema de justicia penal. La criminalización de la enfermedad mental se produce cuando las personas con enfermedades mentales son atendidas por la policía, los tribunales y las cárceles, en lugar del sistema de salud mental. Los fondos inadecuados para los servicios de salud mental y "ponerse duros" con las políticas delictivas han contribuido a la creciente proporción de enfermedades mentales graves en la cárcel (Watson, Corrigan, & Ottati, 2004)

### 1.2.2 Estigma internalizado

El estigma internalizado, también conocido como auto estigma, existe en el nivel individual y, en el contexto de la enfermedad mental, puede describirse como un proceso por el cual las personas afectadas apoyan los estereotipos sobre la enfermedad mental, anticipan el rechazo social, consideran que los estereotipos son relevantes y creen que son miembros de la sociedad devaluados (P. W. Corrigan et al., 2005)

Antes del inicio de la enfermedad mental, la mayoría de la gente conoce los estereotipos respaldados por la cultura sobre la enfermedad mental. Tras el diagnóstico, la conciencia del estigma puede afectar el sentido de sí mismo de una persona al menos de dos maneras. En primer lugar, las personas pueden restringir sus redes sociales en anticipación al rechazo, lo que conduce al aislamiento, el desempleo y la disminución de los ingresos. Estos "fracasos" resultan en baja autoestima y decrementos de autoeficacia (G. Link, 1987; Markowitz, 1998). En segundo lugar, las personas con enfermedades mentales pueden considerar que esas ideas estigmatizadoras son relevantes y creen que ellas mismas son menos valiosas debido a su desorden de la misma manera en que las describen los demás. El efecto neto de estos procesos lo definimos como estigma internalizado (P. Corrigan & Watson, 2006; Crocker & Major, 1989).

### 1.2.3 Modelos de estigma de las enfermedades mentales

La mayoría de los modelos actuales que explican el fenómeno del estigma de las enfermedades mentales han surgido de la ciencia conductual básica. Los modelos explicativos se pueden dividir en tres grupos generales: los que explican el estigma en términos de estructuras cognitivas naturales; modelos motivacionales que explican por qué las personas estigmatizan; modelos sociológicos que fundamentan algunas de las experiencias de estigma y discriminación en las instituciones y estructuras sociales.

### *1.2.3.1 Modelos cognitivos individuales.*

Los psicólogos sostienen que la forma en que los humanos llegan a conocer el mundo está ligada a los límites de sus estructuras y procesos cognitivos. Tres componentes que componen este modelo se describen en: estereotipos, prejuicios y discriminación. Los psicólogos sociales ven los estereotipos como estructuras de conocimiento que son aprendidas por la mayoría de los miembros de un grupo social. Los estereotipos son medios especialmente eficientes para categorizar información sobre grupos sociales (Augoustinos, Ahrens, & Innes, 1994; Esses, Haddock, & Zanna, 1994; Hilton & Von Hippel, 1996; Judd & Park, 1993; Krueger, 1996; Mullen, Rozell, & Johnson, 2018). Los estereotipos se consideran "sociales" porque representan nociones colectivamente acordadas sobre grupos de personas. Son "eficientes" porque las personas pueden generar rápidamente impresiones y expectativas de las personas que pertenecen a un grupo estereotipado. La categorización funciona como un método para que las personas organicen la gran cantidad de estímulos que se encuentran en la vida cotidiana. El hecho de que la mayoría de la gente tenga conocimiento de un conjunto de estereotipos no requiere que estén de acuerdo con ellos (Jussim, Nelson, Manis, & Soffin, 1995). Las personas con prejuicios respaldan estos estereotipos negativos ("¡así es, todas las personas con enfermedades mentales son violentas!") Y generan reacciones emocionales negativas como resultado ("¡todos me asustan!") (Devine, 1989; Hilton & Von Hippel, 1996; Krueger, 1996; Tesser, 1994). En contraste con los estereotipos, las actitudes perjudiciales implican un acuerdo con un componente evaluativo (generalmente negativo) (Allport & Mazal Holocaust, 1954; Eagly & Chaiken, 1993). El prejuicio, que es fundamentalmente una respuesta cognitiva y afectiva, puede conducir o no a la discriminación, la reacción conductual (Gilbert, Fiske, & Lindzey, 1998).

Los prejuicios que producen enojo pueden llevar a un comportamiento discriminatorio hostil (por ejemplo, dañar físicamente a un grupo minoritario) (Weiner, 1995). Los prejuicios enojados pueden llevar a retener la atención de salud mental o reemplazar la atención de salud mental por los servicios prestados por el sistema de justicia penal (P. Corrigan, 2006). El miedo también puede conducir a la evitación discriminatoria.

### *1.2.3.2 Modelos motivacionales*

Las teorías motivacionales buscan explicar por qué la gente estigmatiza, o la función que el estigma le sirve al estigmatizador. Tres motivaciones de este tipo han surgido en la literatura: la justificación del ego, la justificación grupal y la justificación del sistema. (J. T. Jost & Banaji, 1994)

Los psicoanalistas fueron de los primeros en escribir sobre la justificación del ego, lo que sugiere que el yo está protegido cuando los conflictos internos se proyectan a los grupos estigmatizados. De esta manera, el estigma sirve para proteger la autoestima de los efectos de las fallas personales. Los psicólogos sociales ampliaron la idea de la justificación del ego más allá de los mecanismos de defensa personal para incluir cualquier función que proteja las ideas, imágenes o comportamientos que reflejen el yo al proyectar estas conceptualizaciones y acciones negativas sobre los demás. La investigación sugiere que la función del estigma puede ser evitar una amenaza potencial para el propio cuerpo o para el ser psicológico posiblemente a través de la motivación para evitar el peligro de una amenaza percibida socialmente o mediante la racionalización de actitudes y discriminación negativas basadas en el grupo. (Bettelheim & Janowitz, 1965; Biernat & Dovidio, 2000; Freud, 1992; Katz & W. Braly, 1935; C. Stangor & Crandall, 2000)

Los modelos de justificación grupal pretenden que la estigmatización de un grupo externo, como aquellos con enfermedades mentales, surge para apoyar los objetivos del grupo interno. Desde una perspectiva evolutiva, estigmatizar a los grupos externos que pueden amenazar el funcionamiento efectivo del grupo interno es altamente adaptativo para la supervivencia del grupo y la transmisión de genes. Estigmatizar a los grupos externos mejora la cohesión del grupo, protege contra la contaminación y ayuda a los miembros a evitar a los socios de intercambio social pobres. (Kurzban & Leary, 2001; Neuberg, Smith, & Asher, 2000)

Otros investigadores han identificado un objetivo incluso más amplio para la justificación, argumentando que los estereotipos y los prejuicios se desarrollan para "confirmar el sistema". Una vez que un conjunto de eventos produce relaciones sociales específicas, ya sea por accidente histórico, derivación biológica, política pública o intención individual, el los arreglos resultantes se explican y justifican simplemente porque existen. (J. Jost, Kruglanski, & Simon, 1999; J. T. Jost & Banaji, 1994; Charles Stangor & Jost, 1997)

### *1.2.3.3 Modelos Institucionales y Estructurales*

El estigma y la discriminación también pueden entenderse a nivel de la sociedad en términos de las fuerzas históricas, políticas y económicas que influyen en las instituciones y los grupos sociales. Los activistas y los sociólogos hicieron la distinción entre estos niveles individuales de impacto y las causas institucionales y estructurales de prejuicio y discriminación. La discriminación institucional se manifiesta como reglas, políticas y procedimientos de entidades privadas y públicas en posiciones de poder que

restringen intencionalmente los derechos y oportunidades de las personas.(P. W. Corrigan et al., 2005; R. Friedman, 1975; Hill, 1988; Merton, 1948; PINCUS, 1996; Rights, 1981)

Los efectos de la discriminación institucional son por definición intencionales, tal vez no por la persona a cargo de la línea que lleva a cabo la política, sino por un pequeño grupo de personas poderosas en la parte superior de una institución que busca explícitamente disminuir las oportunidades de los grupos raciales o étnicos mediante aprobar leyes o reglamentos.(Hill, 1988)

Existe un conjunto separado de políticas del sector público y privado, lo que se llama discriminación estructural, cuyas consecuencias involuntarias restringen las oportunidades de los miembros de los grupos minoritarios.(Hill, 1988)

Existe evidencia de discriminación institucional contra las personas etiquetadas con enfermedad mental en los sectores público y privado. Un buen ejemplo del sector público es la actividad legislativa que restringe los derechos y las oportunidades de las personas con enfermedades mentales.(Link & Phelan, 2001)

La discriminación institucional está marcada por un intento explícito y consciente de distinguir entre grupos y retener del subconjunto estigmatizado algunos derechos y privilegios. La discriminación estructural se basa más en el efecto que en la intención, y por lo tanto es mucho más difícil de definir. De acuerdo con una visión estructural, los objetivos de grupo neutral con frecuencia no se logran porque parecen chocar con las ideologías dominantes que mantienen involuntariamente el *status quo* desigual. Dos puntos de vista dominantes son una creencia democrática en la meritocracia y un valor capitalista en costo-efectividad. La Meritocracia, significa cómo las oportunidades se deben basar en el mérito intelectual del candidato, lo cual y debido a la naturaleza y disfunción que pueden causar las enfermedades mentales, esta estructura favorece el que los pacientes con enfermedades mentales presenten menos oportunidades que aquellos individuos sin estas.(Hill, 1988; Jackman & Muha, 1984; PINCUS, 1996)

Acerca de la relación costo-efectividad, se ha visto de manera marcada que se destina menos dinero a la investigación y el tratamiento de enfermedades psiquiátricas que otros trastornos de la salud. Los salarios y los beneficios son mejores en el sector de la salud privado que es más probable que trate enfermedades relativamente benignas como trastornos de adaptación, problemas relacionales y problemas de fase de la vida, por lo que los proveedores optan por ese tipo de trabajos. Por lo tanto, la calidad de los servicios para las personas con trastornos mentales más graves es inferior a muchas otras afecciones menos graves.(Link & Phelan, 2001)

#### 1.2.4 Implicaciones del estigma en la enfermedad mental

Las investigaciones sugieren que tanto el estigma percibido como el estigma internalizado resultan en pérdidas de autoestima y autoeficacia y limitan las perspectivas de recuperación. Link et.al. (1989) evaluaron la autoestima y el estigma percibido en 70 personas con enfermedad mental grave en tres momentos: basal, 6 y 24 meses (2001). Después de controlar la autoestima de base, los síntomas depresivos, el diagnóstico y las características demográficas, los resultados mostraron que aquellos con una alta percepción de estigma (percentil 90) tenían una baja autoestima en comparación con aquellos con baja percepción de estigma percibido (percentil 10) (P. W. Corrigan et al., 2005; Link, Cullen, Struening, Shrout, & Dohrenwend, 1989).

