

***ESTRUCTURAS SOCIALES Y NORMATIVAS DE GÉNERO EN EL TRASTORNO
LÍMITE DE LA PERSONALIDAD***

MARIA ALEGRE MARTÍ

Tutores: Oriol Alonso y Francesc Xavier Juncosa

Primer Semestre, Cuarto Curso

Año 2024

Trabajo de Final de Grado de Psicología Social

Universitat Oberta de Catalunya

RESUMEN

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) ha sido desde siempre un tipo de trastorno que ha generado muchas controversias. Este trabajo de investigación pretende analizar desde una perspectiva social y feminista cómo han afectado las estructuras sociales y los roles de las personas que se dan socialmente en el diagnóstico psiquiátrico.

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se ha realizado una exploración previa sobre el TLP desde enfoques feministas, teniendo en cuenta el sistema sexo-género y analizando el enfoque biomédico. También se ha hecho un breve análisis de la salud mental y el género.

El trabajo de investigación ha tenido una duración de 5 meses, periodo en el que se ha hecho una búsqueda exhaustiva de diferentes publicaciones en distintas bases de datos y documentos físicos. El estudio de investigación se ha dividido en cuatro partes: la primera de ellas, se ha desarrollado el tema de la investigación, la justificación y el marco teórico. En la segunda, se han concretado tanto el objetivo general como los específicos, y el marco metodológico. En la tercera parte, se ha presentado la planificación, cómo se ha elaborado la recogida de datos y los aspectos éticos que se han tenido en cuenta para realizar el trabajo. Por último, el análisis de los datos obtenidos que han permitido realizar la discusión y conclusión obtenida de la revisión bibliográfica.

Palabras clave: salud mental, género, trastorno límite de la personalidad, estereotipos, desigualdades.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. JUSTIFICACIÓN	5
3. MARCO TEÓRICO	6
3.1. Sistema sexo-género	7
3.2. Salud mental i diferencias de género	8
3.3. Trastorno Límite de la Personalidad	9
3.3.1. Breve historia del TLP	10
3.3.2. Epidemiología	11
3.3.3. El TLP como diagnóstico	13
4. OBJETIVOS.....	14
4.1. Objetivo general	14
4.2. Objetivos específicos	14
5. MARCO METEODOLÓGICO.....	14
5.1. Diseño y marco metodológico.....	14
5.2. Técnicas de investigación.....	15
5.3. Planificación.....	17
5.4. Recogida de datos	18
5.5. Aspectos éticos	20
6. ANÁLISIS DE DATOS	21
6.1. Trastorno Límite de la Personalidad: sesgo de género	21
6.1.1. DSM y género	24
6.2. Trastorno Límite de Personalidad: Estereotipos, prejuicios y estigma	26
6.2.1. Estigma y Trastorno Límite de la Personalidad	28
6.3. Trastorno Límite de la personalidad: género.....	30
6.3.1. Poder y abuso sexual.....	33
6.4. El Trastorno Límite de la Personalidad a través de la lente feminista	34
7. DISCUSIÓN.....	38
8. CONCLUSIÓN.....	40
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
10. ANEXOS	58
10.1. ANEXO 1: Comparación DSM – V, CIE- 10 y CIE- 11.....	58
10.2. ANEXO 2: Diagrama de Gantt.....	59
10.3. ANEXO 3: Tabla recogida de datos.....	60

1. INTRODUCCIÓN

En los años 60 y 70 comienzan los movimientos sociales alrededor del género, enfocados a la discriminación de las mujeres y surgen teorías relacionadas con las actitudes, valores y roles sociales (Markez et al. 2004), que se han ido transmitiendo a lo largo del tiempo de manera cultural, y que han sido y son responsables del estatus psicológico y social de la mujer.

En esta investigación el eje central se situará sobre la dimensión del género y de la salud mental de las personas. Se partirá del hecho de que las desigualdades de género inciden en el inicio de diagnósticos clínicos, en concreto, del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP de ahora en adelante) que, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM- V) (2022) existe una mayor prevalencia del diagnóstico en mujeres (75% aproximadamente).

De hecho, existen estudios y evidencias desde esta perspectiva que han concluido que, ya no es únicamente el conjunto de problemas patológicos que supone tener una enfermedad mental, sino también la existencia de factores socioculturales y estructurales que afectan a las mujeres, igual o con mayor influencia a sus características personales (Ramos-Lira, 2014). Estos fenómenos acaban sesgando el diagnóstico clínico en enfermedades mentales entre hombres y mujeres, tanto en España como en otros países.

A partir de estas hipótesis, el **objetivo** de este trabajo de final de grado es analizar cómo los factores socioculturales, los roles y estereotipos de género influyen en el diagnóstico clínico del Trastorno Límite de la Personalidad. El Manual DSM-V (2022) describe al TLP como un trastorno mental que viene caracterizado por un patrón dominante de inestabilidad en relaciones interpersonales, imagen propia y de la impulsividad y afectos intensos, empezando a pronunciarse estos rasgos en la edad adulta y en diferentes contextos.

Este diagnóstico siempre se ha caracterizado como “chica mala” en las etiquetas psiquiátricas (Becker, 2000) provocando alrededor del TLP un estigma y etiqueta que se ha ido prolongado hasta la actualidad y se da un uso más frecuente en el diagnóstico en las mujeres cayendo así, en un sesgo de género.

Por esta razón, la investigación toma un enfoque social y feminista del diagnóstico clínico en la salud mental, al anteponer el condicionamiento y la relevancia de la estructura social

en la interpretación y análisis del problema, para despatologizar a las mujeres de sus experiencias y comportamientos (Millett, 2010).

Será el punto de partida necesario para entender que muchas patologías del género femenino surgen del contexto cotidiano proveniente de una cultura patriarcal en la que mujeres y hombres tienen condiciones de existencia distintas (Castaño et al. 2006), y que muchas de las respuestas dadas por parte de las mujeres hacia este contexto de opresión y trauma acaban siendo patologizadas por el DSM.

Así pues, para poder realizar un correcto análisis, la metodología utilizada en esta revisión bibliográfica del tema se ha centrado en bases de datos fiables las cuales se explicarán más adelante.

2. JUSTIFICACIÓN

Los constructos creados socialmente alrededor de cada uno de los sexos han provocado unas desigualdades sociales. Esta configuración hace referencia al tipo de condiciones de vida entre ambos géneros (Markez, I., 2004), y como estas desigualdades merman el bienestar y salud de las mujeres.

Concretamente en el área de la salud mental, el enfoque del género se hace cargo de observar las diferencias de salud de mujeres y hombres que se dan a causa de las diferencias biológicas, pero no se debe olvidar que el estado de salud de mujeres y hombres va más allá de estas y, como se ha dicho anteriormente, se construyen por la sociedad. La salud mental de los hombres y las mujeres es desigual y diferente. Por un lado, desigual porque mediante factores sociales se dan diferencias evitables e injusta en ellos y ellas; y, por otro lado, diferentes por la tipología biológica de cada sexo (Valls-Llobet, 2010).

En la actualidad, las desigualdades acontecen perpetuando en el sesgo del género con independencia de los conocimientos de la persona. Los prejuicios y estereotipos forman parte de nuestro bagaje cultural porque siguen estando presentes en la sociedad y entorno mediatizando las relaciones diarias con las personas (Pla et al., 2013), afectando negativamente y específicamente a aquellas mujeres que no siguen lo que cánones esperados por la sociedad.

Las mujeres son las personas que acuden con mayor frecuencia a centros de Salud Mental y centros de Atención Primaria (Sáenz, 2017). En el año 2022, las bajas laborales por

estrés, depresión y ansiedad fueron mayor en mujeres que en hombres, un 33% más. Estas cifras han ido en aumento desde el año 2016, así lo afirma el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y el Instituto Nacional de Estadística (INE)¹. En esta línea siguen los datos según la Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña (2023)², el 61,3% de las mujeres españolas han tenido experiencias y vivencias relacionadas con la salud mental, frente al 38,3% de los hombres españoles. Siguiendo en esta misma línea, las mujeres han sufrido una sintomatología de salud mental: depresión (48,0% vs. 35,5% en el caso de los hombres), ansiedad prolongada (44,7% vs. 8,4%), autolesiones (17,0% vs. 11,7%), e ideación o intento de suicidio (11,3% vs. 6,4%). ¿Esto es una casualidad o las diferencias van más allá del género, teniendo este constructo social un doble fondo?

La motivación para trabajar sobre la salud mental y el género a través del Trastorno Límite de la Personalidad se debe a las vivencias, tanto profesionales como personales, del etiquetamiento y estigma hacia las mujeres que quebrantan los ideales y estereotipos que la sociedad espera de ellas y como un diagnóstico de salud mental puede acabar cronificando la situación a la respuesta de opresión del sistema patriarcal en el que la sociedad convive. Por esta razón, la revisión bibliográfica se realizará desde una perspectiva feminista y social; cuestionando el enfoque tradicional en el diagnóstico de enfermedades mentales.

3. MARCO TEÓRICO

A través de la perspectiva de género se puede realizar un análisis de la situación estructural de desventaja de las mujeres en la sociedad por razón de género (Arostegui y Martínez, 2018), sin embargo, existen otros ejes de desigualdad; variables de estratificación social como la edad, clase económica, orientación sexual, etc. Por esta razón, en el presente trabajo cuando hablemos de las mujeres o la mujer, lo haremos desde un punto heterogéneo.

¹ Morales, E. (2023) Las bajas por salud mental entre hombres se disparan un 78%, pero son menos que las de mujeres. Público. <https://www.publico.es/sociedad/bajas-salud-mental-hombres-disparan-78-son-mujeres.html>

² García, B., Briongos, E., Lea, J., Lamata, F., González, N. y Campos, T. (2023). La situación de la Salud Mental en España. Confederación salud mental España. Fundación mutua madrileña. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-situacion-salud-mental/>

3.1. Sistema sexo-género

El uso de las palabras sexo y género se utilizaba antiguamente como sinónimo, pero si hablamos de sexo nos ceñimos hacer referencia a algo biológico, condiciones físicas, hormonas, etc. Sin embargo, todas aquellas reflexiones dirigidas hacia el género se centran en las diferencias entre mujer-hombre desde la perspectiva sociocultural, que se ha ido construyendo simbólicamente a través de características atribuidas a un sexo u otro (Arostegui y Martínez, 2018). Este es el primer paso que se usa como eje primario para la formación de identidad subjetiva y de la vida social que lleva consigo las relaciones de desigualdad a causa de la distribución inequitativa de los recursos y del poder.

Así que, los determinantes socioeconómicos, la salud mental, la condición social y la posición de los hombres y las mujeres (Markez et al. 2004), vienen determinados por el control y el poder diferencial que tienen sobre estos aspectos. Por lo que es crucial como son tratadas las mujeres y los hombres dentro de la sociedad y el rol que adquieren en esta. Todas estas desigualdades, estereotipos y estigmas que se dan en la sociedad entre hombres y mujeres acaban convirtiéndose en un factor de riesgo concreto para la salud mental (Bacigalupe et al., 2022).

Históricamente, se van clasificando rasgos deseables e indeseables en función del género de la persona. Se ha considerado lo “masculino” como lo superior a lo “femenino”, lo que ha provocado que la posición de la mujer se haya asociado a la vulnerabilidad (pasiva y receptiva) ante los hombres (agresivos y activos) (Luciana, 2014). Características como, por ejemplo, la valentía, virilidad y potencia sexual en los hombres; y la ignorancia, la pasividad, inexperiencia, inocencia, roles de cuidadora familiar y de hogar, etc. en la mujer. Esta construcción se ha prolongado con el tiempo y se han acabado atribuyendo como “naturales” las asociaciones nombradas, provocando que el género quede invisibilizado y el sexo es la explicación de la mayoría de los fenómenos humanos (Ruíz y Vairo, 2008).

La realidad es otra, y es que los roles que se les asigna a las mujeres no corresponden con los deseos o vivencias que estas tienen, sino que existe una contradicción con lo que “se espera” y acaba creando conflictos de la identidad femenina que, a menudo, no se acaba logrando una correspondencia entre el género realizado o género asignado (Arostegui y Martínez, 2018). La solución pasa por integrar estos roles conscientemente de manera

integral, o por reprimir o negar y evitar ser consideradas malas mujeres, raras, locas, enfermas (Lagarde, 1990).

A partir de esta reflexión, podemos preguntarnos si el género es un factor de riesgo en la salud mental; o si las diferencias existentes vienen dadas del género o el sexo.

3.2. Salud mental i diferencias de género

Al hablar de salud mental o enfermedad mental hacemos referencia a problemas tanto cognitivos, comportamentales y emocionales como también las realidades que se han ido construyendo históricamente en la interacción de las personas dentro de la sociedad (Markez et al., 2004).

En el mundo occidental, la locura se ha planteado desde dos perspectivas. Por un lado, algo característico de la persona considerado como sobrenatural; y, por otro lado, un desajuste de la personalidad de la persona (Burstow, 2015).

Si nos remontamos a la edad media y el renacimiento, la enfermedad mental se centraba en lo “normal” o “anormal”. La locura se veía como un rasgo de la persona que se debía erradicar y se utilizaban estrategias como la tortura o el destierro para las personas que se las consideraba locas o fuera de lo considerado “normal” por la sociedad (Foucault, 2007). Con el paso del tiempo, la enfermedad mental ha sido un factor de estigmatización, etiquetas y estereotipos que han llevado, en muchos casos, a ser excluidos de la sociedad por considerar que la causa es únicamente orgánica y de raíz cerebral (Porter, 2003 en Solis-Gómez, 2023).

En el caso de España, a finales del s. XX, según lo señalado en Montero et al. (2004) en la recogida de datos de estudios psiquiátricos comunitarios realizados en periodos de entre el 1979 al 1999 por diferentes autoras/es, la prevalencia psiquiátrica siempre ha sido superior en mujeres que, en hombres, con una prevalencia global de los trastornos mentales de 36,1% y 18,7% sucesivamente. En el caso de las mujeres, se destaca la morbilidad psiquiátrica en trastornos depresivos, ansiosos o fóbicos, trastornos de límite de la personalidad, trastorno histriónico y dependiente; en el caso de los hombres, suelen ser más frecuentes los trastornos de personalidad (esquizotípico, antisocial y obsesivo – compulsivo) (Pérez, 2021), y trastornos derivados de consumos de sustancias tóxicas.

