



Universidad de la República

Facultad de Psicología

# **TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN EL ENTORNO LABORAL: UNA MIRADA DE GÉNERO**

Trabajo Final de Grado

Pre-Proyecto de Investigación

Estudiante: Yesica Yambey Rodriguez

Ci: 5.356.559-0

Tutor: Asis. Maria Victoria Areosa

Montevideo, Uruguay

Febrero, 2025

## ÍNDICE

<b>Resumen.....</b>	<b>2</b>
<b>Palabras clave:.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 Perspectivas históricas sobre la psiquiatría y el Trastorno Límite de la Personalidad.....</b>	<b>4</b>
<b>2.2 Trastorno Límite de la Personalidad y el entorno laboral.....</b>	<b>8</b>
<b>2.3 Trastorno Límite de la Personalidad: una mirada de género.....</b>	<b>9</b>
<b>3. Marco conceptual.....</b>	<b>12</b>
<b>3.1 Trastorno Límite de la Personalidad: Conceptualización y Perspectivas Teóricas.....</b>	<b>12</b>
<b>4. Problema y preguntas de investigación.....</b>	<b>16</b>
<b>4.1 Pregunta principal.....</b>	<b>16</b>
<b>4.2 Preguntas específicas.....</b>	<b>16</b>
<b>5. Objetivos generales y específicos.....</b>	<b>17</b>
<b>5.1 Objetivo general.....</b>	<b>17</b>
<b>5.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>17</b>
<b>6. Metodología.....</b>	<b>17</b>
<b>7. Cronograma de ejecución.....</b>	<b>18</b>
<b>8. Consideraciones éticas.....</b>	<b>19</b>
<b>9. Resultados esperados y plan de divulgación.....</b>	<b>19</b>
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>19</b>

## **Resumen**

El siguiente pre-proyecto de investigación tiene como objetivo explorar la relación entre el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), desde una perspectiva de estudios de género, y el mundo laboral. Se enfoca en las narrativas de mujeres entre 18 y 30 años con diagnóstico de TLP y sus vivencias en el mundo laboral en la ciudad de Montevideo, considerando el impacto en su desempeño y las relaciones laborales. El TLP es un trastorno caracterizado por inestabilidad emocional, impulsividad y dificultad en las relaciones interpersonales, lo que puede afectar la vida profesional de las personas con dicho diagnóstico.

A partir de un enfoque cualitativo, se pretende conocer las narrativas de mujeres con este diagnóstico, y las dificultades que han atravesado en el ámbito laboral. Se contará con la participación de mujeres con diagnóstico de TLP y de informantes calificados como el personal de ASSE encargado de la atención de mujeres con dicho diagnóstico. Se espera que los resultados obtenidos brinden una base para el desarrollo de políticas laborales con una perspectiva de derechos en salud mental.

**Palabras clave:** Trastorno límite de la personalidad, mujeres, trabajo.

### **Fundamentación:**

A nivel global, los trastornos mentales afectan de forma significativa a la población. En 2019 se estimó que 970 millones de personas, aproximadamente una de cada ocho, estaban afectadas por algún trastorno mental. Los más habituales son la ansiedad y los trastornos depresivos. Según el estudio hubo un aumento significativo debido a la pandemia por COVID-19, se estima que el incremento de los trastornos graves de ansiedad y depresión fue del 26% al 28% en tan solo un año (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

De acuerdo con las cifras de egresos hospitalarios codificados por la CIE-10 (OMS, 2022), en Uruguay, cada año se registran cerca de 12.500 internaciones por diagnósticos de salud mental, dentro de las cuales, las más frecuentes se deben a episodios depresivos (18,5%), trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos (13,3%), esquizofrenia (12,3%), trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas (6,5%) y trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol (5,3%).

Según el Ministerio de salud pública (2020) las internaciones relacionadas con trastornos de salud mental evidencian una prevalencia mayor en mujeres, quienes representan el 51,9% de los ingresos. La media de edad de los pacientes al momento de la

internación es de 39 años, con una desviación estándar de 18,8 años. A su vez, el 56,9% de las internaciones se registran en el subsector público, donde la duración promedio de la estancia hospitalaria es más prolongada, alcanzando los  $22 \pm 13,1$  días, en comparación con los  $9,6 \pm 14$  días del subsector privado, según los datos del Departamento de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud Pública correspondientes al año 2019.