El estigma se ha relacionado además durante décadas con un aumento en las complicaciones para el tratamiento de varios padecimientos, tanto mentales como no mentales, ya que perpetúa ciertas conductas o reacciones en los individuos que son víctimas de este. Un cuerpo emergente de literatura destaca el papel de la desregulación de la emoción como un mecanismo importante a través del cual el estigma opera para tener un impacto adverso en la salud mental y del comportamiento. Como explica Hatzenbuehler, la exposición crónica al estrés estigmático puede agotar los recursos de autorregulación, lo que socava la capacidad de los individuos para comprender y manejar sus emociones. (Hatzenbuehler, Nolen-Hoeksema, & Dovidio, 2009).

#### **1.4. Trastorno límite de la personalidad y estigma**

El estigma asociado con los trastornos de personalidad ha recibido atención limitada en comparación con el estigma en el contexto de otras enfermedades mentales. Las personas con trastornos de la personalidad tienden a experimentar sentimientos fuertes e intensos, que pueden afectar los sentimientos experimentados por los médicos, como los sentimientos de intrusión o incluso la manipulación.

La estigmatización del TLP es probablemente el resultado de varias características del síndrome. Por ejemplo, la psicoterapia con una persona que lucha con el trastorno puede incluir un comportamiento perturbador, que incluye enojo intenso, ideación suicida crónica, autolesiones e intentos de suicidio. A menudo, el nivel de funcionamiento en personas con trastorno límite de la personalidad fluctúa, avanzando muy lentamente.

Poco se sabe sobre el impacto de la estigmatización en el curso del tratamiento y sobre los resultados clínicos para las personas con TLP, sin embargo, se ha visto que este puede desempeñar un papel durante la psicoterapia al establecer preconceptos sobre

los pacientes con TLP, y puede establecer expectativas negativas a priori sobre el curso del tratamiento.

El distanciamiento por parte de los terapeutas puede contribuir inadvertidamente a la autolesión y el abandono del tratamiento. No es difícil imaginar cómo el distanciamiento emocional de un terapeuta puede iniciar inconscientemente reacciones desesperadas por parte de una persona con TLP. Por ejemplo, la sensibilidad sobre el rechazo y su asociación con ser indigno puede aumentar el autodesprecio y, en última instancia, las conductas autodestructivas. La contribución independiente del estigma asociado con TLP a estos resultados negativos es sutil y difícil de determinar en relación con la patología subyacente (Aviram, Brodsky, & Stanley, 2006).

En un estudio donde se comparó el grado de estigma internalizado entre pacientes con esquizofrenia, trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad y TLP, los pacientes con TLP no solo mostraron una mayor gravedad sintomática, evaluada mediante CGI; además, estos pacientes mostraron la tasa más alta de estigma internalizado con excepción de la subescala resistencia al estigma de la Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (ISMI) (Grambal et al., 2016). Esto sugiere que podría existir una influencia del estigma internalizado sobre la gravedad clínica del TLP, sin embargo, no se cuenta con más información u otros estudios que aborden esta asociación.

El alto estigma internalizado está relacionado con un funcionamiento más bajo en situaciones sociales y laborales (Alonso et al., 2009). La mala adaptación social (especialmente el aislamiento social) relacionada con el estigma internalizado resulta en mayor discriminación, lo que perpetúa un círculo vicioso de estigma social, estigma internalizado e inadaptación social del TLP (Kamaradova et al., 2015). Los pacientes con TLP esperan y perciben un rechazo social más fuerte que la población general (Winter, Koplin, & Lis, 2015). También muestran autoevaluaciones negativas e inestables y otras evaluaciones en comparación con individuos sanos (Winter, Koplin, Schmahl, Bohus, & Lis, 2016). Ambos podrían estar conectados con un alto nivel de estigma internalizado en este grupo de pacientes. Los problemas persistentes en las interacciones sociales, así como las relaciones interpersonales intensas e inestables, y los esfuerzos exagerados para evitar el abandono describen las características principales del TLP. (Lis & Bohus, 2013).

Una mayor gravedad de síntomas clínicos y la inadecuada adaptación social se relacionan a su vez, con la desregulación emocional característica del TLP (Stepp et al., 2014).

Hasta el momento no existen estudios que hayan abordado la asociación existente entre el estigma internalizado y la regulación emocional. Sin embargo, al ser una de las principales características asociadas a la gravedad en el TLP, podríamos esperar que el estigma internalizado influya en una inadecuada regulación emocional en TLP.

## **2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cómo se manifiesta la gravedad sintomática del TLP y la regulación emocional en pacientes con TLP con alto y bajo estigma internalizado?

## **3. JUSTIFICACIÓN**

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un padecimiento complejo, que se encuentra en una amplia proporción de la población y que tiene un tratamiento difícil y con necesidad de manejo multidisciplinario. Uno de los factores sociales que más influye en cuanto a la discapacidad que ocasiona esta enfermedad es el estigma asociado a este padecimiento, así como los estereotipos y prejuicios que se guardan en torno al individuo con TLP. Esto es en gran medida debido a los comportamientos que llega a presentar en los mayores momentos de desregulación emocional, que presentan estas personas ya que estos tienden a ser destructivos tanto para sí mismos como para las personas que los rodean, debido a los altos niveles de agresividad y poco control de impulsos que pueden presentar, llevándolos a presentar episodios de ira incontrolada, autolesiones, compras impulsivas o atracones, conductas que se ven de manera negativa en la sociedad lo cual lleva a una visión negativa en general de la persona que presenta estos problemas.

Se ha considerado que el estigma internalizado o auto estigma puede tener un efecto deletéreo sobre la presentación, el tratamiento y la evolución del TLP debido a que exagera la sintomatología al actuar como un factor directo en la gravedad de la misma debido a que genera en el individuo una sensación de aceptación de su condición de enfermo o “loco”, además de que se ha relacionado al estigma con mayor problema en el control de las emociones lo cual es uno de los factores que se ha asociado al origen del TLP.

Hasta el momento, son pocos los estudios que evalúan la forma de presentación clínica con el estigma internalizado en TP. El estudio hasta ahora publicado reporta una asociación entre ambas variables, sin embargo, la gravedad del TLP fue evaluado mediante un solo instrumento que evalúa gravedad clínica de forma global (CGI), sin especificar si hay áreas sintomáticas mayormente afectadas por el estigma. Por otro lado, no existen estudios que hayan evaluado la regulación emocional se ve afectada por el estigma internalizado en pacientes con este padecimiento.

Debido al difícil control del TLP es importante realizar esfuerzos por entender los factores que intervienen o interactúan en el desarrollo, gravedad y mantenimiento de los síntomas de la enfermedad, con la finalidad de identificar, estudiar y actuar sobre los factores sociales, psicológicos y biológicos que intervienen en evolución y pronóstico de la enfermedad y que afectan la calidad de vida de los pacientes afectados con TLP

#### **4. OBJETIVOS.**

##### **4.1. Objetivo general**

Comparar la gravedad sintomática y la desregulación emocional de pacientes con trastorno límite de la personalidad que acuden al servicio de la consulta externa del INPRF que presenten alto y bajo estigma internalizado.

##### **4.2. Objetivos Específicos**

1.- Comparar las dimensiones de la Escala de Gravedad Sintomática (BEST – dimensión de pensamientos y sentimientos, y dimensión de comportamientos negativos y comportamientos positivos) en pacientes con trastorno límite de la personalidad que acuden al servicio de la consulta externa del INPRF que presenten alto y bajo estigma internalizado

2.- Comparar las dimensiones de la regulación emocional (no aceptación de respuestas emocionales, dificultades para concentrarse en comportamientos dirigidos a la meta, dificultad en el control de impulsos, poca conciencia de emociones, acceso limitado a estrategias de regulación emocional, poca claridad de emociones) en pacientes con trastorno límite de la personalidad que acuden al servicio de la consulta externa del INPRF que presenten alto y bajo estigma internalizado.

3.- Identificar las principales dimensiones de gravedad sintomática y de regulación emocional asociadas a un mayor estigma internalizado en pacientes con trastorno límite de la personalidad que acuden al servicio de la consulta externa del INPRF que presenten alto y bajo estigma internalizado.

#### **5. HIPOTESIS GENERAL.**

Las pacientes con TLP con alto estigma internalizado mostrarán una mayor gravedad sintomática y mayores dificultades en la regulación emocional en contraste con las pacientes con TLP con bajo estigma internalizado.

## 6. MÉTODOS

### 6.1. Metodología.

#### 6.1.1 Tipo de estudio

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

- Por el objetivo del estudio: *Analítico*, ya que se realizarán análisis comparativos con los datos recabados
- Por la asignación del agente: *Escrutinio*, dado que no hay una maniobra experimental y agente es de tipo observacional
- Por la medición de un fenómeno en el tiempo: *Transversal*, donde la evaluación se realiza en una sola ocasión en el tiempo.
- Por la recolección de datos: *Prospectivo*, en el cual la información se va recabando de acuerdo con la evaluación realizada por el investigador.
- Por la población de estudio: *Homodémico*, se realizarán análisis comparativos con los mismos sujetos del estudio.

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

Los pacientes serán reclutados de la Clínica de trastorno límite de la personalidad del servicio de Consulta Externa Del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM).

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

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 requieren 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 y hombres con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad de acuerdo a criterios diagnósticos del DSM V y médico tratante

2. Pacientes con 18 años o más
3. Que estén bajo tratamiento en la Clínica de trastorno límite de la personalidad del INPRFM.
4. Que acepten participar en el estudio vía consentimiento informado.

#### 6.3.2. Criterios de exclusión:

1. Pacientes sin tratamiento farmacológico.
2. Pacientes que en el momento de la evaluación cumplan con criterios de algún trastorno psiquiátrico comórbido que impida completar los cuestionarios o que se caracterice por la desregulación emocional (trastornos por control de impulsos, trastorno psicótico, trastorno bipolar, manía o trastorno psiquiátrico de causa orgánica, discapacidad intelectual)
3. Que tengan dificultades para comunicarse y cooperar.