En el s. XXI, una de cada cuatro personas españolas tiene o tendrá algún problema de salud mental en el transcurso de su vida, de las cuales el 9,2% será en mujeres y el 4% en hombres (Confederación salud mental España y Fundación Mutua Madrileña, 2023). Estos datos se deben relacionar con los señalados anteriormente en el estudio presentado por diferentes confederaciones y fundaciones de salud mental de España, donde se corroboran estos hechos.

Debido a estos datos tan alarmantes de salud mental en las mujeres, Burin (2010) entre otros/as autores/as de la actualidad, proponen un concepto para la mujer intermedio entre las nociones clásicas de salud mental y enfermedad mental; el malestar. Esto se debe a que, con este término intermedio se puede realizar intervenciones más precoces alrededor del estado emocional de las personas y de esta manera no enfermizar diferentes estados anímicos o patologizar comportamientos determinados.

Muchos trastornos de salud mental femeninos tradicionales, se podrían comprender desde una perspectiva de resistencia de oposición de las mujeres (Burin, 2010). Como señalan Paula J. Caplan (1995) o E. Dio Bleichmar (1985), entre otras/os autoras/es, en referencia a las tradicionales “histerias”, las entienden como una respuesta a las condiciones de represión-opresión de la sexualidad femenina. Término que fue útil para crear una estrategia disciplinaria de una tipología de género conocida como imperante (Solís – Gómez, 2023). Este es un etiquetamiento que se relaciona estrechamente con el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

En definitiva, Swartz (2013) explica en referencia al diagnóstico de enfermedades mentales que la categorización y definición de enfermedades mentales ayuda a la sociedad a estar organizada y poner un orden a aquellos fenómenos que se observan desde la vertiente psiquiátrica, pero que al mismo tiempo manuales de diagnóstico se usan como herramienta para esconder problemas sociales de alta complejidad que afectan al bienestar de las mujeres más que al de los hombres.

3.3. Trastorno Límite de la Personalidad

En el s.XIX por primera vez se considera el Trastorno de Personalidad (TP) como un diagnóstico en salud mental. Es desde entonces que se consideró a las personas con TP con características centradas en los conflictos que tenían las personas entre sus creencias y valores (Abarca, 2022). Estas conciben este sufrimiento emocional como algo que no

puede ser evitado, y creen que no tienen el control de cómo se comportan y son (Prado, 2015).

En el DSM-V es descrito como (APA, 2022, p.645):

“Patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene un inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto”.

Existen once tipos de TP descritos por el DSM-V, y en el presente trabajo nos centraremos en el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), categorizado en el clúster B, que se caracteriza por la emocionalidad o imprevisibilidad (APA, 2022).

3.3.1. Breve historia del TLP

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es para muchos autores el trastorno de más confusión en su concepto y terminología que se ha dado en la historia de la salud mental (Fernández, 2017).

La inclusión de la categoría “border” o “límite” en el DSM, parece que después de muchos años ha llegado a un consenso (Pinto, 2023) aunque no ha sido la manera más acertada, ya que se ha seguido perpetuando un desconcierto que ha llevado a crear teorías alrededor del campo clínico (Espinosa, 2023).

A finales del s. XIX, se realizan las primeras observaciones por varios psiquiatras de personas que se encontraban entre la cordura y la locura (Fernández, 2007), pero fue Stern (1938), psicólogo y filósofo alemán, que usó por primera vez el término “borderline”. Este concepto se utilizaba para categorizar a personas con personalidades que se encontraban entre las personas caracterizadas como neuróticas y psicóticas, es decir, para hablar de personas que se encontraban en el “límite” de ambos grupos (Fernández, 2017). Eran pacientes funcionales socialmente y con una apariencia normalizada, pero que en momentos o períodos prolongados de estrés presentaban síntomas propios de un trastorno de esquizofrenia (Espinosa, 2023).

Se realizaron estudios empíricos a causa de la gran controversia que se generó entorno al TLP y en 1980 la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) incluyó el término “borderline” por primera vez en el DSM-III (Fernández, 2007). La consecuencia de esto,

fue su formalización como un diagnóstico psiquiátrico, lo que conllevó consigo unos criterios definidos (Espinosa, 2023).

Hasta llegar a la actualidad, el DSM ha tenido diversas revisiones, la más reciente en 2013. Esta última, incluyó el TLP como un “trastorno de personalidad” que se caracteriza por un patrón de la inestabilidad en diversas áreas de la vida de la persona, como son las relaciones interpersonales, autoimagen y afectividad, como también la impulsividad (Espinosa, 2023). Este es el diagnóstico más utilizado por los profesionales de la psiquiatría dentro de los trastornos de personalidad (Mantilla, 2015) a pesar de lo poco preciso que llega a ser (Fernández, 2017).

La poca precisión y alto uso del diagnóstico siguen contribuyendo a la mala comprensión y estigma de la enfermedad, y tiene un impacto en el tratamiento hacia las personas con TLP (Pinto, 2023).

3.3.2. Epidemiología

La prevalencia del TLP en la población general según el APA (2022) se sitúa entre el 1,6% y el 5,9%, pero autores como Gunderson et al. (2018) lo encuentra por debajo del 1%. En referencia a la atención primaria representa un 6% a diferencia del 10% que es atendido en centro de salud mental y un 20% de las personas hospitalizadas en psiquiátricos (APA, 2022).

Según el The National Institute of Health and Care Excellence (NICE, 2009), las conductas autolesivas y los intentos de suicidio son razones principales para buscar atención médica en el TLP. Se estima que entre el 60% y 70% de las afectadas intentan quitarse la vida en algún momento, y cerca del 10% logran hacerlo.

Los datos son pocos para definir de manera nítida el perfil sociodemográfico del TLP, sin embargo, la mayoría de las personas con este diagnóstico se encuentran en una edad comprendida entre los 19 y 34 años (Swartz et al. 1990), y donde la prevalencia disminuye en aquellos grupos que tienen una edad más elevada (Pinto, 2023). La estabilidad y hasta la remisión de los síntomas aparece entre los 30 y 40 años (APA, 2022).

Estudios como los de Skodol et al., (2005), Zanarini et al. (2012) y otro estudio realizado por Temes y Zanarini (2018) afirman que después de 10 años de tratamiento, las personas que tienen un diagnóstico en TLP dejan de cumplir algunos criterios de este trastorno. Todo esto es contradictorio si nos fijamos en cómo se describe el TLP en el DSM-V y sus

características de estabilidad e inflexibilidad. Sin embargo, en el manual se tienen en cuenta la remisión progresiva de la sintomatología (APA, 2022).

Como ya se ha comentado, el 75% de las personas diagnosticadas con TLP son mujeres, aunque existan estudios como los de Bjorklund (2006), NICE (2009) y Leichsenring et al. (2011) que cuestionan estos datos. A pesar de ello, el TLP es un diagnóstico que se ha asociado generalmente a la mujer, hasta en ocasiones conocido como “la nueva histeria” (Wirth-Cauchon, 2001).

En referencia al colectivo LGTBQI+, el diagnóstico de TLP tiene una prevalencia alta (Rodríguez-Seijas, Morgan y Zimmerman, 2021 citado en Pinto, 2023). En cuanto a los estudios y datos sobre las personas trans y no binarias, son escasos. El DSM-III incluyó la “duda sobre la identidad de género” como una manifestación de la “alteración de la identidad” en pacientes con TLP. Esto llevó a que algunos textos de esta época asociaran las experiencias transgénero con una posible variante de este trastorno (Goldhammer et al., 2019).

En cuanto a las diferencias étnicas y culturales, los datos son limitados y a menudo inconscientes. Los estudios actuales no evidencian diferencias sistemáticas, pero han detectado variaciones culturales en ciertos aspectos del trastorno (Ellison et al., 2018). Algunos investigadores e investigadoras como Paris y Lis (2013) o Fonagy y Luyten (2016) han hablado de factores culturales que pueden influir en la protección o exacerbación de ciertos síntomas. También Loranger, Janca y Sartorius (1997) hablan de sesgos culturales cuando se hace referencia a trastornos de personalidad.

Respecto a las diferencias raciales, los estudios existentes no proporcionan conclusiones definitivas y su aplicabilidad fuera de los Estados Unidos es cuestionable (Pinto, 2023). Hay preocupaciones entre los investigadores sobre la posibilidad de que estos trastornos no se detecten adecuadamente en minorías étnicas y/o raciales por varias razones, incluyendo barreras idiomáticas entre profesionales y pacientes, o el racismo estructural que podría disuadir a estas comunidades de buscar ayuda (Becker et al. 2022).

Podemos observar como las minorías y grupos sociales discriminados tienen una alta prevalencia en el TLP (Pinto, 2023). El modelo de estrés de minorías explica que existe una relación directa entre problemas de salud mental y pertenecer alguno de estos grupos sociales (Meyer, 2007). En la línea de este enfoque, muchos comportamientos que se suelen asociar con trastornos de personalidad se entienden como respuestas

comprensibles ante repetidas experiencias de injusticia y discriminación, y tal interpretación puede abrir caminos para tratamientos y apoyos más efectivos (Rodríguez-Seijas, Morgan y Zimmerman, 2021 citado en Pinto, 2023). Además, podría contribuir al entendimiento etiológico de algunas enfermedades, esclareciendo cómo la opresión se relaciona con los trastornos psiquiátricos (Goldhammer et al., 2019), el cual es un tema que abordaremos más adelante.

En conclusión, cada vez tienen más relevancias teorías desarrolladas por psicólogos y psicólogas como Campbell, Bateman, Luyten, Fonagy, o Allison donde se pone en cuestionamiento la conceptualización tradicional como un problema de la personalidad de las personas (Pinto, 2023), y se plantea que podría ser un mecanismo de supervivencia y adaptación en situaciones extremas, potenciadas por vulnerabilidades temperamentales y genéticas (Fongary et al., 2017; Fongary et al. 2023).

3.3.3. El TLP como diagnóstico

Para poder entender mejor el TLP, se ha adaptado y extraído la Figura 1 de *Injusticias Epistémicas en el contexto del Trastorno Límite de la Personalidad* (Pinto, 2023, p. 16) que se encuentra en el anexo 1 donde se observan las diferencias de los criterios existentes entre el DSM – V y las versiones del CIE – 10 y CIE – 11 (Clasificación Internacional de Enfermedades) elaborada estas dos últimas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Por otro lado, el espectro de síntomas asociados con el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es bastante extenso; sin embargo, los cambios emocionales bruscos y la dificultad para regular las emociones suelen ser los aspectos más comunes y persistentes (APA, 2022), y suelen ser más duraderos (Zanarini et al., 2007). Para establecer un diagnóstico del TLP, es suficiente con que el paciente cumpla con cinco de los nueve criterios propuestos, lo que da lugar a una amplia diversidad en la manifestación de los síntomas (Fernández-Guerrero, 2017). Además, el proceso de diagnóstico diferencial se complica debido a la frecuente coexistencia del TLP con otros trastornos psicológicos (NICE, 2009). Por estas razones, el TLP es considerado uno de los trastornos psiquiátricos más complejos de identificar con precisión, lo que puede llevar a tener consecuencias desfavorables para aquellos que lo padecen (Pinto, 2023).

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

El objetivo general de este trabajo es comprender cómo los factores socioculturales, los roles y estereotipos de género influyen en el diagnóstico clínico del Trastorno Límite de la Personalidad.

A través de un trabajo de investigación y revisión bibliográfica se ha recogido información útil y necesaria para poder trabajar en torno al tema.

4.2. Objetivos específicos

- Examinar la prevalencia de género en el diagnóstico del TLP.
- Analizar el impacto de los estereotipos y roles de género en el TLP.
- Identificar limitaciones en la narrativa biomédica del TLP.
- Explorar perspectivas feministas en el estudio del TLP.

5. MARCO METEODOLÓGICO

5.1. Diseño y marco metodológico

La metodología se utiliza para dar respuesta a aquellas cuestiones que se van planteando a lo largo de la investigación y, además, sirve de guía para estructurar todo el proceso de esta. Esto incluye desde la conceptualización del problema hasta la recopilación y análisis de datos (Creswell, 2014). Yin (2017) sostiene que la adhesión a una metodología adecuada garantiza que la investigación se realice con rigor, lo que puede traducirse en validez y fiabilidad de los resultados.

Caplan (1995), comenzó a realizar investigaciones relacionadas con las desigualdades y los sesgos de género que se reflejan en los diagnósticos en salud mental al considerarlos poco neurales. En esta línea de investigación, se ha buscado entender cómo las estructuras sociales y normativas de género influyen en el diagnóstico clínico del TLP por la gran controversia que tiene este diagnóstico en relación al género.

Se empleará un enfoque cualitativo, apoyado en una revisión bibliográfica y enmarcado en una perspectiva social y feminista. El enfoque cualitativo permitirá una exploración profunda y contextualizada del sesgo de género en la literatura sobre el diagnóstico clínico

en salud mental. Según Denzin y Lincoln (2011), este tipo de enfoque es adecuado para poder explorar y comprender fenómenos complejos en sus contextos socioculturales.

Se ha realizado una revisión exhaustiva y crítica de la literatura relacionada con el diagnóstico clínico en salud mental y género al igual que el con el TLP y la relación con el género. Esta revisión ha integrado tanto investigaciones empíricas como discusiones teóricas.

5.2. Técnicas de investigación

El proceso de investigación y revisión bibliográfica se ha basado en materiales informativos (sitios web, revistas de divulgación, artículos, libros, guías prácticas, manuales, entre otros) que se han detallado en la bibliografía final. Se han empleado bases de datos académicas como PubMed, PsycINFO, Scopus, Web o Science, Dialnet, Google Academy y otras pertinentes.

Para poder definir el dominio de la investigación, se han realizado ecuaciones de búsqueda a través de conceptos y palabras clave relacionados con “diagnóstico clínico”, “salud mental”, “género”, “sesgo”, “feminismo”, “factores”, “Trastorno límite de la personalidad”, “TLP”, “comorbilidad”, “*gender*”, “*mental illness*”, “*stigma*”, “*mental disorder*”, estigma, enfermedad mental, sexo, “*Borderline personality disorder*”, “*feminism*”, “roles”, “*rols*”, “abuso sexual”, “estereotipos”, entre otras.

Para conseguir encontrar artículos y herramientas útiles para la investigación se han utilizado los operadores booleanos “AND y “OR” en mayúscula. Destacar que el operador booleano “NOT” no dio respuestas destacables.