En cuanto a las consultas, durante los primeros diez meses de 2018, la Administración de los Servicios de Salud del Estado, de ahora en adelante llamada "ASSE" atendió 39.727 consultas por salud mental en todo Uruguay, abarcando un total de 8.273 usuarios, representando al 39% de la población (1.350.976 personas). Los trastornos del humor encabezaron las consultas con un (32%), seguidos de trastornos de ansiedad (14%), esquizofrenia (12%), discapacidad intelectual (10%) y problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (5%). En su mayoría, estas consultas fueron realizadas por mujeres (60%), siendo más frecuentes en personas de 26 a 50 años (30,3%) (Ministerio de salud pública, 2020).

El interés por investigar este tema se vincula con la necesidad de profundizar en los estudios sobre la relación entre salud mental y el ámbito laboral, en particular en personas con diagnóstico de TLP. A su vez, es de interés de este proyecto analizar dicha relación en el marco de las relaciones de género y las vivencias de las mujeres. Se visualiza escasa producción bibliográfica en nuestro país en relación a la intersección de estas dimensiones. Los trastornos en salud mental pueden influir significativamente en cómo las personas se desenvuelven en su entorno de trabajo afectando su bienestar, las relaciones laborales, entre otros. Dada la creciente visibilidad de los trastornos en salud mental en la sociedad, investigar cómo se manifiestan en el ámbito laboral es fundamental para generar conocimiento y promover políticas de inclusión laboral.

## **2. Antecedentes**

### **2.1 Perspectivas históricas sobre la psiquiatría y el Trastorno Límite de la Personalidad**

Los orígenes de la psiquiatría se remontan a los primeros momentos del pensamiento humano, evolucionando a través de la religión, la filosofía, la psicología y la medicina. Muchas de las curaciones en medicina, estaban vinculadas a la activación de procesos psicosomáticos mediante técnicas intuitivas, lo que Zurita (1978, citado por González de Rivera, 1998) denomina "la magia del médico".

La consolidación de la psiquiatría surge al definir con precisión la "enfermedad mental". Durante mucho tiempo, los "trastornos del espíritu" se atribuían a fuerzas sobrenaturales. Sin embargo, la medicina comenzó a cambiar esta visión con médicos

como Jean Wier, quien propuso un origen natural para estos trastornos (Ey et al., 2008).

Durante el Renacimiento y con el avance del racionalismo científico, la locura dejó de ser vista como un fenómeno sobrenatural y comenzó a ser entendida como una alteración con origen físico. Médicos como Thomas Willis introdujeron el término “neurología”, sugiriendo que las funciones mentales estaban relacionadas con áreas específicas del cerebro. En los siglos XVII y XVIII, se adoptó la idea de que los trastornos mentales como la manía y la melancolía eran causados por disfunciones físicas, como desequilibrios en los fluidos corporales o problemas en el sistema nervioso (Porter, 2003).

En Estados Unidos, figuras como Benjamin Rush aplicaron tratamientos como las sangrías, basados en la teoría de que los trastornos mentales eran causados por “sangre viciada” o un exceso de bilis. Esto contribuyó al establecimiento de la psiquiatría como disciplina médica, enfocada en el estudio de los trastornos mentales desde una perspectiva biológica (Porter, 2003). La psiquiatría también comenzó a interesarse por todo aquello que consideraba un desvío de lo que se definió como normal, dando lugar a la idea de personalidad desviada.

En 1923, Kurt Schneider publicó la primera edición de “Las personalidades psicopáticas” como parte del “Handbuch der Psychiatrie”. En su obra, definió la personalidad como una estructura compuesta por sentimientos, valores, inclinaciones y voliciones, excluyendo las funciones cognitivas y las percepciones corporales. Propuso que las personalidades psicopáticas formaban una subclase de las personalidades anormales, entendidas como desviaciones del promedio que provocaban sufrimiento tanto en los individuos como en la sociedad. Schneider identificó diez tipos psicopáticos, describiéndolos como "formas de ser" más que como categorías diagnósticas (Berrios, 2013).