#### 6.3.3. Criterios de eliminación.

1. A petición del paciente o sus familiares.
2. Pacientes que no completen las evaluaciones del estudio.

#### 6.4. Variables en estudio.

Variables	Nivel de Medición	Valores
<b>Datos sociodemográficos</b>		
Edad actual	Intervalar	Años
Sexo	Nominal dicotómica	Femenino/masculino
Escolaridad	Intervalar	Años de estudio
Nivel socioeconómico	Ordinal	Estudio socioeconómico
Estado civil	Nominal	Soltero/Casado/Divorciado/Viudo
Ocupación	Nominal	Desempleo/Hogar/Estudiante/Empleado
<b>Datos Clínicos</b>		
Comorbilidad	Nominal	Sin comorbilidad/Trastorno depresivo mayor/ Trastorno de ansiedad/ Trastorno por uso de sustancias/ Otro trastorno psiquiátrico.
Intentos suicidas	Intervalar	Número de veces
Conductas autolesivas	Nominal	Si / No
Número total de hospitalizaciones	Intervalar	Número de veces
Edad a la primera hospitalización	Intervalar	Años
Tiempo total de hospitalizaciones	Intervalar	Semanas
Antecedente de violencia sexual	Nominal	Sin antecedente/con antecedente
<b>Escala de Gravedad Sintomática en Pacientes Límite (BEST)</b>		
Pensamientos y Sentimientos	Intervalar	Puntuación total de la dimensión
Comportamientos negativos	Intervalar	Puntuación total de la dimensión
Comportamientos positivos	Intervalar	Puntuación total de la dimensión
Calificación Total	Intervalar	Puntuación total de la escala

<b>Escala de Desregulación Emocional (DERS)</b>		
No aceptación de respuestas emocionales	Intervalar	Puntuación total de la dimensión
Dificultades para concentrarse en comportamientos dirigidos a la meta	Intervalar	Puntuación total de la dimensión
Dificultad en el control de los impulsos	Intervalar	Puntuación total de la dimensión
Poca conciencia de emociones	Intervalar	Puntuación total de la dimensión
Acceso limitado a estrategias de regulación emocional	Intervalar	Puntuación total de la dimensión
Poca claridad de emociones	Intervalar	Puntuación total de la dimensión
Calificación Total	Intervalar	Puntuación total de la escala
<b>Escala de Estigma de King</b>		
Subescala de Discriminación	Intervalar	Puntuación total de la dimensión
Subescala de Divulgación	Intervalar	Puntuación total de la dimensión
Subescala de Aspectos positivos de la enfermedad	Intervalar	Puntuación total de la dimensión
Calificación Total	Intervalar	Puntuación total de la escala
Alto y Bajo Estigma Internalizado	Nominal Dicotómica	Mediana de la puntuación total

## 6.5. Escalas e instrumentos de evaluación

### 6.5.1. Formato de datos sociodemográfico.

El formato de datos sociodemográficos, elaborado previamente se compone de dos áreas conformadas por varios reactivos, los cuales tienen la finalidad de registrar y concentrar la información de las principales características demográficas y clínicas de cada uno de los pacientes evaluados, con un formato de auto aplicación que no requerirá de interrogatorio por una tercera persona.

La sección de “Datos generales”, contiene los siguientes rubros: Edad actual, sexo, escolaridad de la paciente completada en años, nivel socioeconómico (basado en los parámetros empleados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente), estado civil y ocupación actual.

La sección de “Datos Clínicos” contiene los siguientes rubros: Comorbilidades como trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad, uso de sustancias o algún otro trastorno psiquiátrico, intentos suicidas, conductas autolesivas, número total de hospitalizaciones, edad de la primera hospitalización, tiempo total de las hospitalizaciones en semanas y antecedente de violencia sexual.

### **6.5.2. Escala de dificultades en la regulación emocional (Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS).**

La escala de Gratz y Roemer, Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS por sus siglas en inglés), consta de 36 reactivos y fue desarrollada originalmente para evaluar estas dificultades en adultos. En los hallazgos preliminares respecto a sus propiedades psicométricas, la DERS demostró una buena consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach=0.89), en la validez concurrente por medio de grupos contrastado se encontró una adecuada capacidad de discriminación de cada uno de los 24 reactivos ( $F=65.76$ ,  $gl=226$ ,  $p<0.05$ ), señalando que la escala discrimina adecuadamente entre puntajes extremos y en la validez externa por medio de correlaciones con medidas concurrentes todas las correlaciones fueron positivas y estadísticamente significativas ( $p<0.01$ ). En tanto, la validez predictiva se determinó con la correlación entre la DERS y dos conductas clínicas significativas: frecuencia de autolesiones y frecuencia de abuso de la pareja. Todas las subescalas de la DERS se correlacionaron significativamente con ambas conductas, con lo que quedó demostrada la capacidad predictiva de la escala. Por su parte, el análisis factorial demostró una adecuada validez de constructo con seis subescalas diferenciadas: 1. no aceptación de respuestas emocionales (No aceptación), 2. Dificultades para implementar conductas dirigidas a metas (Metas), 3. Dificultades en el control de impulsos (Impulsos), 4. Falta de conciencia emocional (Conciencia), 5. Acceso limitado a estrategias de regulación emocional (Estrategias) y 6. Falta de claridad emocional (Claridad). La categoría de no-aceptación hace referencia a la reacción negativa a las respuestas emocionales de uno mismo y de otros. La dificultad en conductas dirigidas a metas implica que las emociones interfieren con una acción efectiva hacia una meta, mientras las personas están experimentando emociones negativas. La impulsividad se refiere a los problemas para controlar el propio comportamiento cuando se experimenta una emoción con alta intensidad. Conciencia es la categoría para medir las dificultades en reconocer y darse cuenta de sus propias emociones. El acceso limitado a estrategias de regulación emocional hace referencia a la pobre percepción de habilidades para modular las emociones. Finalmente, la claridad mide las dificultades para diferenciar las emociones mientras estas son experimentadas.(Gratz & Roemer, 2004; Marín Tejeda, Robles García, González-Forteza, & Andrade Palos, 2012; Muñoz-Martínez, Vargas, & Hoyos-González, 2016)

### **6.5.3. Escala de Estigma Internalizado de King y cols. (EES)**

Es una escala auto aplicable que evalúa los sentimientos o experiencias estigmatizantes percibidos por los individuos. El instrumento consta de 28 declaraciones en una escala tipo Likert que da la opción de elegir entre totalmente de acuerdo a totalmente

desacuerdo. La escala tiene por objetivo evaluar la relación que existe entre el estigma percibido y el estigma internalizado conformando tres subescalas (discriminación, divulgación y aspectos positivos de la enfermedad mental). 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 última subescala, la 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. A mayor puntaje total más alto es el nivel de estigma internalizado del paciente. Su aplicación requiere entre 10-15 minutos. La versión en español de la EES se caracterizó por una adecuada consistencia interna, con alfas superiores a .60 en todas las subescalas. La evaluación unidimensional del constructo resultó altamente confiable, con un coeficiente de 0.87. Se obtuvieron tres factores principales congruentes con la versión original, lo que da prueba de su validez. (Flores Reynoso, Medina Dávalos, & Robles García, 2011; King et al., 2007)

#### **6.5.4. Escala de evaluación de severidad en el tiempo del trastorno límite de personalidad (Borderline Evaluation of Severity Over Time - BEST)**

La gravedad de los síntomas será evaluada mediante la escala BEST (Borderline Evaluation of Severity Over Time). La escala 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 elementos de estas subescalas tienen una clasificación de 1 (Ninguno / Leve) a 5 (Extremo). Los últimos tres elementos comprenden la subescala C (Comportamientos positivos), que califica las acciones como seguimiento de los planes de terapia. Estos artículos tienen una calificación de 5 (casi siempre) a 1 (casi nunca).

Las subescalas A y B se toman de los criterios del DSM-IV. Las dos subescalas tienen la finalidad de reconocer que los Pensamientos y Sentimientos (A) son diferentes de los Comportamientos Negativos (B) típicos del trastorno.

Para calificar la escala BEST, se determina el total para cada subescala. El puntaje total de la subescala A se sumará al puntaje total de la subescala B (A+B) y posteriormente a la suma anterior se le restará el total de la subescala C ((A+B) – C) y al resultado se le agregará un factor de corrección de 15 para obtener el puntaje final que puede oscilar

entre 12 (mejor) y 72 (peor). BEST fue diseñado para medir la gravedad en una población enferma y no fue diseñado como un instrumento de diagnóstico.(Pfohl et al., 2009). Esta escala es el instrumento que se ha utilizado ampliamente en el Instituto Nacional de Psiquiatría para medición de la severidad de los síntomas del TLP.

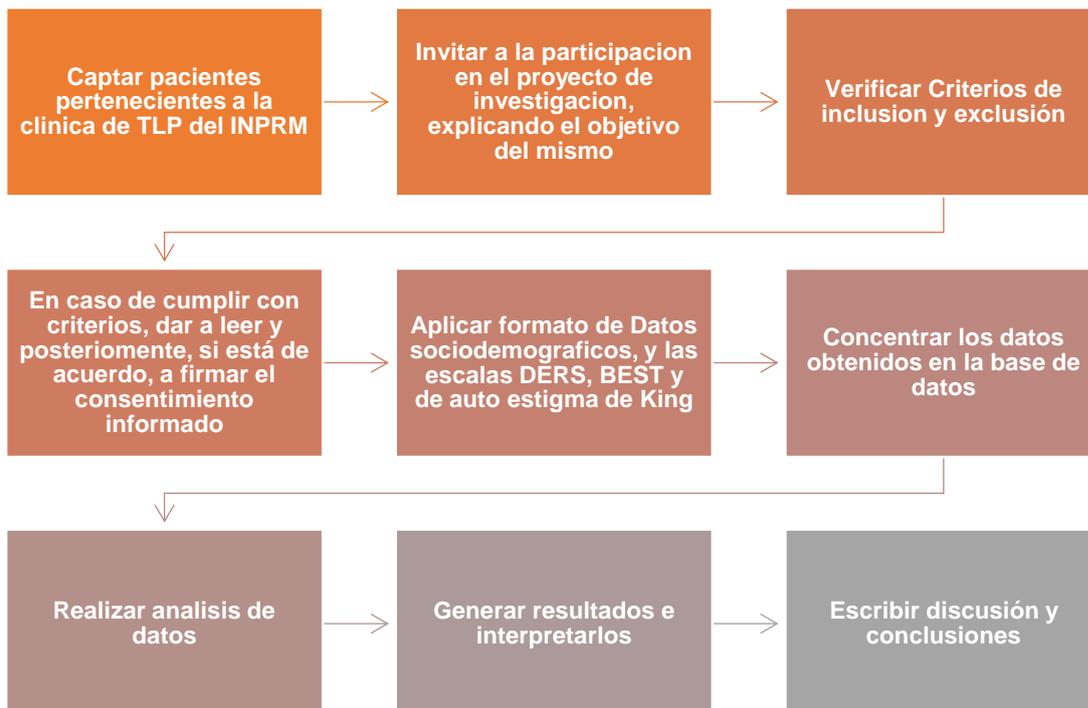
## 6.6. Recolección de datos

### 6.6.1. Procedimiento

El reclutamiento de sujetos se realizará de forma consecutiva en el servicio de trastorno límite de la personalidad del INPRFM con todo aquel paciente que cuente con el diagnóstico de TLP según los criterios del DSM 5.