En esta revisión se han analizado todos aquellos artículos y libros relevantes indistintamente del año de publicación debido a la prevalencia de algunos autores y autoras en los temas tratados. Además, al no utilizar términos temporales se ha podido tener una visión más extensa y completa. Tampoco se ha excluido ningún documento escrito en otro idioma, siendo predominantes libros, artículos y manuales en inglés y castellano. En definitiva, se incluyen fuentes que abordan específicamente el diagnóstico clínico en salud mental desde una perspectiva de género o que discutan el sesgo de género en este contexto; y se excluirán fuentes no académicas o aquellas que no sean pertinentes para el tema estudiado.

En referencia al análisis de la información que se ha realizado para delimitar la bibliografía utilizada en esta investigación, se inició una selección previa mediante la lectura y comprensión de resultados, resúmenes y resultados que luego permitirá realizar el análisis de los artículos destacados y con una relevancia y relación directa con el objetivo general del estudio. Los datos extraídos se han presentado a lo largo de la revisión al incluir detalles de las autoras y autores, año, objetivos y observaciones sobre el sesgo del género.

Al empezar a redactar la introducción, se empezó a enfocar el sesgo de género en el diagnóstico clínico de salud mental, pero después de estar trabajando sobre este tema y la gran información que existe alrededor de salud mental y género, finalmente se obtuvo por centrar el trabajo en el diagnóstico del TLP. Ciertamente, que ha habido ciertas dificultades para no centrar el TLP en bases clínicas y que fuese un trabajo de investigación meramente clínico, por lo que se ha dado especial importancia al contexto sociocultural de este trastorno. Por esta razón, se ha ampliado la búsqueda a conceptos sociales y psicológicos, y así tener una mayor comprensión de lo que se habla en el trabajo.

En esta línea de búsqueda, se observó que la cantidad de artículos y revisiones realizadas sobre este tema es muy elevada y para poder realizar este trabajo desde un enfoque feminista, la información utilizada en la investigación se ha basado en buscar autores y autoras con este enfoque y perspectiva de género; ampliando la búsqueda bibliográfica con los operadores booleanos “AND” asociando el concepto “Salud mental” a conceptos como “feminismo”, “*feminism*”, “Teorías feministas”, “perspectiva de género” “construcciones sociales”. Con este tipo de análisis, se ha querido mantener el enfoque feminista crítico, priorizando voces y perspectivas marginadas, y cuestionando estructuras y normas patriarcales presentes en la literatura.

Se ha concluido con un uso de bibliografía de **132 publicaciones**. Ciertamente es que la relevancia en todas ellas ha sido muy dispar, ganando protagonismo relevante aquellas autoras y autores en el que su línea de trabajo se centra en el enfoque de la investigación.

Para acabar, se mantendrá una postura reflexiva a lo largo del proceso, reconociendo los propios sesgos y posicionamientos. Aunque esta investigación se base en literatura publicada, se ha tratado la información con respeto y sensibilidad. La metodología propuesta ha pretendido ofrecer una comprensión holística del objetivo principal de la

investigación. A través de la perspectiva escogida, se busca no solo identificar y describir este sesgo, sino también proponer caminos hacia una práctica más equitativa e inclusiva.

5.3. Planificación

La salud mental es un campo que ha estado tradicionalmente influido por distintas estructuras sociales y culturales. Las normas y los estereotipos de género, en particular, han desempeñado un papel crucial en la percepción y diagnóstico de ciertas condiciones, como el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

La primera fase de la investigación ha consistido en realizar una introducción detallada y se ha contextualizado las estructuras sociales y las normativas de género vigentes, y como estas tienen repercusión del TLP. También se ha explicado la relevancia de adoptar una perspectiva feminista para poder comprender cómo estos factores influyen en el diagnóstico del TLP. Se ha justificado la importancia de la investigación basándose en la necesidad de aportar equidad y profundidad al diagnóstico clínico en salud mental. Para poder elaborar esta primera fase del trabajo de investigación se empezó en septiembre a realizar una búsqueda y selección de material bibliográfico que posteriormente fue analizado realizando lecturas sobre los resultados, conclusiones y aspectos importantes y destacables, útiles para la redacción de este trabajo de investigación. Una vez analizada esta bibliografía y descartados aquellos artículos y recursos que no seguían la línea del trabajo, se categorizaron y se clasificó la información en función de los temas tratados en cada artículo, manual, libro, revista, etc. como, por ejemplo, género y sexo, sistema género – sexo, estudios feministas, salud mental, datos estadísticos, estudios relevantes, entre otros. En esta primera fase se redactó la introducción, justificación del trabajo de investigación y el marco teórico, el cual fue entregado al equipo de profesionales para la primera valoración de este a mediados de octubre. La construcción del marco teórico ha implicado una exhaustiva de la literatura existente. Se revisaron las teorías feministas pertinentes que discuten las estructuras de poder y la construcción de género. Además, se ha analizado la literatura sobre el TLP, con un enfoque especial en los estudios que abordan las diferencias de género en su diagnóstico y tratamiento.

La segunda fase, se centró en definir correctamente los objetivos, tanto el general como los específicos, la metodología que se iba a utilizar y como se iba a desarrollar el trabajo en espacio – tiempo. En este caso, se entregó al profesorado a principios de noviembre para seguir detallando hacia donde se dirigía la investigación propuesta.

La tercera fase duró hasta mediados de noviembre. En este periodo, se empezó a aplicar la metodología utilizada en el trabajo de investigación, en concreto la cualitativa. Donde se identificaron las temáticas más recurrentes para tratar y se compararon entre las diferentes perspectivas de autores. Además, en este momento del trabajo, se empezará a desarrollar el cuerpo de la investigación, donde se encuentran los temas más destacados para dar respuesta a las hipótesis planteadas y a los objetivos específicos.

La cuarta fase ha sido la más compleja. Esta empezó a finales de noviembre hasta finales de diciembre. En este período, se realizó una evaluación de las conclusiones y argumentaciones que se han ido presentado a lo largo del trabajo relacionando estos aspectos con el contexto social y cultural. Se sintetizó la información recolectada y se esquematizó y estructuró el documento preliminar, entendido como “el borrador” final.

En todas las fases explicadas anteriormente, se ha seguido haciendo un continuo trabajo de búsqueda de material bibliográfico, análisis y clasificación de la información obtenida para seguir enriqueciendo el trabajo y que este tenga una buena base de autoras y autores que ayuden a la validez del trabajo de investigación.

Después de la devolución de esta última fase, se revisaron aquellas correcciones recibidas por parte del equipo y se editó y redactó el trabajo de investigación final.

Finalmente, a principios de febrero, se hará la exposición oral del trabajo.

Finalmente, he realizado un diagrama de Gantt (el cual se encuentra en el Anexo 2) para mostrar gráficamente la programación, duración y relación entre las actividades de la investigación. Esta herramienta es muy utilizada en la gestión de proyectos para poder visualizar cómo está programada el tiempo y monitorear el progreso.

5.4. Recogida de datos

La estrategia de análisis de datos que se ha utilizado en el presente trabajo ha sido fundamentalmente el uso de la tabla de clasificación para poder organizar los textos que se han encontrado a lo largo del trabajo de investigación (Anexo 3). Esta herramienta permitirá catalogar y sintetizar eficientemente una amplia gama de literatura y al mismo tiempo facilitará un análisis crítico, coherente y estructurado. Para abordar cada uno de los objetivos específicos, esta tabla se convierte en un marco fundamental para desentrañar y comprender las relaciones entre género, salud y diagnóstico.

Por ejemplo, revisar la literatura del TLP o examinar la prevalencia de género en el diagnóstico. Esta evolución es crucial para entender el contexto en el que se desarrollan los estereotipos y normas de género. Según autores como Judith Butler en “Gender Trouble” (1990), los conceptos de género son construcciones sociales, lo que implica que las normativas de género pueden influir significativamente en la interpretación y el tratamiento de trastornos como el TLP.

Al analizar la intersección del género y la salud mental, especialmente en trastornos con mayor prevalencia en mujeres, la tabla utilizada permitió explorar cómo las diferencias de género se reflejan en la literatura clínica y académica. Este enfoque está en línea con estudios como los de Ann Oakley en “*Sex, Gender and Society*” (1972), que subrayan la importancia de distinguir entre sexo y género en el análisis sociológico y médico.

La evaluación del impacto de las estructuras de poder y las normas patriarcales es otro aspecto fundamental en la revisión bibliográfica que se ha elaborado. Mediante la tabla, se ha rastreado cómo estos factores se reflejan en las prácticas diagnósticas y cómo influyen en el diagnóstico del TLP, identificando las limitaciones en las narrativas biomédicas del TLP. En la obra de Simone de Beauvoir, “*El Segundo Sexo*” (1949), se realiza una discusión sobre cómo las normas patriarcales han moldeado las interpretaciones y tratamientos de las mujeres en varios aspectos de la vida, donde incluye también la salud mental.

En la investigación se propone analizar cómo las narrativas feministas describen y contextualizan el TLP. Se desafían los enfoques tradicionales, aportando una perspectiva crítica y ampliada. Este enfoque es vital para comprender cómo las teorías feministas han contribuido a una comprensión más matizada y menos estigmatizada del TLP. Este análisis pretende ser enriquecedor a través de la revisión bibliográfica realizada, con teorías como las de Bell Hooks en “*Feminist Theory: From Margin to Center*” (1984), que abordan un enfoque inclusivo y diverso en el análisis feminista.

Finalmente, se ha explorado cómo los estereotipos de género pueden influir en el TLP, por lo que a través de la tabla se ha podido identificar y discutir estos sesgos. Esto está en consonancia con la investigación contemporánea en psicología feminista, que busca dismantlar los prejuicios de género en la comprensión y tratamiento de la salud mental.

La selección de fuentes y autores y autoras significativas para esta revisión bibliográfica es primordial. Es por ello, que se ha realizado esta búsqueda de manera exhaustiva como

he indicado en el trabajo, usando bases de datos académicas concretas y palabras clave determinantes para que los resultados se alineen con el objetivo principal y los objetivos específicos de la investigación.

En conclusión, la metodología de usar una tabla de clasificación para organizar la literatura relevante se alinea perfectamente con objetivos de la investigación. Permite no solo acumular y sintetizar información, sino que también realizar un análisis crítico y reflexivo, esencial para una investigación que busca desafiar las narrativas convencionales en el campo de la salud mental desde una perspectiva de género.

5.5. Aspectos éticos

En el desarrollo del presente trabajo, centrado en la influencia de las normativas y construcciones de género en el diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) desde una perspectiva feminista y social, he puesto especial atención en abordar los aspectos éticos de manera integral y consciente. La ética en la investigación, especialmente en un campo tan delicado y multifacético como el de la salud mental y los estudios de género, no es solo una responsabilidad fundamental, sino también un pilar esencial que asegura la validez, respeto y relevancia social y académica de la revisión bibliográfica.

La investigación se enmarca en el respeto por la diversidad y la inclusión, siguiendo los principios de Judith Butler (1990), cuyas teorías sobre el género como una construcción social fluida y dinámica, han informado este enfoque para evitar generalizaciones o simplificaciones. He sido meticulosa en la selección y citas de fuentes, eligiendo cuidadosamente cada referencia por su relevancia y credibilidad, siguiendo los estándares académicos para evitar el plagio y apoyándome en autoras y autores clave como Simone de Beauvoir (1949) y Carol Gilligan (1982).

Reconociendo que tanto mis propias perspectivas como las literaturas seleccionadas pueden contener sesgos, me he esforzado por adoptar un enfoque crítico e interseccional, siguiendo la recomendación de Kimberlé Crenshaw (1989) y su análisis sobre cómo múltiples factores como raza, clase y género pueden influir en las experiencias de salud mental. Dada la sensibilidad del tema del TLP, he abordado el trastorno y los temas relacionados con el máximo respeto y consideración, evitando cualquier forma de

sensacionalismo o estigmatización, y promoviendo una comprensión más matizada y empática, alienada con el enfoque de Ann Oakley (1972) en sus estudios de género.

Siendo consciente de las implicaciones prácticas y éticas de mi trabajo, no busco únicamente describir, sino también reflexionar y cuestionar aspectos que se han ido arraigando a la salud mental y en concreto, al diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad.

En conclusión, la consideración ética en mi investigación no se limita a un marco teórico. Mediante la adhesión a estos principios éticos, busco garantizar que mi investigación sea no solo académicamente rigurosa, sino también socialmente responsable y respetuosa, contribuyendo de manera significativa al campo de la salud mental y los estudios de género.

6. ANÁLISIS DE DATOS

6.1. Trastorno Límite de la Personalidad: sesgo de género

Los estudios de epidemiología muestran una proporción en la cual, por cada hombre diagnosticado con trastorno límite de la personalidad, existen tres mujeres con el mismo diagnóstico (Azcarate et al., 2005). Estos datos han generado amplios debates acerca de las razones que hay detrás de la mayor prevalencia del trastorno en mujeres. Se han puesto diversas explicaciones, que van desde factores hereditarios, constituciones y biológicos que podrían hacer a las mujeres más susceptibles a este trastorno, hasta influencias socioculturales que podrían llevar a los psiquiatras a diagnosticar el trastorno más frecuentemente en mujeres que en hombres (Azcarate et al., 2005). Por lo que, una cuestión que debería plantearse es que, si esta mayor prevalencia en mujeres se debe a un sesgo en el diagnóstico en la muestra, o si puede ser debido a las diferencias socioculturales o biológicas que existen entre hombres y mujeres (Skodol y Bender, 2003).

Los estudios que existen sobre el sesgo de género en el TLP son contradictorios (Zimmerman, 1990 en Ruíz y Vairo, 2008). Algunos de ellos son los siguientes:

- En el estudio de Carter et al., (1999) se concluyó que las personas con TLP en tratamiento ambulatorio con depresión mayor indican que los hombres cumplen con más criterios del TLP (Ruíz y Vairo, 2008)

- En el estudio de Golombo M et al., (1995) se concluyó que las personas con TLP en tratamiento ambulatorio no mostraban diferencias significativas (Ruíz y Vairo, 2008).
- En los estudios empíricos con muestras clínicas de Winsper et al., (2020) se confirma la mayor prevalencia en mujeres.