En su intento por consolidarse como ciencia médica, la psiquiatría ha buscado explicar los fenómenos psicológicos a través de bases biológicas. Ante las limitaciones de esta perspectiva, se exploraron otros marcos teóricos, lo que favoreció el desarrollo del psicoanálisis.

Millon (2022) plantea que tanto las personalidades normales como las patológicas no deben considerarse categorías separadas. La principal diferencia radica en que las personalidades normales muestran mayor flexibilidad en su adaptación al entorno, mientras que aquellas que se definen como patológicas tienden a presentar conductas más rígidas y menos adaptativas, (como se citó en Cardenal et al., 2007).

Los trastornos de personalidad se caracterizan por una falta de adaptación flexible, dando lugar a patrones de conducta que refuerzan los problemas existentes. No se distinguen claramente de la normalidad, sino que forman parte de un continuo, donde la

capacidad de adaptación es el factor diferenciador. Las personas con trastornos de personalidad suelen presentar labilidad emocional, principalmente en situaciones de estrés, y tienden a caer en círculos viciosos de malestar, donde sus estrategias de afrontamiento inflexibles agravan su sufrimiento (Cardenal, et al., 2007).

Según Millon & Davis, (2004) los teóricos psicoanalíticos, destacan la influencia de las experiencias tempranas en el desarrollo de los trastornos de la personalidad, ya que generan patrones desadaptativos que persisten de manera inconsciente reflejando conflictos psíquicos. Sigmund Freud, Karl Abraham y Wilhelm Reich fueron pioneros en el desarrollo de la tipología psicoanalítica de la personalidad, inicialmente entendida como el resultado de frustraciones o satisfacciones en los estadios psicosexuales. Freud sentó las bases de esta tipología, aunque sus ideas sobre la personalidad fueron evolucionando. En su trabajo de 1915 introdujo tres polaridades, sujeto (yo) y objeto (mundo externo), placer-dolor, activo-pasivo las cuales identificó como elementos que gobiernan nuestra vida mental.

A lo largo del tiempo, el campo de la psiquiatría experimentó transformaciones que llevaron a la inclusión de enfoques psicoanalíticos en el DSM. Desde su primera publicación en 1952, el DSM ha pasado por varias revisiones que han transformado el diagnóstico psiquiátrico. Las primeras ediciones, DSM-I (1952) y DSM-II (1968), influenciadas por el psicoanálisis, consideraban los trastornos mentales como reacciones de la personalidad a factores psicosociales. No incluían criterios diagnósticos formales, sino descripciones generales, lo que para algunos autores dificultaba la fiabilidad del diagnóstico. Los psiquiatras psicoanalíticos se enfocaban más en los conflictos intrapsíquicos que en la clasificación de síntomas específicos (Del Barrio, 2009).

A finales de la década de 1930, los psicoanalistas comenzaron a identificar a los pacientes fronterizos, quienes, si bien no presentaban elementos como para ser diagnosticados con psicosis esquizofrénica, resultaban demasiado vulnerables para someterse a un tratamiento analítico convencional. Estos individuos mostraban una desorganización en su pensamiento y síntomas psicóticos bajo condiciones de estrés, ubicándolos en una zona intermedia entre la neurosis y la psicosis. La teoría de Erikson de 1956 sobre la identidad del yo también contribuyó al desarrollo del concepto del paciente fronterizo (Prieto Loureiro & Azpiroz Núñez, 2008).

En el transcurso del siglo XX, el Trastorno límite de la personalidad, (de ahora en adelante "TLP") fue adquiriendo mayor reconocimiento en el ámbito de la psiquiatría. En 1980, fue reconocido por primera vez como un diagnóstico formal en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Tercera edición (DSM-III) (Instituto Nacional de la

Salud Mental, s.f.).