Inicialmente se les explicara el objetivo del estudio, mencionando que el propósito de la investigación es conocer como el estigma internalizado pueden guardar relación con la gravedad de los síntomas del TLP.

Una vez que acepten verbalmente participar en la investigación, se les entregara la carta de consentimiento informado y posteriormente se les aplicara la escala DERS, la escala BEST y la escala de auto estigma de King.



## 6.7. Análisis estadístico

La descripción de las características demográficas y clínicas de la muestra se realizará con frecuencias y porcentajes para las variables nominales y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables intervalares. Como pruebas de hipótesis en la comparación de los pacientes con alto y bajo estigma internalizado se usarán las Chi

cuadrada para el contraste de variables nominales y la t de Student de muestras independientes para el contraste de las variables intervalares. El coeficiente de correlación de Pearson se empleó para determinar la asociación lineal entre la gravedad sintomática y la regulación emocional. El nivel de significancia estadística para las pruebas se fijará en una  $p \leq 0.05$ .

## **7. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El estudio se adapta a los principios científicos y éticos para la investigación en seres humanos de acuerdo a la Declaración de Helsinki (Human, 2001). En relación con esto el titular del proyecto se inscribió, cursó y aprobó un curso en línea de bioética del National Institutes of Health (NIH).

A todos los pacientes se les informará verbalmente de los procedimientos que se realicen y se solicitará su consentimiento por escrito para su participación en el estudio, guardando siempre su confidencialidad y pidiendo su aprobación para el reporte de los resultados. De igual forma se solicitará el consentimiento de dos testigos, para garantizar la comprensión de los procedimientos para la realización del estudio.

Los apartados que constituyen el consentimiento informado serán:

- La justificación y objetivos de la investigación
- Los procedimientos o consignas por seguir durante la investigación
- 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 y el tratamiento del paciente
- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento médico.

En relación con la confidencialidad, a cada uno de los expedientes de los pacientes que acepten participar, se les asignará un código numérico, por lo que el nombre y datos generales estarán bajo el resguardo del investigador principal y no aparecerán en ninguno de los reportes que surjan de la investigación

## 8. RECURSOS Y CRONOGRAMAS

### 8.1. Recursos Humanos:

- Presentador de tesis: Dr. Edwin Sandoval Contestabile, residente del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
- Tutora Metodológica: Dra. Ana Fresán Orellana, Investigadora en Ciencias Médicas, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
- Tutor Teórico: Dr. Iván Arango De Montis, jefe de la Clínica de trastorno límite de la personalidad Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Participantes: Se solicitará acceso a la clínica de trastorno límite de la personalidad

### 8.2. Recursos Materiales:

- Fotocopias para las escalas que se realizarán a las participantes
- Hojas blancas
- Las instalaciones del Instituto para así poder realizar las evaluaciones y aplicación de escalas.

### 8.3. Cronograma de Actividades

FECHAS	SEPTIEMBRE 2018 (R2: 2º Semestre)	DICIEMBRE 2018 (R2: 2º Semestre)	ENERO FEBRERO 2019 (R3: 1º Y 2º semestre e inicio R4)	MARZO-AGOSTO 2019 (R4: 1º semestre)
ENTREGA DE ANTEPROYECTO				
DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS Y DE ÉTICA DEL INPRFM				
RECOLECCIÓN DE MUESTRA				
CONCENTRACIÓN DE DATOS				
ANÁLISIS DE RESULTADOS				
ELABORACIÓN DE INFORME FINAL Y ENTREGA DEL PROYECTO				

## **9. RESULTADOS**

### **9.1 Características demográficas y clínicas de la muestra**

Se incluyeron un total de 88 pacientes con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad de los cuales el 85.2% (n=75) eran mujeres con una edad promedio de 31.4 años (D.E.=10.6, rango 18-61) y una escolaridad media de 15.4 años (D.E.=4.0, rango 1-27). La mayoría de los pacientes se encontraban sin pareja al momento del estudio (79.5%, n=70) y sin una ocupación económicamente remunerada (70.5%, n=62).

En cuanto a las características clínicas del padecimiento, poco menos de los pacientes habían tenido alguna hospitalización psiquiátrica a lo largo de su padecimiento (48.9%, n=43), reportando en promedio 2 hospitalizaciones (D.E.=2.9, rango 1-20). La edad de la primera hospitalización psiquiátrica fue reportada a los 24.9 años (D.E.=10.4, rango 18-53).

Un alto porcentaje de la muestra reportó haber tenido algún intento suicida previo (77.3%, n=68), con un promedio de 5 intentos (D.E.=12.2, rango 1-100) y poco más de la mitad informaron haber sufrido abuso sexual (51.1%, n=45)

El 80.7% (n=71) tuvieron alguna comorbilidad psiquiátrica, principalmente depresión (94.4%, n=67 de aquellos que reportaron comorbilidad) seguido por algún trastorno de ansiedad (73.2%, n=52).

El uso de sustancias en algún momento de la vida fue reportado por el 83.0% (n=73) de los pacientes, principalmente alcohol (90.4%, n=66 de los que reportaron uso de sustancias), nicotina (49.3%, n=36), marihuana (39.5%, n=15), cocaína (6.8%, n=5) y opioides (6.8%, n=5).

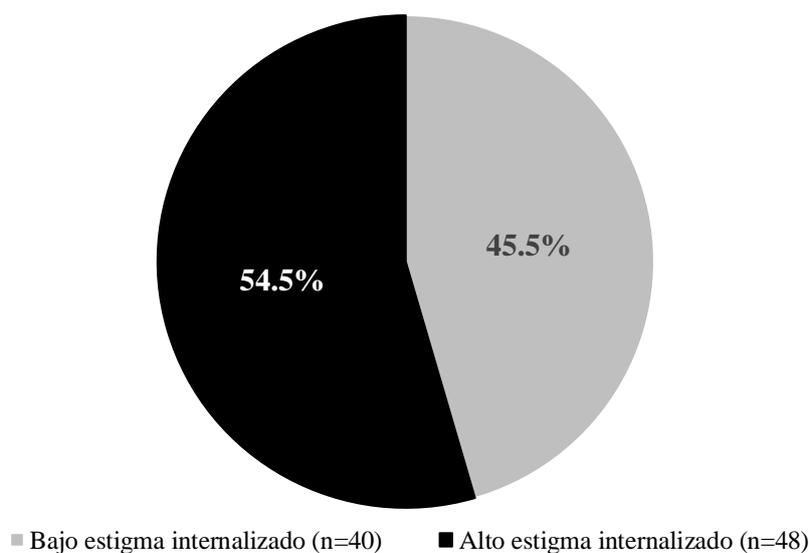
### **9.2 Estigma internalizado y agrupación de los pacientes**

Las puntuaciones globales de las subescalas de la Escala de Estigma de King y la puntuación total se muestran en la Tabla 1. Considerando la mediana (57 puntos) de la puntuación total como punto de corte para dividir a la muestra en aquellos pacientes con alto y bajo estigma internalizado, se observa que el 54.5% (n=48) de los pacientes incluidos tuvieron un alto estigma internalizado (Gráfica 1).

**Tabla 1. Puntuaciones de la Escala de Estigma de King**

	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Rango</b>
Discriminación	27.2	9.1	4 – 45
Divulgación	21.3	9.4	0 – 39
Aspectos positivos de la Enfermedad	8.3	3.3	13 – 30
Puntuación total	56.9	16.0	21 – 91

**Gráfica 1. Clasificación de los pacientes de acuerdo con el nivel de estigma internalizado**



### **9.3 Características demográficas y clínicas de acuerdo con el nivel de estigma internalizado**

De los pacientes con alto estigma internalizado, la mayoría fueron mujeres (75% vs 25%,  $p=0.003$ ). No se observaron diferencias entre los pacientes con bajo y alto estigma internalizado en términos de estado civil, ocupación, edad y escolaridad.

En cuanto a las características clínicas, ambos grupos fueron similares tanto en la comorbilidad psiquiátrica, como en el uso de sustancias, antecedentes de hospitalizaciones psiquiátricas, intentos suicidas y abuso sexual. La comparación entre ambos grupos se muestra en la Tabla 2.

**Tabla 2. Características demográficas y clínicas entre grupos de estigma internalizado**

	Total n=88	Bajo estigma n=40	Alto estigma n=48	Estadística
<i>Demográficas</i> <i>n</i> %				
Sexo – Mujeres	75 85.2	39 97.5	36 75.0	$\chi^2=8.7, p=0.003$
Hombres	13 14.8	1 2.5	12 25.0	
Edad - años (media, D.E.)	31.4 10.6	32.2 12.1	30.8 9.2	t=0.5, p=0.54
Escolaridad - años (media, D.E.)	15.4 4.0	14.8 4.4	15.9 3.6	t=-1.2, p=0.20
Ocupación - no remunerada	62 70.5	30 75.0	32 66.7	$\chi^2=0.7, p=0.39$
Estado civil – sin pareja	70 79.5	29 72.5	41 85.4	$\chi^2=2.2, p=0.13$
<i>Clínicas</i> <i>n</i> %				
Intento suicida previo - Si	68 77.3	31 77.5	37 77.1	$\chi^2=0.002, p=0.96$
#intentos suicidas (media, D.E.)	5.4 12.2	7.3 17.7	3.8 3.5	t=1.1, p=0.24
Hospitalización previa – Si	43 48.9	19 47.5	24 50.0	$\chi^2=0.05, p=0.81$
#hospitalizaciones (media, D.E.)	2.3 2.9	2.9 4.2	1.7 1.0	t=1.2, p=0.20
Edad 1ª hospital (media, D.E.)	24.9 10.4	26.9 11.1	23.3 9.7	t=1.1, p=0.26
Antecedente abuso sexual - Si	45 51.1	19 47.5	26 54.2	$\chi^2=0.38, p=0.53$
Comorbilidad depresión - Si <sup>a</sup>	67 94.4	28 93.3	39 95.1	$\chi^2=0.1, p=0.74$
Comorbilidad ansiedad - Si <sup>a</sup>	52 73.2	23 76.7	29 70.7	$\chi^2=0.31, p=0.57$
Uso alcohol - Si <sup>b</sup>	66 90.4	32 91.4	34 89.5	$\chi^2=0.7, p=0.37$
Uso marihuana - Si <sup>b</sup>	38 52.1	17 48.6	21 55.3	$\chi^2=0.3, p=0.56$
Uso cocaína - Si <sup>b</sup>	14 19.2	7 20.0	7 18.4	$\chi^2=0.02, p=0.86$
Uso opioides - Si <sup>b</sup>	5 6.8	2 5.7	3 7.9	$\chi^2=0.1, p=0.71$
Uso nicotina - Si <sup>b</sup>	36 49.3	20 57.1	16 42.1	$\chi^2=1.6, p=0.19$

<sup>a</sup> De aquellas pacientes que reportaron comorbilidad psiquiátrica (n=71)

<sup>b</sup> De aquellas pacientes que reportaron uso de sustancias alguna vez en la vida (n=73)

#### 9.4 Gravedad sintomática y regulación emocional de acuerdo con el nivel de estigma internalizado

En la Tabla 3 se muestra la comparación de la gravedad sintomática al momento del estudio evaluada mediante la escala BEST así como la regulación emocional evaluada con la EDRE entre los pacientes con bajo y alto estigma internalizado.