El estudio pionero que utilizó una muestra poblacional representativa para evaluar la prevalencia del TLP en la población general fue realizado por Torgersen y su equipo en Noruega (2001). Este estudio específico no reportó diferencias notables en la prevalencia del TLP entre hombres y mujeres (Torgersen et al., 2001). Sin embargo, la mayoría de las investigaciones acaban concluyendo que existe un sesgo de género en el TLP debido a que los profesionales clínicos tienden a diagnosticar este trastorno a las mujeres (Ruíz y Vairo, 2008). Existen estudios clínicos y de neuroimagen cerebral que confirman que la autoagresión es más común en mujeres, mientras que la agresión dirigida a otras personas es más frecuente en hombre (Azcárate et al., 2005). Respecto a esto, se han dado distintas opiniones que sugieren que ciertas conductas asociadas al TLP se expresa de manera distinta en los hombres, lo que a menudo lleva a diagnosticarles con trastorno antisocial de personalidad en lugar del TLP (Ruíz y Vairo, 2008).

Es importante destacar también que, la mayor prevalencia de abuso sexual en niñas en comparación con los niños (Lamela, 2005), es un factor relevante, especialmente considerando que, como se hablará más adelante, las personas con trastorno límite de la personalidad tienden a tener una historia más común de haber experimentado abuso físico y sexual durante la infancia, en comparación con otros y otras pacientes o la población general (Azcárate et al., 2005).

Por otro lado, en un estudio de Zanarini (1998), se observó las diferencias de género entre hombres y mujeres y concluyó lo siguiente:

Un factor relevante que podría influir en las estadísticas de prevalencia del TLP entre géneros es que numerosos hombres que podrían padecer estos trastornos a menudo son diagnosticados con dependencia o abuso de alcohol y otras sustancias, mientras que a las mujeres se les relacionaba con trastornos de conducta alimentaria (Azcárate et al., 2005).

Lo que provoca que estos hombres reciben tratamiento en programas específicos para estas adicciones, y puede llevar a pasar por alto el diagnóstico de trastornos de personalidad (TP).

Zlotnik reportó la misma información en referencia a la comorbilidad con otros trastornos en función del sexo, no obstante, en el estudio no se encontraron diferencias entre género en cuanto al nivel de deterioro; personas de ambos sexos mostraron niveles similares de funcionamiento, pero se expresaban de manera distinta (Zlotnik et al., 2002).

A pesar de las contradicciones que existen en el sesgo de género del diagnóstico de TLP, existen teorías que dan explicación a esta diferencia de género tan frecuente. Una de ellas es la **teoría de la invalidación emocional** de Linehan (1993) donde se enfoca en cómo la combinación de factores biológicos y ambientales contribuye al desarrollo del TLP (Gabinet Psicológic, 2022).

Marsha Linehan (1993) propone lo siguiente:

El TLP como resultado de una interacción entre una predisposición biológica hacia una sensibilidad emocional elevada y un entorno habitualmente invalidado o que no responde adecuadamente a las emociones del individuo. Esta sensibilidad se caracteriza por una intensidad emocional aumentada y una recuperación lenta a un estado emocional neutro. Por otro lado, el ambiente invalidante se refiere a patrones de crianza que no reconocen o responden inadecuadamente a las expresiones emocionales del niño.

Linehan añade que, las mujeres pueden enfrentar desafíos si sus habilidades y talentos se alinean con aquellas cualidades que son comúnmente apreciadas por los hombres, pero no por ellas. Como, por ejemplo, el deporte, actividades relacionadas con la mecánica, con la ciencia, son más valoradas en hombres que en mujeres (Ruíz y Vairo, 2008). Como resultado, las mujeres que tienen estas características pueden experimentar una invalidación de su orgullo y confianza. En situaciones donde los talentos típicamente valorados en hombres no se alinean con los intereses y habilidades tradicionalmente asociados con las mujeres, estas pueden enfrentar no solo una falta de reconocimiento, sino también críticas por comportamientos considerados “masculinos”. Así pues, cuando el temperamento de las mujeres no coincide con las expectativas sociales de su género, se añade una capa adicional de complejidad. Se tiende a valorar cualidades como la dulzura, generosidad, afecto, respeto hacia los demás y feminidad, características que no

necesariamente se alinean con un temperamento más firme o desafiante (Ruíz y Vairo, 2008). Es lógico que las mujeres que tienen estos sentimientos y viven estas circunstancias acaben creyendo que existe algo malo en ellas (Linehan, 1993 en Ruíz y Vairo, 2008).

6.1.1. DSM y género

Marcie Kaplan (1983), señaló que la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) fue redactada predominantemente por hombres. Argumentó que estos autores incorporaron prejuicios de género en la creación de las categorías diagnósticas (Solis-Gomez, 2023). La autora explicó que el grupo de profesionales que trabajó en el DSM-III (37 hombres y 3 mujeres) usaron características con patrones masculinos para categorizar la enfermedad y salud (Ruíz y Vairo, 2008). Resultado:

Las mujeres se enfrentaban a un riesgo más alto de ser diagnosticadas con características de personalidades histriónicas o dependientes, debido a la aplicación de estos estereotipos de género (Kaplan, 1983).

Así pues, la histeria fue una psicopatología pensada únicamente para la mujer (Rodríguez et al., 2022). La asociación de “histeria” y “mujer” actualmente se encuentra presente en nuestra sociedad, aunque los primeros documentos médicos que realizaban esta asociación se remontan a papiros egipcios (Fernández, 1993). A pesar de las modificaciones que se han podido ir realizando en estos términos, la esencia sigue persistiendo. En el caso del DSM-IV, el trabajo fue realizado por 26 hombres y 11 mujeres, y aunque la proporción haya aumentado, esto no acaba garantizando una visión de género en la sintomatología (Ruíz y Vairo, 2008).

Movimientos feministas y académicos, en las investigaciones realizadas, han cuestionado la tendencia a patologizar procesos biológicos naturales o reacciones normales a circunstancias opresivas o violentas (Solis-Gomez, 2023). Akhtar (1995) empezó hablar de los factores culturales como clave para poder entender las diferencias de género y otras variaciones en los TP. Además, añade que, la menor incidencia del Trastorno Antisocial en las mujeres puede estar relacionado con estas circunstancias opresivas que se comentan, es decir, un mayor control social en la conducta femenina. Observa que, con

cambios en las condiciones sociales y una mayor libertad para las mujeres, se han detectado más casos de Trastorno Antisocial en estas (Bjorklund, P, 2006).

Un caso destacado es la conceptualización del Síndrome Premenstrual durante los años ochenta. García Dauder y Pérez Sedeño (2017) sugirieron que este síndrome es una reinterpretación moderna de lo que antes se conocía como histeria. Aunque es cierto que el periodo premenstrual puede conllevar ciertas incomodidades, es importante considerar el entorno social en el que viven las mujeres. Factores de estrés en el entorno pueden ser cruciales para el desarrollo de uno de estos síntomas (Ussher, 2003 en Solis-Gomez, 2023).

Roselló Peñazola, Cabruja Ubach y Gómez Fuentealba (2019), en su artículo *¿Feminización de la psicopatología o psicopatologización de lo femenino? Construcciones discursivas de cuerpos vulnerables*, explican que:

- En el discurso médico existe una tendencia tanto positiva como negativa a relacionar a las mujeres con sus características biológicas.
- Esta perspectiva suele vincularse con la idea de una naturaleza hormonal e “inestable” del cuerpo femenino como causa subyacente.

Uno de los mayores problemas encontrados en la postura biomédica es la simplificación de los malestares femeninos en su cuerpo (Rodríguez et al., 2022), que acaban ignorando, como se ha comentado anteriormente, los factores socioculturales que se encuentran presentes en la subjetividad femenina y lo que se sigue perpetuando es la exclusión social que acompaña a la mujer desde mucho tiempo atrás.

Autores como Frances et al. (1994) admiten que las preocupaciones sobre un posible sesgo de género en el diagnóstico de TP son válidas. Señalan que los criterios establecidos en el DSM-III para estos trastornos fueron desarrollados principalmente por hombres, con limitada base de investigación empírica rigurosa. Por lo tanto, no sería inesperado que los médicos hombres pudieran identificar más fácilmente características femeninas maladaptativas que masculinas en sus diagnósticos.

Stotland (2002) argumenta con firmeza que hay una interacción significativa entre la asignación de diagnósticos según el género de paciente y el profesional de salud mental. Explica que la prevalencia de ciertos diagnósticos en mujeres puede predisponer a los

psiquiatras a clasificar a las pacientes femeninas en esas categorías diagnósticas específicas.

En definitiva, como explica Lynam y Widiger (2001), existen rasgos significativos, incluyendo aspectos como la construcción sesgada de diagnósticos, métodos de evaluación sesgados, sesgos en el muestreo poblacional y en la aplicación de los criterios diagnósticos.

En conclusión, actualmente no existe un consenso en los Trastornos de Personalidad concretamente (Pinto, 2023), y esto se refleja en el DSM-V y CIE, donde las dos clasificaciones explicativas de esta tipología de trastornos es distinta, como se muestra en el anexo 1. Esto ha llevado a lo largo del tiempo a perpetuar una confusión conceptual y terminológica hasta la actualidad (Fernández, 2017) y, por ende, que la variedad de personas con este diagnóstico manifiesta diferentes sintomatologías en función de las variedades de los síntomas. Según Víctor Pérez (2016), existen 256 maneras de ser una persona con TLP, dependiendo del peso de los síntomas que se haya asociado y su comorbilidad. Por esta razón y entre muchas otras, hay diferentes consideraciones en referencia al diagnóstico:

- Tyrer (2009) consideran que el TLP no es un Trastorno de personalidad.
- Herman (1992) lo considera un subtipo de Trastorno de Estrés Postraumático.
- Gunderson (2011) lo clasifica de un trastorno clínico independiente.
- Akiskal (1981) lo consideró un Trastorno del Espectro Afectivo.

Estos problemas nosológicos que presenta el TLP pueden acabarse vinculando al estigma que existe alrededor de este tipo de diagnóstico.

6.2. Trastorno Límite de Personalidad: Estereotipos, prejuicios y estigma

Según el DRAE³ el **prejuicio** se define como:

“La opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce como mal.”

No depende de la inteligencia emocional de la persona ni de su capacidad para razonar o su nivel cultural, sino que estos forman parte del bagaje cultural de la persona (Pla et al., 2013), porque se encuentran presentes en el entorno familiar y social y tienen un efecto

³ Diccionario de la lengua española, vigésimo segunda edición. <http://lema.rae.es/drae/>

en las relaciones entre las personas. Es un proceso de juicio hacia una situación o persona, una formación anticipada y constructo prematuro de creencias, nociones y actitudes (Lemus, 2007). Cabe decir que, aquellas personas que están en contacto con problemas de salud mental tienen un menor prejuicio (Zamorano et al., 2023).

Por otra parte, los **estereotipos** se definen por el DRAE⁴ como:

“La imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad, con carácter inmutable.”

A través de los estereotipos las personas tienen la capacidad de poder simplificar su día a día a la hora de la comprensión de la realidad, y además ayuda que la gente pueda sociabilizarse con mayor facilidad. Los estereotipos se forman por las creencias populares que existen entorno a los grupos sociales concretos o en personas de determinadas clases sociales (Pla et al., 2013) que pertenecen a una determinada nacionalidad, cultura, etnia, sexo, género, etc.

Tanto el estereotipo como el prejuicio, tienen un componente comportamental que provoca una conducta discriminatoria y estigmatizante.

Por último, el **estigma** según Goffman (2006):

Atributo desacreditador que sirve para justificar la exclusión social de las personas.

En esta definición aparecen dos grandes grupos; por un lado, “los normales” y, por otro lado, “los estigmatizados”. El primer grupo hace referencia aquellas personas que no tienen una desviación negativa del grupo al que pertenecen, y el segundo grupo se caracteriza por personas que sufren conductas de rechazo, discriminatorias o evitación (Pla et al., 2013).

Este estigma social, formado por estereotipos y prejuicios, acaban siendo internalizados y producen autoestigma y sentimientos de vergüenza a las personas que lo reciben (Geffner y Argest, 2021).

Las creencias más extendidas en la sociedad española es la imprevisibilidad y peligrosidad hacia las personas con un diagnóstico de salud mental (Zamorano et al., 2023). Sentimientos como la ira, miedo o culpa, se relacionan con estas personas, pero si

⁴ Diccionario de la lengua española, vigésimo segunda edición. <http://lema.rae.es/drae/>

nos centramos en la discriminación conductual observamos distanciamiento social y tendencias restrictivas (Gallego et al., 2020).

6.2.1. Estigma y Trastorno Límite de la Personalidad

Siguiendo con el estigma y el diagnóstico del TLP, este es un tipo de trastorno que está especialmente estigmatizado por los y las profesionales clínicos (Nelson y Sisti, 2022), que presentan mayor negativa y deseo de distancia, y mejor optimismo y empatía en referencia a otros trastornos como podría ser la esquizofrenia (Loader, 2017).

Markham (2003) realizó un estudio donde concluía que las personas que se dedicaban en el ámbito de la salud (enfermeras y enfermeros) mostraban menos rechazo y más percepción de peligrosidad con personas con diagnóstico de esquizofrenia que con personas con diagnóstico de TLP. En referencia al abordaje terapéutico, la negatividad era mayor en la TLP (Grasso y Helmich, 2020).

Estas personas han sido etiquetadas como “narcisistas”, “intratables”, “molestas”, “manipuladoras” y sus comportamientos han sido asociados a “llamadas de atención” (Pinto, 2023). Son consideradas pacientes complicadas y existe rechazo y evasión por parte de los y las profesionales (Nelson y Sisti, 2020). Además, como otros grupos estigmatizados, acaban interiorizando y asumiendo estas etiquetas negativas como parte de su identidad, perdiendo, en ocasiones, la esperanza en el proceso terapéutico (Sheehan et al., 2016 en Pinto, 2023). Se ha observado que estas personas sufren mayor autoestigmatización en comparación con aquellos diagnósticos con otros trastornos (Koivisto et al., 2022). Este malestar y sensación negativa da impulso a los intentos autolíticos de los que se caracteriza el TLP (Kvaale et al., 2013).

Otro estigma que aparece en este diagnóstico es la falta de consideración del TLP como una enfermedad por parte de los clínicos, y ser reconocido más bien por un estado autoinducido (Campbell et al., 2020). Según Aviram, Brodsky y Stanley (2006), existe una creencia generalizada de que los pacientes con TLP tienen un control deliberado sobre sus acciones. Consideran que sus propios comportamientos no son impulsos o sintomáticos de un trastorno, sino actos intencionados y, por lo tanto, merecedores de reprobación. Esto nos lleva al **dilema conocido como “mad or bad”**, descrito por Potter (2009) que refiere lo siguiente:

La dificultad de distinguir entre una verdadera condición psiquiátrica y comportamientos o valores moralmente cuestionables según los estándares sociales.