Se observaron diferencias entre grupos en términos de la regulación emocional en las subescalas de “Dificultad para concentrarse en conductas dirigidas hacia metas” y “Acceso limitado a estrategias de regulación emocional”. En ambas, los pacientes con alto estigma internalizado reportaron una mayor puntuación. Aun cuando no se reportó una diferencia estadística, se observa una tendencia en este grupo de pacientes (alto estigma internalizado) a mostrar una mayor gravedad sintomática en la subescala de “Pensamientos y Sentimientos” del BEST y una menor regulación emocional global.

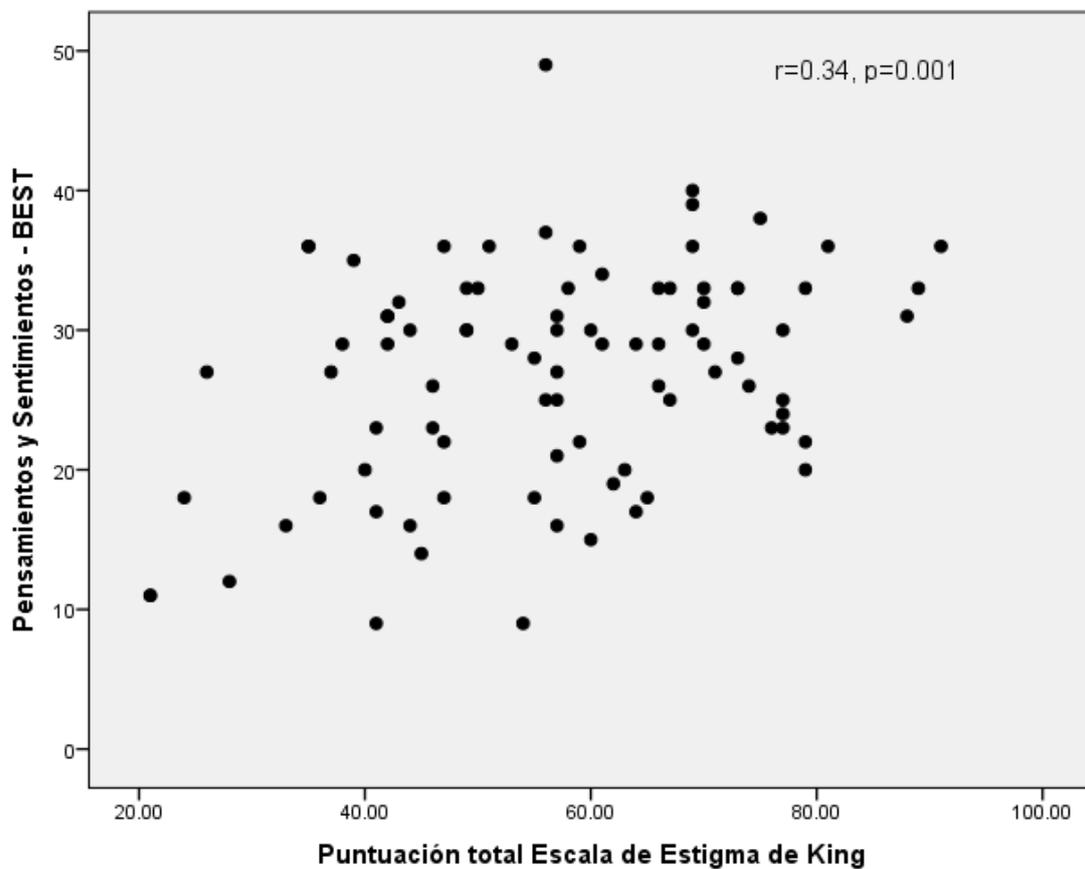
**Tabla 3. Gravedad sintomática y regulación emocional entre grupos.**

	Total n=88	Bajo estigma n=40	Alto estigma n=48	Estadística
<i>Gravedad sintomática BEST Media D.E.</i>				
Pensamientos y sentimientos	26.9 7.8	25.2 9.2	28.2 6.3	t=-1.8, p=0.07
Comportamientos negativos	11.2 4.3	11.1 4.8	11.3 4.0	t=-0.2, p=0.79
Comportamientos positivos	10.6 2.2	10.5 2.3	10.7 2.1	t=-0.3, p=0.74
Total	42.6 12.4	40.8 14.3	44.2 10.4	t=-1.2, p=0.20
<i>Regulación emocional EDRE Media D.E.</i>				
No aceptación de emociones	19.6 3.3	19.4 3.9	19.7 2.6	t=-0.3, p=0.70
Dificultad para concentrarse en conductas hacia metas	15.9 2.2	15.3 2.0	16.4 2.2	t=-2.3, p=0.02
Dificultad en control de impulsos	19.3 5.6	18.8 6.0	19.7 5.2	t=-0.8, p=0.42
Poca conciencia emocional	18.6 3.5	18.0 3.5	19.1 3.4	t=-1.4, p=0.16
Acceso limitado a estrategias de regulación emocional	26.3 5.1	25.0 5.7	27.3 4.4	t=-2.1, p=0.03
Poca claridad de emociones	15.4 3.5	15.6 3.6	15.3 3.4	t=0.3, p=0.72
Total	115.3 14.2	112.3 15.8	117.7 12.5	t=-1.7, p=0.07

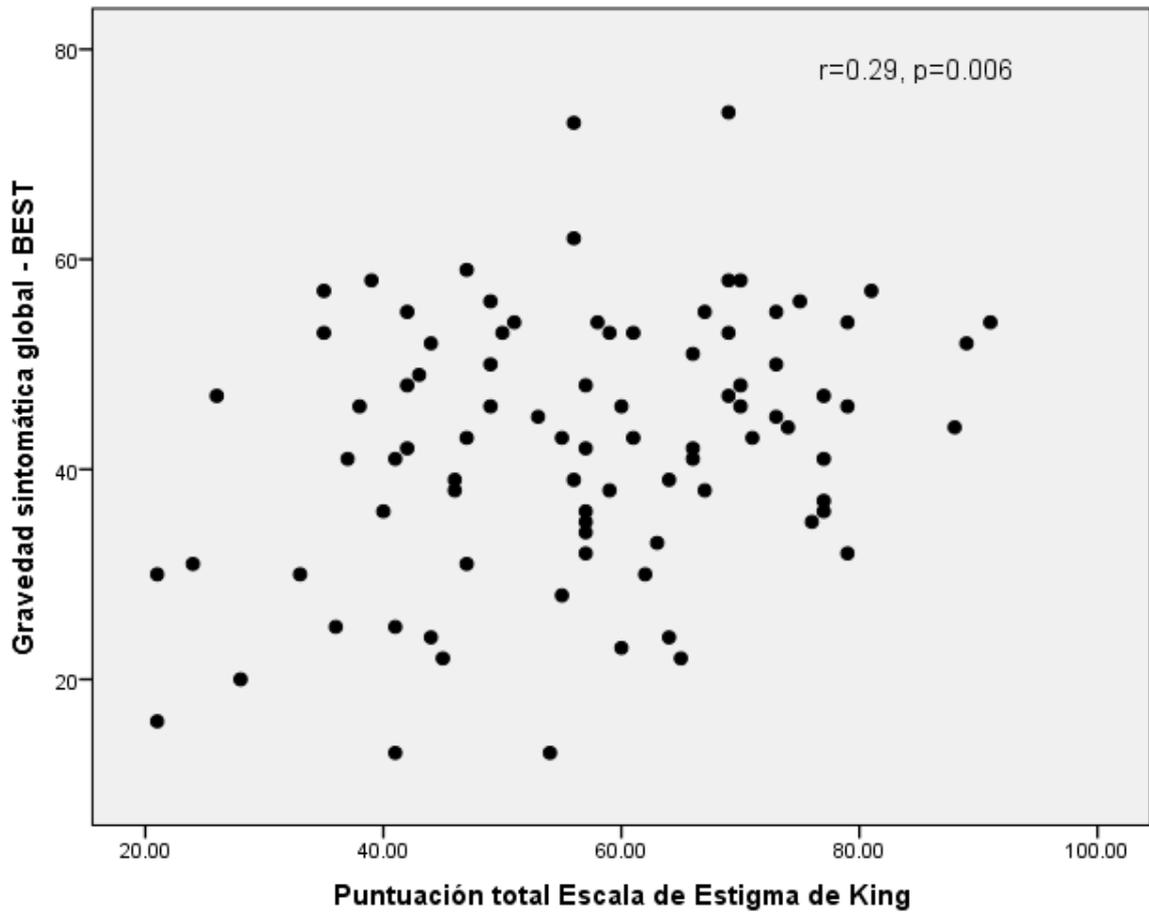
Debido al empleo de la mediana para definir a los grupos y que esto pudiera implicar un sesgo en los resultados obtenidos en los análisis comparativos, se decidió establecer asociaciones lineales entre la puntuación total de la Escala de Estigma de King con las puntuaciones de las subescalas de gravedad sintomática y de regulación emocional.

Al igual que en el análisis comparativo se encontró una asociación lineal directa entre un mayor estigma internalizado y una mayor gravedad sintomática en la subescala de pensamientos y sentimientos ( $r=0.34$ ,  $p=0.001$ ) (Gráfica 2). No obstante, mediante este análisis, se observó además una asociación lineal directa entre un mayor estigma internalizado y una mayor gravedad sintomática global ( $r=0.29$ ,  $p=0.006$ ) (Gráfica 3).

**Gráfica 2. Asociación entre el estigma internalizado global y la subescala de gravedad sintomática pensamientos y sentimientos.**

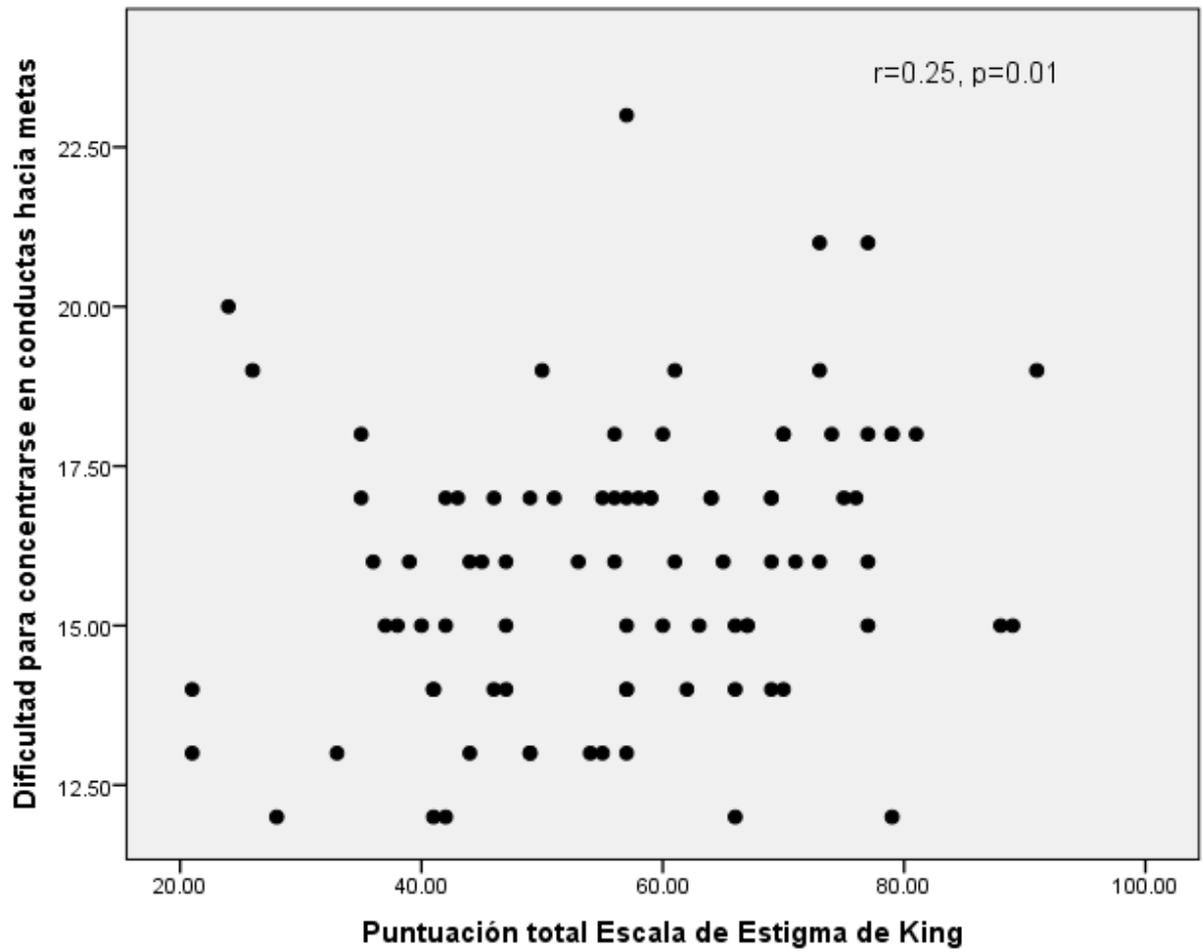


**Gráfica 3. Asociación entre el estigma internalizado global y la gravedad sintomática global**

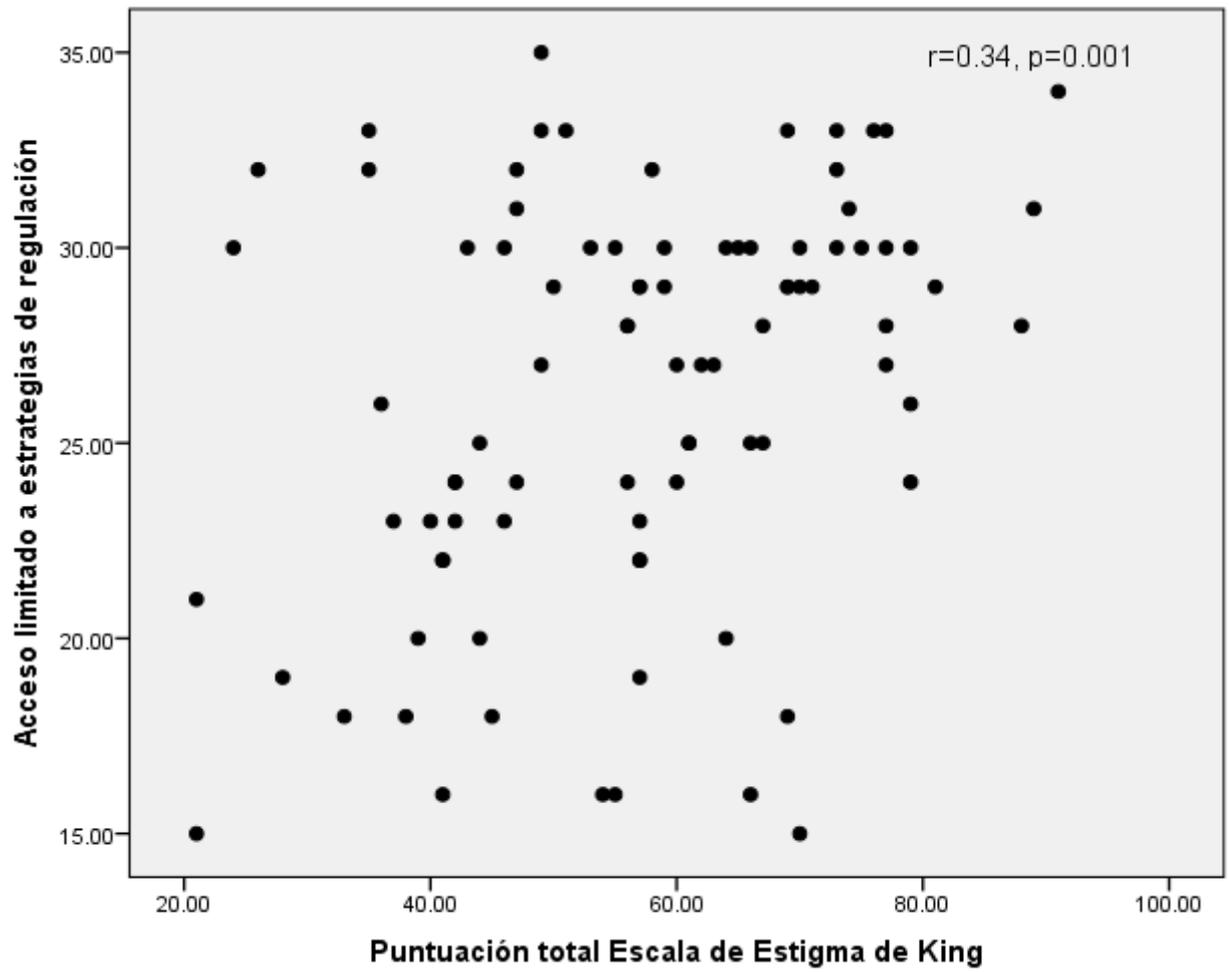


De la misma forma, se observaron asociaciones directas del estigma internalizado con las subescalas de “Dificultad para concentrarse en conductas hacia metas” ( $r=0.25$ ,  $p=0.01$ ) (Gráfica 4), “Acceso limitado a estrategias de regulación emocional” ( $r=0.34$ ,  $p=0.001$ ) (Gráfica 5) y adicionalmente, con la puntuación total de la escala EDRE ( $r=0.25$ ,  $p=0.01$ ) (Gráfica 6).

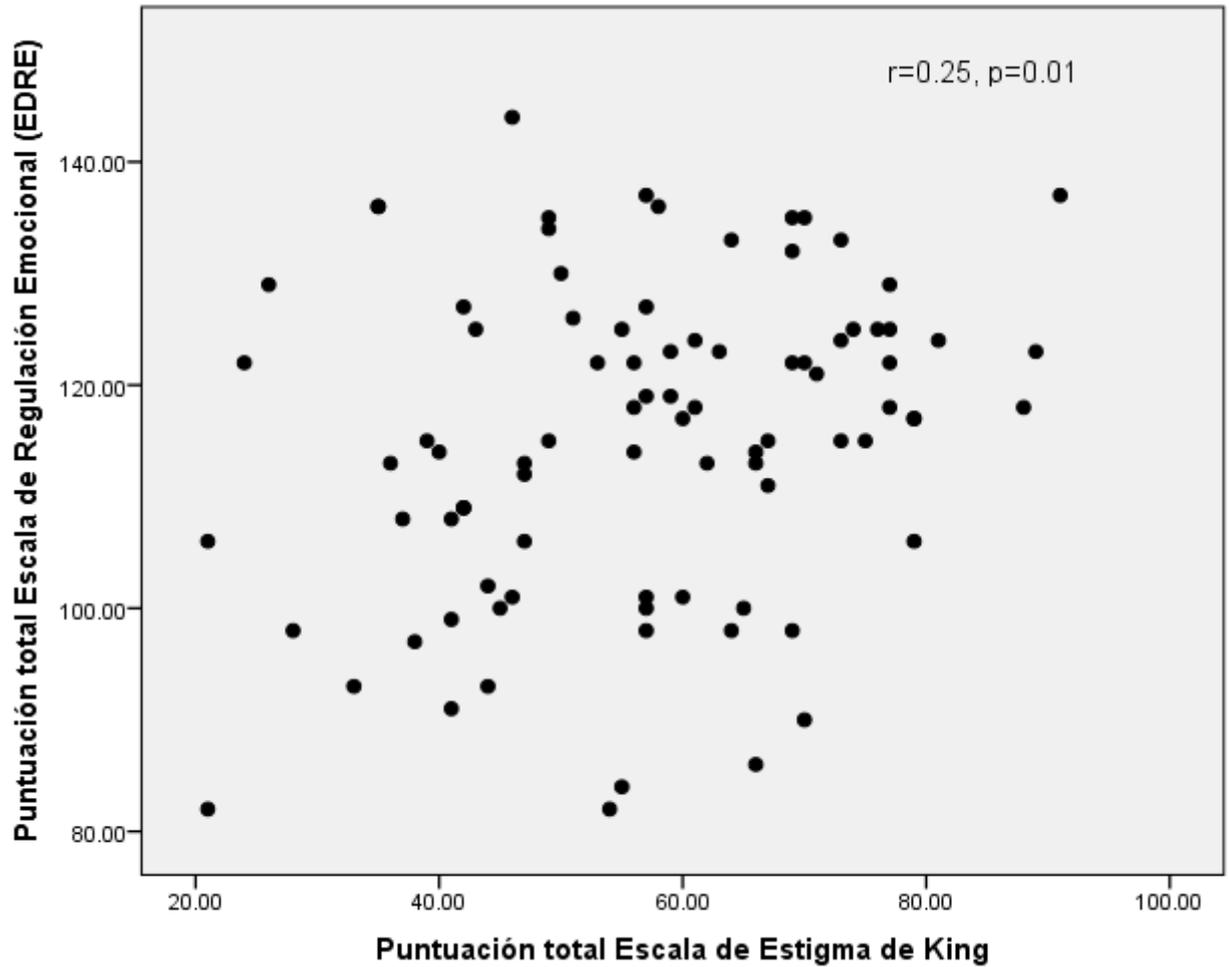
Gráfica 4. Asociación entre el estigma internalizado global y la dificultad para concentrarse en conductas dirigidas hacia metas (EDRE).