Potter (2009) cuestiona que, si se considera que los pacientes pueden ser responsables de sus síntomas, entonces estos comportamientos no serían realmente síntomas de una patología. Por lo que, en tal caso, no estaríamos frente a una condición psicopatológica, ya que sería injusto culpar a alguien por los síntomas de su enfermedad. Por lo tanto, existe una visión ambivalente en esta situación porque las personas no tienen las atenciones pertinentes como personas enfermas de salud mental, porque se les responsabiliza de la sintomatología que presentan, pero tampoco se les considera personas “normales” o “sanas” porque tienen un diagnóstico en salud mental: Trastorno Límite de la Personalidad (Lewis y Appleby, 1998).

Como explica Potter en *Mapping the edges and the in-between: A critical análisis of borderline personality disorder* (2009), el “**autocumplimiento**” es una consecuencia de tener conciencia de estar diagnosticada con TLP y de lo que implica a nivel social, es decir, que puede haber un acomodamiento de la manera de ser de la persona a los comportamientos, emociones o creencias que debe tener una persona con este tipo de diagnóstico.

En este caso, juega un factor importante la “**hipótesis de la mentalización**”⁵ y la visión que tiene del TLP, que puede llegar a ser una estrategia de adaptación a experiencias concretas o de inseguridad y que, en algún momento este tipo de conducta fue útil para la persona, pero ahora en el contexto social este comportamiento es desadaptativo (Fonagy et al., 2017). A través de esta teoría, se explica que la persona tiene una respuesta a estímulos que son reales ante un entorno social y que la respuesta se ve intensificada por factores biológicos y temperamentales⁶.

⁵ Mentalización es la capacidad de entender e interpretar intenciones, emociones, motivaciones, creencias y otros estados mentales propios y de los demás. Esta habilidad es fundamental para la interacción social, la regulación de emociones, la comprensión y el significado de las experiencias internas, y para percibirse a uno mismo como agente activo. Experiencias sociales adversas podrían interferir o incluso impedir el desarrollo de la mentalización. Para su desarrollo adecuado, es esencial que el individuo experimente cuidado, comprensión y reconocimiento por parte de otros (Fonagy et al., 2023).

⁶ No se debe olvidar la influencia de estos factores y la interacción que existe con el contexto sociocultural, ya que si no sería una teoría reduccionista y unilateral del diagnóstico que no se correspondería a la realidad (Pinto, 2023).

En definitiva, hay autores (Pinto, 2023) que consideran los síntomas del TLP como respuestas que se dan en situaciones consideradas de peligro y emergencia por la persona, reacciones necesarias para éstas. La problemática se presenta cuando se convierten en mecanismos generalizados y constantes y acaba siendo una respuesta desadaptativa, volviéndose una persona desconfiada hacia el entorno y no aprendiendo de este (Pinto, 2023).

6.3. Trastorno Límite de la personalidad: género

Los estereotipos, prejuicios y estigma no aparecen únicamente en los diagnósticos de salud mental, sino en otras áreas de la sociedad, como es el género dentro de estos. También se ha hablado de la alta prevalencia del TLP en el género femenino, aunque estos datos no son concluyentes en la población en general y podría explicarse sobre la base de estereotipos de género y roles de género (Fernández et al., 2022).

Según la Organización Mundial de la Salud (2018), el género condiciona directamente las experiencias que vive una persona. En función del género, la sociedad impone unos roles determinados a la persona y esto conlleva que ésta quede expuesta a un tipo de experiencias diferentes que pueden acabar afectando a la salud mental. Madero (2020) en su artículo⁷, detalló que el *International Journal of Public Health* publicó que las reglas impuestas proporcionan un orden cultural patriarcal que acaban siendo perjudiciales para la salud mental de las mujeres.

Entre los años 1925 y 1935, empiezan los movimientos feministas inducidos por el psicoanálisis y el interés por la sexualidad femenina. Esta corriente iniciada por Freud se centraba en la psicología de la mujer y las carencias que detectaba, realizando una comparación con la psicología modelo tomada en psiquiatría, la psicología del hombre (Retamales, 2007). El uso de casos de mujeres por parte de Freud para desarrollar el psicoanálisis fue toda una innovación, pero se deben destacar dos mujeres bajo el nombre de Dora y Ana O., mujeres inteligentes, jóvenes, físicamente normativas e infelices, y etiquetadas como dos casos de histeria femenina.

⁷ Madero Cabib, I. (2020). Consecuencias del “orden cultural patriarcal” en la salud de mujeres. CIPER Académico. Chile. <https://www.ciperchile.cl/2020/03/10/consecuencias-del-orden-cultural-patriarcal-en-la-salud-de-mujeres/>

El aumento de manifestaciones feministas en los últimos años no han sido sinónimo de casualidad, sino que la población ha empezado a movilizarse a causa de las notorias desigualdades sociales entre géneros, originadas por la estructura patriarcal de la cultura⁸.

Se han propuesto teorías para explicar la desigualdad observada en la diagnóstico del TLP, sugiriendo la intervención de factores múltiples (Ducsay, 2015). Un factor podría ser la prevalencia de casos clínicos femeninos en la literatura, lo que podría predisponer a los médicos a identificar el TLP más frecuentemente en mujeres (Ducsay, 2015). Algunos defensores de la etiología social de las enfermedades (Paris, 1994; Cruz, 1995; Millon, 2000; Paris, 2013; Jani, 2016) defienden que:

los cambios a la hora de enfermar vienen dados como respuesta a los cambios en los que la sociedad actual se encuentra constantemente (Fernández, 2017).

Las conclusiones de esto es que existe algo en la actualidad que sigue perpetuando el concepto “*bordeline*”, como para Freud fue la época de la histeria. Además, cabe la posibilidad de que el umbral de este diagnóstico sea más bajo en mujeres que en hombres, debido a que, con síntomas similares, las manifestaciones en mujeres sean consideradas patológicas con mayor facilidad (Ducsay, 2015).

Como hemos ido indicando a lo largo de la investigación, históricamente, aspectos como la ira han sido una emoción prácticamente prohibida para las mujeres, y su expresión se ha interpretado como un indicio de inestabilidad mental (Wirth-Cauchon, 2001). La crítica feminista ha puesto un énfasis particular en los aspectos culturales del diagnóstico, destacando cómo ciertos criterios diagnósticos pueden reflejar estereotipos de la “feminidad” tradicional promovidos socialmente (Pinto, 2023).

Más adelante, trataremos más concretamente el TLP desde la perspectiva feminista, sin embargo, en este apartado es importante destacar autoras que ya, desde años atrás, empezaron a promover otras teorías.

- Phyllis Chesler (1997), catedrática de psicología y estudios de género y psicoterapeuta, defiende que las mujeres están sujetas a una gama más limitada de comportamientos aceptables en comparación con los hombres, debido a las restricciones impuestas por sus roles de género. Así, las mujeres que no se ajustan

⁸ En el ámbito de las Ciencias Sociales, se considera al orden cultural patriarcal como una estructura de normas y reglamentos socialmente establecidos, los cuales definen y diferencian los roles de hombres y mujeres (Madero, 2020).

a estos roles suelen ser percibidas y etiquetadas como “infantiles, tiránicas, problemáticas” (Chesler, 1997, p. 78). Explica que este fenómeno se origina desde la infancia: los niños tienden a presentar problemas de comportamiento agresivos, competitivos y destructivos, mientras que las niñas muestran problemas de personalidad como miedo, timidez y sentimiento de inferioridad. Estos criterios a menudo patologizan comportamientos que son intensificaciones de los roles femeninos tradicionales, llevando a que las mujeres sean etiquetadas como enfermas tanto si se adhieren demasiado a estos roles como si se resisten a ellos (Shaw y Gillian, 2005; Ducsay, 2015). Además, se observa una discrepancia en los comportamientos que se consideran aceptables para mujeres y hombres. Esto es particularmente evidente en cómo se percibe la ira en los casos clínicos, donde se describe frecuentemente como descontrolada e irracional, equiparándola a un “fenómeno natural” (Wirth-Cauchon, 2001, pp. 187-188).

- Becker (1997), Wirth-Cauchon (2001), Ussher (2013) y Ducsay (2015) defienden que el diagnóstico clínico del TLP fue utilizado para continuar silenciando y sometiendo las reacciones de las mujeres en situaciones de opresión. Muchas mujeres con TLP se autolesionan y tienen ideaciones e intentos suicidas (Lambert, 2018).

Es de importancia destacar que ninguna de las autoras mencionadas no desestima el sufrimiento genuino de las mujeres afectadas. Reconocen que los síntomas son manifestaciones auténticas de enfado y dolor provocados por las desigualdades estructurales. Si bien, la categorización de este malestar como una enfermedad individual puede dar legitimidad a la experiencia subjetiva de las afectadas, como podría oscurecer las raíces sociales y culturales del problema (Ussher, 2011). Según Swirth-Cauchon en “*Women and borderline personality disorder: Symptoms and stories*” (2001), el enfoque feminista permite entender la “locura” como una reacción a circunstancias extremadamente adversas. Sin embargo, enfatiza en que este entendimiento no debe llevar a ignorar o instrumentalizar el sufrimiento real de las personas.

A través de estas opresiones hacia las mujeres, se vulneran derechos universales, y uno de ellos que en la actualidad persiste es la violencia contra la mujer y los derivados de las desigualdades y diferencias de género.

6.3.1. Poder y abuso sexual

Durante siglos, el sistema del patriarcado ha ido perpetuándose, y con ello comportamientos y roles que dan lugar al poder y la dominación. Numerosas son estas creencias arraigadas en distintas culturas que no solo perpetúan la supremacía masculina, sino que también, de cierta manera, proporcionan una justificación a la violencia contra las mujeres (Yo digo No Más, 2023). Estas nociones persisten y se siguen transmitiendo de generación en generación. La máxima expresión del patriarcado y el poder, es la violencia de género hacia las mujeres.

La violencia de género se debe más a la práctica orientada, consciente y aprendida debido a la estructura social que tiene de base las desigualdades entre mujeres y hombres (Ruíz-Pérez, 2004).

Las mujeres que han sido víctimas de abuso, especialmente de violencia sexual, a menudo experimentan una amplia variedad de trastornos de salud mental. Esto incluyen el TEPT, depresión, ansiedad, problemas de alimentación y sueño, dificultades de concentración, TP, TOC, y sentimientos de humillación, ira y culpabilidad (Ruíz y Vairo, 2008). Además, se ha observado que entre el 50% y el 60% de las mujeres que han sobrevivido a una violación sufren graves dificultades sexuales, que pueden abarcar desde temor al sexo hasta problemas de excitación y una reducción en el desempeño sexual (Lori, 1994).

Investigaciones retrospectivas enfocadas en las experiencias tempranas de personas con TLP (Azcaráte et al., 2005), han revelado que estas pacientes a menudo explican haber vivido más traumas en su infancia, como abuso físico y sexual, en comparación con otros grupos de pacientes, como los que sufren depresión o tienen diferentes TP. Aproximadamente el 75% de los pacientes con TLP recuerdan haber experimentado alguna de estas formas de maltrato (Azcaráte et al., 2005), frente al 26% que no tienen este diagnóstico (Ruíz y Vairo, 2008). Esta relación entre trastorno y abuso sexual ha quedado documentada a lo largo del tiempo transcurrido (Ruíz y Vairo, 2008). Sin embargo, esto no implica que todos los pacientes con este trastorno hayan sido maltratados, ni que todas las personas que sufrieron abusos en la infancia desarrollen un TLP.

Las personas con un diagnóstico de TLP tienen una tasa más elevada a la exposición de hechos traumáticos (Yen et al., 2002). Se ha identificado una correlación específica entre el TLP y el trauma sexual. Además, se observa que el abuso infantil es más común en

mujeres. Cuando este abuso, especialmente la violencia de género, sucede en la infancia, adolescencia o principios de la edad adulta, puede acabar en trastornos severos de personalidad (Ruíz y Vairo, 2008). Estos casos frecuentemente no se diagnostican de manera adecuada y, como consecuencia no reciben un tratamiento apropiado (Haugaard, 2004, Simeon et al., 2003; Zarnin et al., 2002).

La discriminación sexual en su forma más severa, e abuso físico, afecta desproporcionadamente a las mujeres, quienes tienen de dos a tres veces más probabilidades de ser víctimas de abuso sexual en comparación con los hombres (Ruíz y Vairo, 2008). En mujeres que presentan TLP, la prevalencia del abuso sexual en la infancia es tan significativa que resulta imposible descartarlo como un factor etiológico crucial (Ruíz y Vairo, 2008).

Dado el rol causal del abuso sexual infantil en el desarrollo del TLP, la mayor incidencia de este trastorno en mujeres se vuelve comprensible, considerando que son más propensas a sufrir delitos sexuales que los hombres.

6.4. El Trastorno Límite de la Personalidad a través de la lente feminista

Describir o abordar el TLP desde estudios feministas se realiza a través de la psicología feminista o el trabajo social, pero al mismo tiempo dando una visión crítica a los enfoques biomédicos (Espinosa, 2023), y dar relevancia a las dimensiones del género, sociales, culturales y de poder que envuelven el TLP. También se le da importancia a la relevancia de la feminización del este diagnóstico y a la alta relación con experiencias de violencia.

Así que, como las mujeres constituyen una gran mayoría de los diagnósticos de este tipo de trastorno, en este apartado se ofrecerá una crítica feminista del TLP a través de aquellos trabajos que han tenido importantes relevancias y aquellas autoras que han trabajado en este campo.

Merri Lisa Johnson, académica en género y mujeres, utiliza en sus memorias “*Girl in Need of a Tourniquet: Memoir of Borderline Personality*” (2010) una narrativa feminista para:

- Mostrar oposición directa a las investigaciones realizadas sobre las personas con TLP.

- Argumentar críticamente contra la perspectiva médica tradicional, que, según ella, pretende entender a las mujeres con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) mejor que ellas mismas.
- Relatar cómo sus complicados patrones de relación afectiva le causaron emociones intensas como ira, medio, depresión, dolor y confusión.