Gráfica 5. Asociación entre el estigma internalizado global y el acceso limitado a estrategias de regulación emocional (EDRE).



Gráfica 5. Asociación entre el estigma internalizado global y la dificultad global en la regulación emocional (EDRE).



## 10. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo el objetivo de comparar una de las características clave que se han descrito dentro de la fenomenología del trastorno límite de personalidad como lo es la desregulación emocional en conjunto con la gravedad de los síntomas de la patología en relación con un alto o bajo estigma internalizado. Además de lo anterior, se indago sobre las diferencias presentes entre las dimensiones que componen los instrumentos empleados para medir gravedad sintomática y desregulación emocional y su relación con un alto y bajo estigma profundizando sobre cuáles de estas están más asociadas a un alto estigma internalizado. Lo anterior surge del impacto negativo observado del estigma en otras investigaciones en la capacidad de regulación emocional de las personas con trastorno límite de la personalidad (Hatzenbuehler et al., 2009). A su vez, la falla en la regulación emocional es uno de los fenómenos que se han visto como constantes y clave en el trastorno límite de la personalidad (Leichsenring et al., 2011) y este último se ha relacionado directamente con un mantenimiento y aumento de la sintomatología del trastorno (Stepp et al., 2014). Sin embargo, no se han realizado investigaciones en las cuales se indague sobre la relación entre estos tres elementos en conjunto, así como tampoco se ha determinado cuales de las dimensiones sintomáticas del TLP y de la desregulación emocional se ven más afectadas por el estigma.

Dentro de los resultados, en cuanto a las características sociodemográficas y clínicas no se encontraron diferencias significativas a las reportadas en otros estudios, siendo la mayoría de los casos de sexo femenino, siendo la mayoría adultos jóvenes sin pareja y sin alguna ocupación. La mitad de los paciente llegaron a presentar 2 hospitalizaciones en promedio a lo largo del trastorno, siendo la mayoría de la muestra la que presentaba intentos suicidas en múltiples ocasiones, además de que la mayoría de los pacientes llego a tener algún consumo de sustancias a lo largo de la vida siendo el alcohol la sustancia más empleada.

En cuanto al estigma internalizado se dividió a los pacientes en dos grupos con alto estigma y bajo estigma según las puntuaciones de la escala de King, mostrándose ambos grupos parcialmente equitativos observándose una mayor proporción de alto estigma en la población total de pacientes siendo la diferencia mínima y no observándose discrepancias importantes en cuanto a características sociodemográficas y clínicas, solamente mostrándose que la mayor cantidad de pacientes con alto estigma eran de sexo femenino.

En cuanto a la relación del estigma internalizado con la gravedad sintomática y la regulación emocional, se encontró que los pacientes con alto estigma internalizado reportaban mayores problemas para concentrarse en conductas dirigidas a metas, así como limitado acceso a estrategias de regulación emocional, lo cual concuerda con lo discutido y analizado por otros autores y que finalmente deriva en repercusiones en cuanto a la capacidad de función personal y social (Aviram et al., 2006; Grambal et al., 2016; Livingston & Boyd, 2010)

Además se vio una tendencia de estos pacientes con alto estigma a mostrar una mayor gravedad sintomática en la subescala de pensamientos y sentimientos así como una menor capacidad de regulación emocional global, lo cual concuerda con lo referido en estudios fenomenológicos en los cuales se observa que los individuos expuestos de manera crónica al estrés generado por el estigma puede agotar los recursos de autorregulación de los mismos, lo que deteriora la capacidad de los individuos para comprender y manejar sus emociones (Hatzenbuehler et al., 2009). Esto último les imposibilita el acceder a nuevas estrategias de regulación emocional lo cual lleva a perpetuar una expresión poco regulada de las emociones siéndoles a su vez difícil el llegar a concentrarse en conductas dirigidas a un objetivo y cambiando estas últimas, secundario a la intensidad de la emoción predominante en el contexto y la situación, por conductas que pudieran ser poco funcionales o desadaptativas producto de la urgencia generada por la emoción.

Lo anterior puede derivar en la presencia de pensamientos y sentimientos negativos, los cuales a su vez llegan a provocar nuevas emociones que, por la poca capacidad de regulación emocional, son nuevamente intensas y se prolongan en un círculo vicioso que tiende a emporar la gravedad sintomática de los pacientes, esto concordando con lo encontrado por otros autores (Grambal et al., 2016)

Esto último es relevante ya que la gravedad sintomática se ha visto relacionada con un mejor o peor desenlace en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad (Aviram et al., 2006; Herr. et al., 2013; Livingston & Boyd, 2010), siendo un componente cardinal de los síntomas la desregulación emocional, por lo cual esta asociación en cuanto al estigma internalizado, derivado de una exposición crónica al estigma en los diferentes ambientes en los que se desenvuelve un individuo con estos componentes de la regulación emocional, podría ser contribuyente a generar estrategias para disminuir y crear conciencia sobre el estigma y la internalización del mismo, pudiendo contribuir generar un punto de quiebre en el círculo vicioso.

Este estudio cuenta en general con varias limitaciones, entre ellas la muestra de pacientes es reducida, ya que el muestreo se limitó a una sola clínica de la institución lo cual pudo tener influencia en los resultados obtenidos, además de que no se tuvo en cuenta si los pacientes habían o no recibido en el momento de la medición proceso psicoterapéutico para la atención del trastorno límite de personalidad, ya que esto puede influir tanto en la gravedad sintomática, como en la desregulación emocional y en el estigma internalizado, ya que las intervenciones psicoterapéuticas modifican tanto la cognición del ambiente externo como la autopercepción. Además de lo anterior las mediciones fueron hechas mediante escalas de autoreporte, lo cual puede llevar al sesgo al momento del reporte de los datos medidos, ya sea porque la persona no identifica o presenta tolerancia al estigma o que este mismo no sea totalmente honesto al momento de contestar las escalas.

Pese a lo anterior, en México existen pocas investigaciones acerca del estigma y el trastorno límite de la personalidad, siendo esto un tema importante debido al creciente número que se ha visto de la presencia de este trastorno en los pacientes de atención psiquiátrica ambulatorios, y es necesario saber más acerca de cómo afecta este fenómeno social en el desarrollo y evolución del trastorno, ya que considerar este punto podría ser un punto clave en la creación de estrategias para la atención y manejo de estos pacientes, así como para poder brindar mayor información tanto a familiares como a la sociedad en general con la finalidad de incidir en la mejoría tanto individual como interpersonal de los pacientes y con esto mejorar su funcionalidad y aceptación social.

## **11. CONCLUSIÓN.**

En esta investigación podemos concluir que el estigma internalizado es un elemento de relevancia en el mantenimiento y empeoramiento de los síntomas centrales del trastorno límite de la personalidad, incidiendo en aspectos relevantes de la regulación emocional lo cual parece derivar en un aumento en la gravedad sintomática, particularmente en el área de pensamientos y sentimientos negativos, lo cual podría deberse a que, como se ha descrito en otros estudios (Livingston & Boyd, 2010), los pacientes con alto autoestima tienen una menor autoestima, menores niveles de esperanza así como de empoderamiento y autoeficacia. Lo anterior puede derivar en un pensamiento constante de insuficiencia y culpabilidad ante los problemas generados por el trastorno y que puede derivar en problemas en el tratamiento y el mantenimiento de la mejoría tanto sintomática como funcional (Aviram et al., 2006)

Es necesario una mayor investigación en el ámbito del estigma y la salud mental, en particular en los trastornos de la personalidad, pues siendo estos parte de los rasgos

caracterológicos del paciente, y estos acompañándolo en el desarrollo de su persona, tanto individual como interpersonal, tienden a modificar la presentación, persistencia e incidencia de trastornos mentales en estos pacientes, además de que el estigma, en particular el estigma internalizado, pueden llevar a un retraso importante en la atención de los pacientes lo cual lleva a que el desarrollo del mismo pudiera llevar a mayor disfunción y pero respuesta al tratamiento. En cuanto al trastorno límite de la personalidad, en México no existen muchas investigaciones acerca de este tema, por lo cual es importante definir de manera lo más objetiva posible de qué manera influye este fenómeno en el desarrollo y curso de los síntomas de este trastorno ya que esto podría ser una parte importante en el tratamiento y prevención del mismo.

## 12. REFERENCIAS

- Albores-Gallo, L., Vargas, A., Zavaleta, P., & de la Peña, F. (2017). *Compendio de Guías Clínicas en Psiquiatría. Niños y Adolescentes. Coordinador Francisco de la Peña Olvera. Lilia Albores, Alejandro Vargas, Patricia Zavaleta. Guía Clínica de los Trastornos del Espectro Autista. APM Ediciones y Convenciones en Psiquiatría. 1a Edición, México, 2017. ISBN:978-607-8512-21-8.*
- Alonso, J., Buron, A., Rojas-Farreras, S., de Graaf, R., Haro, J. M., de Girolamo, G., . . . Vilagut, G. (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *J Affect Disord*, *118*(1), 180-186. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.006>
- Allport, G. W., & Mazal Holocaust, C. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge, Mass.: Addison-Wesley Publishing Company.
- Augoustinos, M., Ahrens, C., & Innes, J. M. (1994). Stereotypes and prejudice: The Australian experience. *British Journal of Social Psychology*, *33*(1), 125-141. doi: [doi:10.1111/j.2044-8309.1994.tb01014.x](https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1994.tb01014.x)
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications. *Harvard review of psychiatry*, *14*(5), 249-256. doi: [10.1080/10673220600975121](https://doi.org/10.1080/10673220600975121)
- Bettelheim, B., & Janowitz, M. (1965). *Social Change and Prejudice* (Vol. 78).
- Biernat, M., & Dovidio, J. F. (2000). Stigma and stereotypes *The social psychology of stigma*. (pp. 88-125). New York, NY, US: Guilford Press.
- Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder: A Review. *Current psychiatry reports*, *15*(1), 335-335. doi: [10.1007/s11920-012-0335-2](https://doi.org/10.1007/s11920-012-0335-2)
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, *31*(3), 211-229. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.004>
- Corrigan, P. (2001). *Place-Then-Train: An Alternative Service Paradigm for Persons With Psychiatric Disabilities* (Vol. 8).
- Corrigan, P. (2004). *Target-Specific Stigma Change: A Strategy for Impacting Mental Illness Stigma* (Vol. 28).
- Corrigan, P. (2006). *Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change* (Vol. 7).
- Corrigan, P., & Watson, A. (2006). *The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness* (Vol. 9).