En diferentes secciones de su memoria Johnson (2010, p.101) reflexiona sobre sus interacciones con profesionales de la salud mental, tales como psicólogos y terapeutas, y cómo estas experiencias influenciaron su percepción de la autolesión, un síntoma comúnmente asociado con el TLP. Ella refiere este comportamiento, a menudo etiquetado clínicamente como “perseveración” (término que se refiere a acciones patológicas repetitivas), explicando que:

“Para ella, la autolesión es una forma de procesar emocionalmente su trauma, más que un síntoma de una patología.” (Johnson, 2010, p.101)

En esta línea, la autora también argumenta que la intervención de los clínicos, que buscaban eliminar su conducta autolesiva, en realidad intentan restringir sus mecanismos de afrontamiento y a aceptar un tratamiento estándar que no consideraba su experiencia individual (Johnson, 2010).

Otra de las autoras que tuvo gran relevancia en el ámbito de las autolesiones fue **Justin Healey** (2012), la cual editó el libro *“Self Harm and Young People”*, donde sostenía que la autolesión es más un comportamiento que una enfermedad mental. Sin embargo, destaca aspectos importantes (Hearley, 2012, p. 57):

- En el caso del TLP, la autolesión se considera un criterio diagnóstico clave.
- Entiende la autolesión como una táctica empleada para manejar sentimientos dolorosos e intensos.
- Las mujeres tienden a autolesionarse más que los hombres y que aproximadamente la mitad de las personas que se autolesionan han experimentado abusos.

Este tipo de enfoque complementa la perspectiva de Johnson y contrasta con las opiniones de algunos clínicos que asocian la autolesión con tendencias suicidas. Mientras Johnson considera el acto de cortarse como una forma de enfrentar sus problemas, también reconoce que no es una práctica inofensiva y que conlleva riesgos significativos. La obra

subraya la importancia de que los profesionales de la salud mental distingan entre la suicibilidad y la autolesión, aunque ambas conductas requieren una atención clínica debido a su potencial letalidad.

Como se ha podido nombrar anteriormente en la revisión, aproximadamente el 75% de los diagnósticos de TLP se asignan a mujeres, y personalmente, considero que es de una importancia de estudio más profunda por la posible contribución a la estigmatización y el tratamiento inadecuado de estas mujeres.

Shaw y Proctor (2005), realizaron uno de los trabajos más relevantes hacia la crítica del TLP. Estas autoras plantearon que el TLP es una construcción social y cultural. Defendieron que:

- Los constructos sociales y culturales no se basan en criterios objetivos, sino en normas y expectativas de lo que se considera “normal”, influenciando cómo se evalúa el comportamiento de los pacientes (Shaw y Proctor, 2005).
- La psiquiatría, lejos de ser una disciplina objetiva, está impregnada de dinámicas de género que históricamente han encasillado a las mujeres en roles asociados con la emotividad, locura e irracionalidad, particularmente cuando ellas desafían los roles tradicionales de feminidad (Espinosa, 2023).

Dana Becker (1997), profesora de trabajo social y psicoterapeuta, realizó un estudio sobre el sesgo de género en el diagnóstico del TLP. Este estudio (Becker, 1997):

- Presentaba síntomas de TLP y TEPT en igual medida, variando solo en el uso del pronombre masculino o femenino.
- Los casos con pronombre femeninos tendían a ser diagnosticados como TLP con más frecuencia.
- Sugirió que el trauma de las mujeres no acaba siendo reconocido tanto como el de los hombres, pero el trauma de ellos recibe más atención cuando se diagnostica un TEPT.

La conclusión fue que este hecho resalta el sesgo de género en el diagnóstico y también cómo los hombres son más frecuentemente diagnosticados con TEPT. Destacar que el Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) fue introducido en el DSM- III en 1980 como respuesta a la guerra de Vietnam (Lambert, 2018).

El TEPT está recogido en el DSM – V con la premisa de ayudar a la persona con este diagnóstico en resolver una experiencia traumática o un trauma crónico, como recuerdos de combate. Se podría decir que el TEPT y el TLP son similares, con la diferencia de que el TEPT se enfoca en el trauma y es tratable, mientras que el TLP se centra en comportamientos patologizados y se considera un trastorno de por vida (Lambert, 2018).

El trauma de las mujeres con TLP no solo puede ser ignorado, sino que también se descarta el tipo de tratamiento para ellas.

Nadine Nehls (1998) exploró los estereotipos, estigma y los sistemas de atención relacionados con el TLP y acabó afirmando en su estudio que:

- Las mujeres etiquetadas como promiscuas o fuerte carácter tendían a tener más posibilidades de recibir este tipo de diagnóstico.
- Alrededor de un tercio de las mujeres con TLP son etiquetadas como “inadaptadas al sistema” y “resistente al tratamiento”, debido a las intensas circunstancias que rodean a las mujeres con TLP, como su trauma, su suicibilidad y baja respuesta a la medicación (p. 102).

Esta estigmatización se relaciona con el sesgo de género en los criterios que aparecen en el DSM – V donde codifica el estereotipo de “enfadada” como el síntoma de hostilidad, que el DSM defiende como sentimientos persistentes de ira e irritabilidad (APA, 2022). También codifica el estereotipo “promiscua” como impulsividad, actuando sin pensar y tomando riesgos, participando en actividades peligrosas, lo que incluye el comportamiento sexual (APA, 2022). Estos estereotipos evolucionan desde mujeres enfadas y promiscuas a mujeres que no están enfermas, manipuladoras, más difíciles, no cooperativas y odiosas (Nehls, 1998, p. 101).

Por último, **Jacqueline Simon Gunn y Brent Potter** (2015), especialistas en trauma, describen en “*Bordeline personality disorder. New perspectives on a stigmatizing and overused diagnosis*” (2015) el TLP como un trauma no tratado.

- Argumentan que el enfoque debería ser gestionar el trauma, no solo reducir síntomas o buscar estabilizar una persona con TLP (Gunn y Potter, 2015).
- Critican la visión reduccionista de los psiquiatras y abogan por un enfoque que respete la humanidad de las mujeres con TLP, promoviendo diálogos sobre el trauma y centrado la atención en su bienestar diario (Gunn y Potter, 2015).

En definitiva, considerando que las vivencias, traumas, métodos de afrontamiento y emociones de mujeres con diagnóstico TLP suelen ser desestimados y mal interpretados por los psiquiatras (Lambert, 2018), a través de críticas feministas se exponen consecuencias de los roles de género, el impacto cultural en trastornos mentales y los sesgos de género.

7. DISCUSIÓN

El propósito de esta revisión bibliográfica ha sido poder destacar como las estructuras sociales, tanto comportamientos como normativas sociales, en las mujeres tienen un efecto en el diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad. Además, esta revisión bibliografía ha querido desmarcarse del modelo biomédico y realizar un análisis desde una perspectiva de género y un enfoque social y feminista.

Los estudios realizados a personas con TLP e investigaciones sobre este trastorno y su relación con el género han ido en aumento y paralelamente, a esto se le ha sumado un mayor número de teorías enfocadas a los factores socioculturales y al género. Así se plasma en el estudio comentado en el apartado anterior de Dana Becker (1997) en el que se reveló una tendencia a diagnosticar TLP en sujetos femeninos y TEPT en masculinos, lo que ilustra cómo los estereotipos de género pueden influir en las decisiones diagnósticas.

Además, la mayoría de estas visiones han sido a través de psicólogas sociales feministas que han ganado relevancia gracias a los avances de movimientos feministas en la sociedad. Estos enfoques subrayan la relación entre el diagnóstico del TLP y factores como la prevalencia de violencia contra las mujeres y las perspectivas de género en la práctica psiquiátrica.

La prevalencia desproporcionada del TLP en mujeres, como señala Azcárate et al. (2005) y Skodol y Bender (2003), plantea interrogantes fundamentales sobre la interacción entre género y salud mental. Este fenómeno sugiere que los sesgos de género en el diagnóstico pueden ser influyentes, una hipótesis respaldada por la investigación de Torgersen et al. (2001), que no encontró diferencias significativas en la prevalencia del TLP entre géneros en la población general. Sin embargo, en este análisis, a menudo se utiliza el término “mujer” de manera amplia, sin considerar otros aspectos relevantes de su contexto que podrían afectar tanto a la atribución del diagnóstico como a la aparición de sus síntomas

de malestar emocional (Espinosa, 2023). Esta falta de contextualización específica en el concepto de “mujer” puede llevar a una comprensión incompleta del trastorno y de sus manifestaciones en diferentes individuos.

Como se ha podido observar en los estudios de autoras, la perspectiva feminista ofrece una crítica esencial a la aproximación biomédica tradicional en el tratamiento del TLP.

- **Merri Lisa Johnson**, en su obra “*Gril in Need of Tourniquet*” (2010), **Justin Healey** (2012) y **Jacqueline Simon Gunn y Brent Potter** (2015) son autoras que complementan sus enfoques alrededor del TLP. Destacan las experiencias de abuso y trauma como respuestas emocionales y conductuales en mujeres con este diagnóstico y describen la autolesión como una manera de manifestación de sentimientos y no únicamente como una manifestación de enfermedad mental.
- **Dana Becker** (1997) y **Nadine Nehls** (1998) hablan en sus obras de la influencia de los roles y estereotipos de género como un tema recurrente del TLP. Ambas autoras han demostrado cómo los estereotipos de género afectan el diagnóstico del TLP, a menudo etiquetando comportamientos femeninos como patológicos.
- La perspectiva de **Shaw y Proctor** (2005) resalta cómo las dinámicas de género han encasillado históricamente a las mujeres en roles asociados con la emotividad y la irracionalidad, particularmente cuando desafina los roles tradicionales de feminidad. El DSM-V, refleja cómo los estereotipos de género pueden codificarse en criterios diagnósticos, llevando a una interpretación sesgada de los síntomas. Esto se relaciona con la tendencia de diagnosticar frecuentemente a las mujeres con TLP y a los hombres con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), como observa Lamber (2018).

Todos estos enfoques son cruciales para abordar las raíces más profundas del trastorno y proporcionar una atención más compasiva y efectiva, ya que la perspectiva tradicional biomédica se olvida de destacar la importancia de considerar el TLP no solo como un conjunto de síntomas clínicos, sino como una manifestación de experiencias traumáticas no resueltas y que no solo perpetúa estereotipos dañinos sino también puede llevar a tratamientos inadecuados e incompletos.

Por lo que, a menudo se omite la consideración de factores psicosociales en el contexto de salud mental, como la carga de trabajo, la violencia de género y la discriminación dentro de una estructura patriarcal (Ergonoticias, 2016). Estos problemas de salud, que

surgen o se agravan por estas circunstancias, se tratan frecuentemente únicamente con medicamentos, sin abordar las causas subyacentes relacionadas con estas dinámicas de género. En este contexto, el diagnóstico del TLP puede ser un reflejo de los “gritos de auxilio” de mujeres maltratadas y abusadas, revictimizadas por la sociedad (Alonso, 2019).

En **conclusión**, la intersección de género, estereotipos, prejuicios y estigma en el diagnóstico y tratamiento del TLP es compleja y multifacética. La incorporación de perspectivas feministas y un enfoque centrado en el trauma pueden enriquecer nuestro entendimiento y abordaje del TLP. Es esencial que los profesionales de la salud mental sean conscientes de estos sesgos y trabajen hacia un tratamiento más empático y efectivo, que reconozca y respete las experiencias y traumas únicos de las personas con TLP.

8. CONCLUSIÓN

La presente investigación ha permitido una exploración detallada del TLP desde una perspectiva de género, social y feminista, destacando cómo las estructuras sociales, los roles y los estereotipos de género influyen en un diagnóstico y tratamiento. Este estudio, a través de la perspectiva de género y enfoques sociales feministas sobre el TLP, se ha permitido cuestionar la narrativa biomédica que existe sobre este tipo de trastorno. Esta narrativa tradicional medicaliza, descontextualiza e individualiza las vivencias de las personas en sus contextos socioculturales. La relación que existe entre el TLP y el sesgo de género en el diagnóstico, debería seguir profundizándose desde las teorías feministas. El abordaje se ha realizado a través de las dimensiones socioculturales que forman nuestra comprensión sobre el diagnóstico clínico del TLP, especialmente en lo que respecta a las experiencias de las mujeres.

Los hallazgos clave de este estudio subrayan una prevalencia mayor en las mujeres que en los hombres con un diagnóstico de TLP, lo que plantea interrogantes significativos sobre la interacción entre género y salud mental. La investigación de Torgersen et al. (2001), que no encontró diferencias significativas en la prevalencia del TLP entre géneros en la población general, sugiere que los sesgos de género en el diagnóstico pueden ser un factor influyente. Además, el análisis de datos ha revelado que el TLP a menudo se ve afectado por estereotipos y prejuicios de género, lo que puede concluir a interpretaciones sesgadas y a veces erróneas de los síntomas en mujeres.

Un aspecto crítico de este estudio es el reconocimiento de que, aunque tradicionalmente se ha considerado el TLP como un trastorno caracterizado por una inestabilidad extrema y deficiencias, hay enfoques alternativos significativos que enfatizan la influencia de las construcciones sociales y el poder, y el conocimiento en la formación de nuestras ideas sobre la personalidad, identidad y estabilidad.” La narrativa de Merri Lisa Johnson en “*Girl in Need of a Tourniquet*” (2010) y las perspectivas de Justin Healey (2012) son ejemplos de cómo la interpretación y el tratamiento del TLP pueden beneficiarse de una mayor sensibilidad hacia las experiencias y traumas individuales, especialmente en el contexto de las vivencias de las mujeres.

Además, este estudio resalta la importancia de considerar el TLP no solo como un conjunto de síntomas clínicos, sino también como una manifestación de experiencias traumáticas no resueltas y la influencia de las construcciones sociales en la definición de lo que se considera “normal” o “patológico. Como sugiere Mantilla (2015), la determinación de si una emoción o conducta es saludable o inapropiada a menudo se basa en un marco discursivo de “normalidad” definido por parámetros socioculturales. En el caso del TLP, características como una sensibilidad emocional extrema, la expresión del sufrimiento a través del cuerpo, la autolesión, o el descontrol emocional son frecuentemente medicalizados en el contexto occidental. Este fenómeno refleja un predominio que prioriza la razón y el control sobre la emotividad y la experiencia sensorial. Es decir que, la estigmatización de ciertos comportamientos en mujeres diagnosticadas con TLP y la tendencia a tratar estos problemas de salud mental predominantemente con medicamentos, sin abordar las causas subyacentes relacionadas con las dinámicas de género, son cuestiones críticas que requieren una mayor atención.

Esta investigación también enfrenta ciertas limitaciones, como la generalización del término “mujer” y la falta de contextualización específica en los estudios analizados. Futuras investigaciones podrían beneficiarse de un enfoque más diferenciado y detallado, considerando la diversidad de experiencias y contextos de las mujeres con TLP. Se recomienda explorar cómo factores como la etnia, la clase social, la orientación sexual y las experiencias culturales únicas influyen en el diagnóstico del TLP y su tratamiento.

En conclusión, este estudio subraya la necesidad crítica de un enfoque más holístico e inclusivo en la salud mental, que integre plenamente las dimensiones de género y los factores socioculturales en el diagnóstico y tratamiento de trastornos como el TLP. Es

imperativo que los profesionales de la salud mental se mantengan conscientes de estos sesgos y trabajen hacia un tratamiento más empático y efectivo, que reconozca y respete las experiencias y traumas únicos de las personas con TLP. Al hacerlo, se pueden abrir nuevos caminos hacia prácticas de salud mental más comprensivas y efectivas, que aborden no solo los síntomas clínicos sino también las raíces más profundas y las realidades complejas de las personas que viven con este trastorno.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarca Rojas, M. G. (2022). Relación entre los síntomas del trastorno límite de la personalidad y el apego en el grupo femenino TLP Borderline Borderline 2021. [Tesis]. Arequipa.
https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11351/1/IV_FHU_501_TE_Abarca_Rojas_2022.pdf
- Akhtar, S. (1995). *Quest for answers: A primer of understanding and treating severe personality disorders.* Jason Aronson.
<https://doi.org/10.1192/S0007125000146069>
- Akiskal, H. S. (1981). Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the "borderline" realm. *The Psychiatric clinics of North America*, 4(1), 25–46.
- Almirall, R. (2014). Psiquiatrización de la transexualidad. Ser hombre o mujer no depende de los genitales. *MyS. Mujeres y Salud*, 36(14), 38.
- Alonso Celorio, A. (2019, 28 mayo). TLP y violencia de género. *Rebelión Feminista*. <https://rebellionfeminista.wordpress.com/2019/05/28/tlp-y-violencia-de-genero/>
- Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®) (2022), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

- Arostegui, E. y Martínez, P. (2018). *Mujeres y drogas. Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género*. Universidad de Deusto. Bilbao.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., y Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard review of psychiatry*, 14(5), 249-256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
- Azcaráte, J.C., Bayón Pérez, C., Casas Rivera, R., Costi Goyeneche, C., Melendo Granados, J.J., Montes Rodríguez, J.M., Pérez Pérez, E., Ruiz Sancho, A. y Szeman Bolotner, N. (2005). *Recorriendo los límites. Guía práctica para familiares y pacientes con trastorno límite de personalidad*. Salud Madrid. <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009289.pdf>
- Bacigalupe, A., González-Rábago, Y., & Jiménez-Carrillo, M. (2022). Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: Factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas [Gender inequality and mental health medicalization: Sociocultural determining factors from the analysis of expert perceptions]. *Atención Primaria*, 54(7), 102378. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102378>
- Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. París: Gallimard. <https://perio.unlp.edu.ar/catedras/comyddhhlic/wpcontent/uploads/sites/152/2020/08/7-De-Beauvoir-Simone-El-segundo-sexo.pdf>
- Becker, D. (1997). *Through the looking glass: Women and Borderline personality disorder*. Boulder, Colorado: Westview Press. <https://doi.org/10.4324/9780429495656>
- Becker D. (2000). When she was bad: borderline personality disorder in a posttraumatic age. *Am J Orthopsychiatry* 2000; 70: 422-432. <https://doi.org/10.1037/h0087769>
- Becker, L. G., Asadi, S., Zimmerman, M., Morgan, T. A., y Rodriguez-Seijas, C. (2022). Is there a bias in the diagnosis of borderline personality disorder among racially minoritized patients?. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 14(3), 339–346. <https://doi.org/10.1037/per0000579>

- Bjorklund, P. (2006). No man's land: Gender bias and social constructivism in the diagnosis of borderline personality disorder. *Issues in mental health nursing*, 27(1), 3-23. <https://doi.org/10.1080/01612840500312753>
- Bleichmar, E. (1985). *El feminismo espontáneo de la histeria*. Madrid, ADOTRAF.
- Burin, M. (2010). *Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina*. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/1529>
- Burstow, B. (2015). *Psychiatry and the Business of Madness: An Ethical and Epistemological Accounting*. Editorial Springer. <https://doi.org/10.1057/9781137503855>
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Nueva York: Routledge. <https://doi.org/10.5840/RADPHILREVBOOKS1992620>
- Campbell, K., Clarke, K. A., Massey, D., y Lakeman, R. (2020). Borderline Personality Disorder: To diagnose or not to diagnose? That is the question. *International journal of mental health nursing*, 29(5), 972-981. <https://doi.org/10.1111/inm.12737>
- Caplan, P. (1995). *They say You're crazy: how the world's most powerful psychiatrist decide who's normal*. Addison-Wesley/Addison Wesley Longman.
- Carter, J. D., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Sullivan, P. F., y Luty, S. E. (1999). Gender differences in the frequency of personality disorders in depressed outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 13, 67-74. <https://doi.org/10.1521/pedi.1999.13.1.67>
- Castaño, E., Plazaola, J., Bolívar, J. y Ruíz, I. (2006). Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990 – 2005). *Revista Española de Salud Pública*, 80, 705 -716. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272006000600010>
- Chesler, P. (1997). *Women and madness*. New York: Four Walls Eight Windows.

- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña. (2023). *La situación de la salud mental en España*. Madrid: Autor.
- Crenshay, K (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989 (1), 8. <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Cuarta edición. Sage publications. https://www.ucg.ac.me/skladiste/blog_609332/objava_105202/fajlovi/Creswell.pdf
- Cruz Roche, R. (1995). Pacientes fronterizos. Cambios en los modos de enfermar. *Revista de Psicoanálisis*, 21, 103 – 126.
- Denzin, N.K., y Lincoln, Y.S. (2011). *The sage handbook of qualitative research*. Sage publications.
- Ducsay, G. C. (2015). *Borderline personality disorder: A contemporary feminist perspective* [Tesis de doctorado]. The Chicago School of Professional Psychology.
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., y Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 561-573. <https://org/10.1016/j.psc.2018.07.008>
- Ergonoticias. (2016, 22 septiembre). *¿Todas locas o un gran negocio?* - *Ergonoticias*. Ergonoticias. <https://ergonoticias.com/todas-locas-o-un-gran-negocio/>
- Espinosa Landaure, P. M. (2023) “*Vivir al borde*”: *narrativas y experiencias de mujeres jóvenes diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad*. Lima. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/25356>

- Fernández, A. M. (1993). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
<https://perio.unlp.edu.ar/catedras/comyeduc2/wpcontent/uploads/sites/197/2021/05/n3 - fernandez ana - la mujer de la ilusion-1-67.pdf>
- Fernández-Guerrero, M. J. (2007). *Trastorno Límite de la Personalidad: estudio de un concepto controvertido*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Fernández, M.J. (2017). Los confusos límites del trastorno límite. Facultad de Psicología, Universidad Pontificia de Salamanca, España. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsig.* 2017;37 (132): 399 – 413. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000200005>
- Fernández, C., Dazzarola, A., Guerra, T., Lemus, F. y Bernucci, M. (2022). Vivencias de Mujeres en Torno a las Exigencias de ser Madres y estar Diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad. *Investigaciones de estudiantes de pregrado de psicología UDP2022. Estudios en un contexto complejo y cambiante*, 7, 145 – 165.
- Fonagy, P., Campbell, C., y Luyten, P. (2023). Attachment, mentalizing and trauma: Then (1992) and now (2022). *Brain Sciences*, 13(3), 459. <https://doi.org/10.3390/brainsci13030459>
- Fonagy, P., y Luyten, P. (2016). A multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. En D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology: Maladaptation and psychopathology* (pp. 726–792). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy317>
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., y Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4, 11. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0061-9>
- Foucault, M. (2007). *Historia de la locura en la época clásica (Tomos I y II)*. Editorial FCE.

- Frances, A., Mack, A. H., First, M. B., Widiger, T. A., Ross, R., Forman, L., et al. (1994). DSM-IV meets philosophy. *Journal of Medical Philosophy*, 19(3), 207-218. <https://doi.org/10.1093/jmp/19.3.207>
- Gabinet Psicològic (2022, 9 septimebre). El modelo de Linehan sobre el trastorno límite de la personalidad (TLP) – Gabinet Psicològic Mataró. <https://gabinetpsicologicmataro.cat/model-linehan/>
- Gallego, J., Cangas, AJ, Aguilar, JM, Trigueros, R., Navarro, N., Galván, B., Smyshnov, K. y Gregg, M. (2020). El estigma de los estudiantes de educación hacia los problemas de salud mental: una comparación transcultural. *Fronteras en Psiquiatría*, 11, artículo 587321. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2020.587321>
- García, B., Briongos, E., Lea, J., Lamata, F., González, N. y Campos, T. (2023). La situación de la Salud Mental en España. Confederación salud mental España. Fundación mutua madrileña. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-situacion-salud-mental/>
- Geffner, N.I y Agrest, M. (2021). Estudio sobre el estigma percibido y el estigma experimentado según los usuarios de servicios de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires: Su impacto en la recuperación. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 14 (2), 21-33. <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/rip.14203>
- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Goffman, E. (2006). Estigma: La identidad deteriorada. <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>
- Goldhammer, H., Crall, C., y Keuroghlian, A. S. (2019). Distinguishing and addressing gender minority stress and borderline personality symptoms. *Harvard review of psychiatry*, 27(5), 317-325. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000234>

- Golomb, M., Fava, M., Abraham, M., y Rosenbaum, J. F. (1995). Gender differences in personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 579-582. <https://doi.org/10.1521/psyc.1995.152.5.579>
- Grasso J. y Helmich, N. (2020). Trastorno Límite de Personalidad: estigma social. *Intersecciones PSI. Revista electrónica de la facultad de psicología – UBA*, 37(6)15-16. http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=874:trastornolimitedelapersonaliddestigmasocial&catid=11:alumnos&Itemid=1
- Gunderson, J. G. (2011). Clinical practice. Borderline personality disorder. *New England Journal of Medicine*, 364(21), 2037-2042. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1007358>
- Gunn, J.S., y Potter, B. (2015). *Bordeline personality disorder. New perspectives on a stigmatizing and overused diagnosis*. Santa Barbara, California: Praeger.
- Hugaard, J. J. (2004). Recognizing and treating uncommon behavioural and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated. *Child Maltreatment*, 9, 139-145. <https://doi.org/10.1177/1077559504264304>
- Healey, J. (Ed.). (2012). *Self harm and Young people*. Australia: Spinney Press.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hooks, B. (1984). *Feminist Theory: From Margin to Center*. Boston, MA: South End Press.
- Jani, S., Johnson, R., Banu, S. y Shah, A. (2016). Cross – cultural bias in the diagnosis of BPD. *Bull Menninger Clinic*, 80(2), 146 – 165. <https://doi.org/10.1521/bumc.2016.80.2.146>
- Johnson, M.L. (2010). *Girl in need of a tourniquet: Memory of a bordeline personality*. Berkeley, Califrnia: Seal Press.
- Kaplan, M. (1983). A women’s view of DSM III. *American Psychologist*, 38, 786-792. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.7.786>

- Koivisto, M., Melartin, T, y Lindeman, S. (2022). Self-invalidation in borderline personality disorder: A content analysis of patients verbalizations. *Psychotherapy Research*, 32(7), 922 – 935. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2025627>
- Kvaale, E.P., Haslam, N., y Gottdiener, W.H. (2013). The “side effects” of medicalization: a meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical psychology review*, 33(6), 782 – 794. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.06.002>
- Lambert, Jennie E., (2018) "Women's Narratives of Their Experiences with the Diagnosis of Borderline Personality Disorder (BPD)." Thesis, Georgia State University. <https://doi.org/10.57709/12048905>
- Linardelli, M.F. (2020). Abordajes de la violencia patriarcal en instituciones sociosanitarias en Mendoza, Argentina. *Reflexiones*, 99 (2), 1-19. <https://doi.org/10.15517/rr.v99i2.40647>
- Linehan, M. (1993). Chapter 2: Dialectical and biosocial underpinnings of treatment. *En Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* (pp. 28-65). Guilford Press.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., y Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Lemus Martín, S. (2007). *Estereotipos y prejuicios de género. Automatismo y modulación contextual*. Universidad de Granada. <http://hdl.handle.net/10481/1723>
- Lewis G y Appleby L. (1998). Personality disorder: The patients psychiatrists dislike. *The British Journal of Psychiatry*, 153, 44–49. <https://doi.org/10.1192/bjp.153.1.44>

- Loader, K. (2017). What are the effects of nurse attitudes towards patients with borderline personality disorder?. *British Journal of Mental Health Nursing*, 6(2), 66-72. <https://doi.org/10.12968/bjmh.2017.6.2.66>
- Loranger, Armand Walter, Janca, Aleksandar, Sartorius, Norman y World Health Organization. (1997). *Assessment and diagnosis of personality disorders: the ICD-10 international personality disorder examination (IPDE)*. Cambridge: Cambridge University.
- Lori, H. (1994). Violencia contra la Mujer: la carga oculta de salud. En *programa mujer, salud y desarrollo*, 25-28. OPS. Washintong, D.C.
- Lynam, D. R., & Widiger, T. A. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: An expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(3), 401–412. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.3.401>
- Madero Cabib, I. (2020). Consecuencias del “orden cultural patriarcal” en la salud de mujeres. CIPER Académico. Chile. <https://www.ciperchile.cl/2020/03/10/consecuencias-del-orden-cultural-patriarcal-en-la-salud-de-mujeres/>
- Mantilla, M. J. (2015). Imágenes de género en la construcción de diagnósticos psiquiátricos: el caso del trastorno límite de la personalidad en la perspectiva de los/as psiquiatras y psicólogos/as de la Ciudad de Buenos Aires. *Mora (Buenos Aires)*, 21(2), 00-00. <https://doi.org/10.34096/mora.n21.2397>
- Markez, I., Póo, M., Romo, N., Meneses, C., Gil, E., & Vega, A. (2004). Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91), 37-61. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02115735200400030004&lng=es&tlng=es.