- Corrigan, P. W., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology, 11*(3), 179-190. doi: <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.07.001>
- Crocker, J., & Major, B. (1989). *Social Stigma and Self-Esteem: The Self-Protective Properties of Stigma* (Vol. 96).
- 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. doi: 10.1037/a0015616
- Devine, P. (1989). *Stereotypes and Prejudice: Their Automatic and Controlled Components* (Vol. 56).
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5*. (2013). Fifth Edition. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, [2013] ©2013.
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood Maltreatment, Emotional Dysregulation, and Psychiatric Comorbidities. *Harvard review of psychiatry, 22*(3), 149-161. doi: 10.1097/HRP.0000000000000014
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The Psychology of Attitudes*: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Esses, V., Haddock, G., & Zanna, M. (1994). The role of mood in the expression of intergroup stereotypes.
- Feinstein, A. R. (1985). *Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research*: W.B. Saunders Company.
- Flores Reynoso, S., Medina Dávalos, R., & Robles García, R. (2011). 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*, 33-339.
- Freud, A. (1992). *The Ego and the Mechanisms of Defence*: Karnac Books.
- Friedman, H. (1982). Simplified determinations of statistical power, magnitude of effect and research sample sizes. *Educational and Psychological Measurement, 42*(2), 521-526.
- Friedman, R. (1975). Institutional racism: How to discriminate without really trying. *Racial discrimination in the United States, 384-407*.
- G. Link, B. (1987). *Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection* (Vol. 52).
- Gilbert, D. T., Fiske, S. T., & Lindzey, G. (1998). *The handbook of social psychology*. Boston; New York: McGraw-Hill ; Distributed exclusively by Oxford University Press.
- Goffman, E. (1963). *Stigma; notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Grambal, A., Prasko, J., Kamaradova, D., Latalova, K., Holubova, M., Marackova, M., . . . Slepecky, M. (2016). Self-stigma in borderline personality disorder – cross-sectional comparison with schizophrenia spectrum disorder, major depressive disorder, and anxiety disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12*, 2439-2448. doi: 10.2147/NDT.S114671
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., . . . Ruan, W. J. (2008). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry, 69*(4), 533-545.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41-54. doi: 10.1023/b:joba.0000007455.08539.94
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*(3), 281-291. doi: doi:10.1017/S0048577201393198
- Guendelman, S., Garay, L., & Miño, V. (2014). Neurobiología del trastorno de personalidad límite. *Revista médica de Chile, 142*, 204-210.

- Hatzenbuehler, M. L., Nolen-Hoeksema, S., & Dovidio, J. (2009). How Does Stigma "Get Under the Skin"? The Mediating Role of Emotion Regulation. *Psychological Science, 20*(10), 1282-1289. doi: 10.1111/j.1467-9280.2009.02441.x
- Herr, N., Zachary, R. M., J., G. P., & Karen, E. (2013). Difficulties with emotion regulation mediate the relationship between borderline personality disorder symptom severity and interpersonal problems. *Personality and Mental Health, 7*(3), 191-202. doi: doi:10.1002/pmh.1204
- Hilton, J. L., & Von Hippel, W. (1996). Stereotypes. *Annual review of psychology, 47*(1), 237-271.
- Hill, R. B. (1988). Structural discrimination: The unintended consequences of institutional processes.
- Human, D. (2001). Declaration of Helsinki. *The Lancet, 357*(9251), 236. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71342-8
- Jackman, M. R., & Muha, M. J. (1984). Education and Intergroup Attitudes: Moral Enlightenment, Superficial Democratic Commitment, or Ideological Refinement? *American Sociological Review, 49*(6), 751-769. doi: 10.2307/2095528
- Jost, J., Kruglanski, A., & Simon, L. (1999). *Effects of epistemic motivation on conservatism, intolerance, and other system justifying attitudes.*
- Jost, J. T., & Banaji, M. R. (1994). The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness. *British Journal of Social Psychology, 33*(1), 1-27. doi: doi:10.1111/j.2044-8309.1994.tb01008.x
- Judd, C., & Park, B. (1993). *Definition and Assessment of Accuracy in Social Stereotypes* (Vol. 100).
- Jussim, L., Nelson, T., Manis, M., & Soffin, S. (1995). *Prejudice, Stereotypes, and Labeling Effects: Sources of Bias in Person Perception* (Vol. 68).
- Kamaradova, D., Latalova, K., Prasko, J., Grambal, A., Sigmundova, Z., Ociskova, M., & Zapletalova, J. (2015). Self-stigma and Suicidality in Patients with Neurotic Spectrum Disorders. *European Psychiatry, 30*, 1795. doi: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)32108-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)32108-8)
- Katz, D., & W. Braly, K. (1935). *Racial prejudice and racial stereotypes* (Vol. 30).
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passeti, F., . . . Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry, 190*(3), 248-254. doi: 10.1192/bjp.bp.106.024638
- Krueger, J. (1996). *Personal Beliefs and Cultural Stereotypes about Racial Characteristics* (Vol. 71).
- Kurzban, R., & Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychological bulletin, 127*(2), 187-208. doi: 10.1037/0033-2909.127.2.187
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet, 377*(9759), 74-84. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61422-5
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry, 62*(6), 553-564. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.09.019
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*: Guilford Publications.
- Linehan, M. M. (2012). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*: Grupo Planeta.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review, 54*(3), 400-423. doi: 10.2307/2095613
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology, 27*(1), 363-385. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363

- Lis, S., & Bohus, M. (2013). Social Interaction in Borderline Personality Disorder. *Current psychiatry reports*, 15(2), 338. doi: 10.1007/s11920-012-0338-z
- 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 & Medicine*, 71(12), 2150-2161. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Marín Tejada, M., Robles García, R., González-Forteza, C., & Andrade Palos, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud mental*, 35, 521-526.
- Markowitz, F. E. (1998). The Effects of Stigma on the Psychological Well-Being and Life Satisfaction of Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39(4), 335-347. doi: 10.2307/2676342
- Martín-Blanco, A., Soler, J., Villalta, L., Feliu-Soler, A., Elices, M., Pérez, V., . . . Pascual, J. C. (2014). Exploring the interaction between childhood maltreatment and temperamental traits on the severity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 55(2), 311-318. doi: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.08.026>
- Merton, R. K. (1948). The Bearing of Empirical Research upon the Development of Social Theory. *American Sociological Review*, 13(5), 505-515. doi: 10.2307/2087142
- Mullen, B., Rozell, D., & Johnson, C. (2018). *The phenomenology of being in a group: Complexity approaches to operationalizing cognitive representation*.
- Muñoz-Martínez, A. M., Vargas, R. M., & Hoyos-González, J. S. (2016). ESCALA DE DIFICULTADES EN REGULACIÓN EMOCIONAL (DERS): ANÁLISIS FACTORIAL EN UNA MUESTRA COLOMBIANA. *Acta Colombiana de Psicología*, 19, 237-248.
- Neuberg, S. L., Smith, D. M., & Asher, T. (2000). Why people stigmatize: Toward a biocultural framework *The social psychology of stigma*. (pp. 31-61). New York, NY, US: Guilford Press.
- Pfohl, B., Blum, N., St. John, D., McCormick, B., Allen, J., & Black, D. W. (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*, 23(3), 281-293. doi: 10.1521/pedi.2009.23.3.281
- PINCUS, F. L. (1996). Discrimination Comes in Many Forms: Individual, Institutional, and Structural. *American Behavioral Scientist*, 40(2), 186-194. doi: 10.1177/0002764296040002009
- Rights, U. S. C. o. C. (1981). *Affirmative action in the 1980s: dismantling the process of discrimination*: The Commission.
- Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L., & Moss, S. A. (2018). Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. *British Journal of Psychiatry*, 184(5), 416-421. doi: 10.1192/bjp.184.5.416
- Stangor, C., & Crandall, C. (2000). *Threat and the social construction of stigma*.
- Stangor, C., & Jost, J. T. (1997). Commentary: Individual, group and system levels of analysis and their relevance for stereotyping and intergroup relations.
- Stepp, S. D., Scott, L. N., Morse, J. Q., Nolf, K. A., Hallquist, M. N., & Pilkonis, P. A. (2014). Emotion dysregulation as a maintenance factor of borderline personality disorder features. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 657-666. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.11.006
- 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(2), 207-223. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.01.012>
- Tesser, A. (1994). *Advanced social psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2010). REVISED NESARC PERSONALITY DISORDER DIAGNOSES: GENDER, PREVALENCE, AND COMORBIDITY

- WITH SUBSTANCE DEPENDENCE DISORDERS. *Journal of personality disorders*, 24(4), 412-426. doi: 10.1521/pedi.2010.24.4.412
- Watson, A., Corrigan, P., & Ottati, V. (2004). *Police responses to persons with mental illness: Does the label matter?* (Vol. 32).
- Weiner, B. (1995). *Judgments of Responsibility: A Foundation for a Theory of Social Conduct*: Guilford Publications.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1993). Borderline and Narcissistic Personality Disorders. In P. B. Sutker & H. E. Adams (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychopathology* (pp. 371-394). Boston, MA: Springer US.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., & Paris, J. (2009). A Prospective Investigation of Borderline Personality Disorder in Abused and Neglected Children Followed Up into Adulthood. *Journal of personality disorders*, 23(5), 433-446. doi: 10.1521/pedi.2009.23.5.433
- Winter, D., Koplin, K., & Lis, S. (2015). Can't stand the look in the mirror? Self-awareness avoidance in borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2, 13. doi: 10.1186/s40479-015-0034-9
- Winter, D., Koplin, K., Schmahl, C., Bohus, M., & Lis, S. (2016). Evaluation and memory of social events in borderline personality disorder: Effects of valence and self-referential context. *Psychiatry Res*, 240, 19-25. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.042>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Ridolfi, M. E., Jager-Hyman, S., Hennen, J., & Gunderson, J. G. (2006). Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. *Journal of personality disorders*, 20(1), 9-15.