- Markham, D. (2003). Attitudes towards patients with a diagnosis of “borderline personality disorder”: Social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health*, 12(6), 595–612. <https://doi.org/10.1080/0963823031000>
- Meyer, I. H. (2007). Prejudice and discrimination as social stressors. *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations*, 242-267. https://doi.org/10.1007/978-0-387-31334-4_10
- Millett, K. (2010). *Política sexual* /. Cátedra. <https://feminismosaprendem.files.wordpress.com/2017/02/millett-kate-politica-sexual.pdf>
- Millon, T. (2000). Sociocultural conceptions of the borderline personality. *Psychiat Clin N Am*, 23(1), 123 – 136. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70147-7](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70147-7)
- Montero I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Renese, B., Usall, J. y Vázquez-Barquero, J. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 1), 175 – 181. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112004000400028&lng=es&tlng=es.
- Morales, E. (2023) Las bajas por salud mental entre hombres se disparan un 78%, pero son menos que las de mujeres. Público. <https://www.publico.es/sociedad/bajas-salud-mental-hombres-disparan-78-son-mujeres.html>
- National Collaborating Centre for Mental Health [NICE]. (2009). *Borderline personality disorder: treatment and management*. British Psychological Society.
- Nehls, N. (1998). Borderline personality disorder: Gender Stereotypes, stigma, and limited system of care. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(2), 97 – 112. <https://doi.org/10.1080/016128498249105>
- Oakley, A. (1972). *Sex, Gender and Society*. Londres: Temple Smith.

- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). *Clasificación Internacional Estadística de enfermedades y problemas de salud conexos* (10ª ed.). Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019). *Clasificación Internacional Estadística de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (11ª ed.). Organización Mundial de la Salud.
- Paris, J. (1994). *Borderline Personality Disorder. A Multidimensional Approach*. Washington: American Psychiatric Press.
- Paris, J. y Lis, E. (2013). Can sociocultural and historical mechanisms influence the development of borderline personality disorder? *Transcult Psych*, 50(1), 140 – 151. <https://doi.org/10.1177/1363461512468105>
- Pérez, P. (2021). *Revisión de los factores de riesgo que influyen en el trastorno límite de la personalidad*. Universidad de Valencia. <http://hdl.handle.net/20.500.12466/1879>
- Pérez, V. (2016). Tratamiento del TLP. Enfoque farmacológico. *23 Symposium Internacional sobre Controversias y Actualizaciones en Psiquiatría*. Barcelona.
- Pinto Cadenas, M. (2023). *Injusticias Epistémicas en el contexto del Trastorno Límite de la Personalidad*. Sevilla. <https://hdl.handle.net/11441/151739>
- Pla Juliá, I., Adam Donat, A., Bernabeu Díaz, I. (2013). Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en Salud Mental. *Norte de salud mental*, vol. XI, 46 (20-28).
- Potter, N. N. (2009). *Mapping the edges and the in-between: A critical analysis of borderline personality disorder*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198530213.001.0001>
- Porter, R. (2003). *Breve historia de la locura*. Fondo de Cultura Económica.
- Prado, J. (2015). *Factores Asociados a pacientes con trastorno de personalidad límite hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio*

Delgado Espinoza en los años 2011-2014 (tesis de pregrado). Universidad Católica Santa María. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/3158>

- Ramos-Lira, Luciana. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud mental*, 37(4), 275-281.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01853325201400400001&lng=es&tlng=es.
- Rodríguez Hernández, O. O., Vicencio Rangel, R., y Pavón Rosado, B. E. (2022). *Mujeres diagnosticadas con trastorno límite de personalidad: significaciones en torno al género, el diagnóstico y la historia de vida*. Universidad Autónoma Metropolitana.
<https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/26754/1/51026.pdf>
- Roselló-Peñaloza, Miguel; Cabruja Ubach, Teresa & Gómez Fuentealba, Pablo Salvador (2019). ¿Feminización de lapsicopatología o psicopatologización de lo femenino? Construcciones discursivas de cuerpos vulnerables. *Athenea Digital*, 19(2), e2249. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2249>
- Rosse, I. C. (1890). Clinical Evidence of Bordeland Insanity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 17, 669 – 683.
https://ia600708.us.archive.org/view_archive.php?archive=/22/items/crossref-pre1909scholarlyworks/10.1097%252F0000505318900900000016.zip&file=10.1097%252F00005053-189010000-00004.pdf
- Ruiz, M., y Vairo, M. C. (2008). Trastorno Límite de la Personalidad. Reino de mujeres, tierra sin hombres. *ERTE*, 19 (81),303-308.
- Ruiz-Pérez, I., Blanco Prieto, P., y Vives-Cases, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: Determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta Sanitaria, Suplemento 2*, 4-12.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02139111200400050003&lng=es&tlng=es

- Sáenz, M. (2017). Salud mental, género e igualdad. *Norte de Salud Mental*, 14(56), 109-114.
- Salmon Lucas, A. (2019). *El síndrome de la mujer maltratada*. El Derecho. https://elderecho.com/sindrome-la-mujer-maltratada#_ftnref1
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., y Corrigan, P. (2016). Th stigma of personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 18, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0654-1>
- Shaw, C. y Proctor, G. (2005). Women at the margins: a critique of the diagnosis of borderline personality disorder. *Feminism & Psychology*, 15(4), 483 – 490. <https://doi.org/10.1177/0959-353505057620>
- Simeon, D., Nelson, D., Elias, R., Greenberg, J., & Hollander, E. (2003). Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *CNS Spectrums*, 8, 755-762. <https://doi.org/10.1017/s109285290001912x>
- Sims, E., Nelson, K. J., & Sisti, D. (2022). Borderline personality disorder, therapeutic privilege, integrated care: is it ethical to withhold a psychiatric diagnosis? *Journal of Medical Ethics*, 48(11), 801-804. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107216>
- Skodol, A.E. y Bender D.S. (2003) Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatric Q*, 74, 349-360. <https://doi.org/10.1023/a:1026087410516>
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Bender, D. S., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Pagano, M. E., y Stout, R. L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *Journal of personality disorders*, 19(5), 487–504. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.487>
- Solis-Gomez, S., B. (2023). Repensando el malestar de las mujeres y la atención psiquiátrica desde una mirada descolonial: aportes a una práctica antirracista. *Feminismo/s*, 42, 441-468. Women, data and power. Insights into the platform

- economy [Monographic dossier]. Miren Gutierrez (Coord.).
<https://doi.org/10.14198/fem.2023.42.16>
- Stein, D. J., Shoptaw, S. J., Vigo, D. V., Lund, C., Cuijpers, P., Bantjes, J., Sartorius, N., & Maj, M. (2022). Psychiatric diagnosis and treatment in the 21st century: Paradigm shifts versus incremental integration. *World Psychiatry, 21*(3), 393-414. <https://doi.org/10.1002/wps.20998>
 - Stotland, N. L. (2002). Menopause: Social expectations, women's realities. *Archives of Women's Mental Health, 5*(1), 5-8. <https://doi.org/10.1007/s007370200016>
 - Swartz, M., Blazer, D., George, L., y Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of personality disorders, 4*(3), 257-272. <https://doi.org/10.1521/pedi.1990.4.3.257>
 - Temes, C. y Zanarini, M. (2018). The Longitudinal Course of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 41*, 685-694. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.002>
 - Torgersen, S., Kringlen, E., y Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry, 58*, 590-596. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>
 - Tyrer, P. (2009). Why borderline personality disorder is neither borderline nor a personality disorder. *Personality and Mental Health, 3*(2), 86-95. <https://doi.org/10.1002/pmh.78>
 - Ussher, J. M. (2011). *The madness of women: Myth and experience*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203806579>
 - Ussher, J. M. (2013). Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Feminism & Psychology, 23*(1), 63-69. <https://doi.org/10.1177/0959353512467968>

- Winsper C, Bilgin A, Thompson A, Marwaha S, Chanen AM, Singh SP, Wang A, Furtado V. The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *BR J Psychiatry*, 216(2), 69-78. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166>
- Wirth-Cauchon, J. (2001). *Women and borderline personality disorder: Symptoms and stories*. Rutgers University Press.
- World Health Organization: WHO. (2018, 23 agosto). *Género y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Wright, N., y Owen, S. (2001). Feminist conceptualizations of women's madness: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 36(1), 143-150. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01951.x>
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., et al. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 510-518. <https://doi.org/10.1097/00005053-200208000-00003>
- Yin (2017). *Case study research and applications: Design and methods*. Sage publications.
- Yo digo No Más. (2023, 28 julio). El patriarcado y su relación con la violencia contra la mujer. *Yo digo no más*. <https://yodigonomas.com/blog/el-patriarcado-y-su-relacion-con-la-violencia-contra-la-mujer/>
- Zamorano, S., Sáez-Alonso, M., González-Sanguino, C., y Muñoz, M. (2023). Social stigma towards mental health problems in Spain: a systematic review. *Clínica y Salud*, 34(1), 23-34. Epub 26 de junio de 2023. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a5>

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., et al. (1998). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 296-302. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(98\)90038-4](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(98)90038-4)
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., y Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 476-483. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11101550>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I., y McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 929-935. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.929>
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., et al. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 381-387. <https://doi.org/10.1097/00005053-200206000-00006>
- Zimmerman, M., y Coryell, N. H. (1990). Diagnosing personality disorders in the community: A comparison of self-report and interview measures. *Archives of General Psychiatry*, 47(6), 527-531. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810180027005>
- Zlotnik, C., Rothschild, L., y Zimmerman, M. (2002). The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16, 277-282. <https://doi.org/10.1521/pedi.16.3.277.22540>

10. ANEXOS

10.1. ANEXO 1: Comparación DSM – V, CIE- 10 y CIE- 11.

En la siguiente tabla se presentan la comparativa de los criterios extraídos del DSM – V (APA, 2022), CIE – 10 (OMS, 2016) y CIE – 11 (OMS, 2019).

Trastorno Límite de la Personalidad (DSM – V F60.3)	Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad (CIE – 10 impulso (F60.30) y límite (F60.31*))	Trastorno de Personalidad Grave con Patrón Límite prominente (CIE – 11 6D11.5/6D10.2)
Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.		Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario.
Relaciones interpersonales inestables e intentas caracterizadas por ser alternas entre extremos de devaluación e idealización.	Relaciones interpersonales intensas e inestables.	Patrón de relaciones interpersonales intensas e inestables.
Alteración de la identidad.	Perturbaciones de la autoimagen y de las aspiraciones y de las preferencias íntimas.	Alteración de la identidad que se manifiesta en una autoimagen o sentido del yo inestable.
Impulsividad en dos o más áreas potencialmente autolesivas.	Tendencia a actuar impulsivamente y sin considerar las consecuencias.	Marcada impulsividad. Tendencia a actuar precipitadamente en estados de gran afectividad negativa que conlleva a comportamientos potencialmente dañinos para la misma persona.
Comportamientos, actitud o amenazas de conductas autolesivas o suicidio.	Tendencia a comportamiento autodestructivo, donde se incluye acciones suicidas e intentos de suicidio.	Episodios recurrentes de autolesiones.
Inestabilidad afectiva causada por una reactividad notable del estado de ánimo.	Inestabilidad emocional. Humor impredecible y caprichoso.	Inestabilidad emocional debida a una marcada reactividad emocional.
Sensación crónica de vacío	Sentimiento crónico de vacío.	Sentimientos crónicos de vacío.
Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira.	Arrebatos emocionales con incapacidad para controlar las explosiones conductuales. Tendencia al comportamiento pendenciero y a generar conflictos con los demás, especialmente cuando las acciones impulsivas son frustradas o censuradas.	Enojo intenso e inapropiado o dificultad para controlarlo.
Ideas paranoides transitorias relacionadas con síntomas disociativos graves o estrés.		Síntomas disociativos transitorios o características de tipo psicótico en situaciones de alta excitación afectiva.

Tabla 1 Adaptación y extracción de la Figura 1 de Injusticias Epistémicas en el contexto del Trastorno Límite de la Personalidad (Pinto, 2023, p. 16).

10.2. ANEXO 2: Diagrama de Gantt.

Actividad/ Fecha	Sep	5 - 19 Oct	20-oct	21 oct - 4 Nov	05-nov	06 nov - 20 nov	21-nov	21 nov - 23 Dic	24-dic	1 - 10 Ene	11 - 19 Ene	20-ene	21 - 31 Ene	1 - 2 Feb
Definición de la temática central	x													
Búsqueda y selección de material bibliográfico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Análisis inicial de fuentes seleccionadas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Categorización y clasificación de información relevante	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Redacción de la introducción, justificación y Marco teórico		x												
Entrega PEC 1 Objetivos, metodología y planificación			x											
Entrega PEC 2					x									
Exploración cualitativa en profundidad						x	x	x	x	x	x			
Identificación de temáticas recurrentes						x								
Comparación entre diferentes perspectivas de autores						x								
Entrega PEC 3							x							
Evaluación de las conclusiones y argumentos presentados								x						
Relación con el contexto social y cultural								x						
Síntesis de la información recolectada								x						
Esquematización y estructuración preliminar del documento								x						
Entrega PEC 4									x					
Edición y elaboración del trabajo de investigación										x	x			
Finalización y entrega del documento escrito												x		
Diseño y ensayo de la exposición oral													x	
Exposición oral del trabajo														x

Tabla 2 Diagrama de Gantt. Elaboración propia

10.3. ANEXO 3: Tabla recogida de datos.

Objetivo general		
Cómo los factores socioculturales, los roles y estereotipos de género influyen en el diagnóstico clínico del Trastorno Límite de la Personalidad, adoptando una perspectiva feminista y de género.		
N.º	Objetivo Específico	Literatura Sugerida
1	Examinar la prevalencia de género en el diagnóstico del TLP	Investigar la desproporción en la prevalencia del TLP entre hombres y mujeres, y cómo esta diferencia puede estar influenciada por sesgos de género en la práctica clínica.
2	Analizar el impacto de los estereotipos y roles de género en el TLP.	Evaluar cómo los estereotipos y expectativas de género afectan la interpretación del diagnóstico del TLP en mujeres.
3	Identificar limitaciones en la narrativa biomédica del TLP	Discutir cómo la narrativa biomédica tradicional puede descontextualizar e individualizar las experiencias de TLP, ignorando factores socioculturales relevantes.
4	Explorar perspectivas feministas en el estudio del TLP.	Discutir cómo la narrativa biomédica tradicional puede descontextualizar e individualizar las experiencias de TLP, ignorando factores socioculturales relevantes.

Tabla 3 Herramienta para recogida de datos. Elaboración propia.