Según Sandín (2013) el DSM-III (1980) marcó un cambio clave al introducir un sistema de diagnóstico basado en síntomas específicos y criterios definidos, inspirado en el modelo de Kraepelin. Según el autor, esto dejó de lado la influencia psicoanalítica y dotó a la psiquiatría de mayor rigor científico, diferenciando claramente lo normal de lo patológico. Por otro lado, Pacheco Yáñez et al., (2015) mencionan que el DSM-III también incluyó un modelo multiaxial, que evaluaba cinco ejes distintos, aportando una visión más integral del diagnóstico. Sandín (2013) señala que el DSM-IV (1994) continuó perfeccionando los criterios diagnósticos, mejorando la precisión de las categorías y detallando más los trastornos. Con la publicación del DSM-5 en 2013, se abandonó el enfoque multiaxial, debido a que el nuevo modelo dimensional permite una evaluación más flexible, considerando la gravedad y los matices de los síntomas para una visión más detallada del diagnóstico APA (2014).

El DSM-5 describe los trastornos de personalidad como patrones persistentes en la forma de pensar, sentir y comportarse que difieren significativamente de lo esperado dentro del contexto cultural de la persona. Este patrón es rígido y se mantiene en el tiempo comenzando en la adolescencia o en la adultez temprana, generando malestar o dificultades en la vida cotidiana (APA, 2014).

Los trastornos de la personalidad se clasifican en tres grupos: A, B y C, según sus características clínicas. El grupo B, en el cual se encuentra el TLP, se caracteriza por patrones de comportamiento que involucran emociones intensas, inestabilidad y dificultad para mantener las relaciones interpersonales. A su vez, suelen presentar conductas impulsivas, erráticas y emocionales APA (2014).

Según el DSM-5, el TLP se caracteriza por patrones de inestabilidad emocional, impulsividad y alteración en la percepción de uno mismo y de las relaciones, con inicio en la adultez temprana y manifestación en distintos contextos (APA, 2014). Los criterios diagnósticos incluyen: miedo extremo al abandono, relaciones inestables, autoimagen alterada, impulsividad que se manifiesta en conductas autolesivas, conductas suicidas recurrentes, inestabilidad afectiva, sentimiento crónico de vacío, ira descontrolada y episodios de paranoia o disociación bajo estrés (APA, 2014, p. 663).

Salgado (2014) indica que la prevalencia del TLP varía entre el 2% y el 6%, siendo más común en pacientes hospitalizados (20%) y ambulatorios (10%), con un 49% en adolescentes internados (Bateman y Fonagy, 2010). El riesgo de suicidio es mayor en jóvenes, pero disminuye con la edad. La terapia puede generar mejoras en el primer año, pero la impulsividad persiste. No obstante, muchos logran mayor estabilidad en las

relaciones y el trabajo entre los 30 y 40 años. Estudios a largo plazo muestran que alrededor de la mitad de los pacientes deja de cumplir con los criterios diagnósticos después de una década (DSM-5, 2013).

En un estudio realizado en Uruguay, se encontró que el 2,2% de la población presenta riesgo de desarrollar rasgos de TLP. Estos datos están basados en el cumplimiento de criterios preestablecidos por los participantes del estudio, un porcentaje consistente con los parámetros definidos en el DSM-IV (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad & Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011; López-Ibor et al., 2002). La muestra realizada con residentes Uruguayos (incluyó zonas urbanas y rurales), compuesta por 1961 casos válidos, se seleccionó mediante un muestreo probabilístico aleatorio por cuotas, considerando variables como sexo y franjas etarias. Se observó una prevalencia ligeramente mayor en hombres (2.527%) que en mujeres (1.998%), aunque sin diferencias estadísticamente significativas. Diversos autores cuestionan la idea de “superioridad” femenina en el TLP, a diferencia de lo que sucede en Uruguay, en otros países se encuentra un porcentaje mayor en mujeres lo cual puede deberse a un mayor acceso de mujeres a servicios de salud, mientras que los hombres, debido a una mayor representación en la población carcelaria, pueden estar subdiagnosticados, en parte por factores culturales que dificultan el reconocimiento y aceptación de sus síntomas (Sosa, 2025).

## **2.2 Trastorno Límite de la Personalidad y el entorno laboral**

Según los planteos de Gálvez Herrer et al. (2010), las personas diagnosticadas con TLP suelen experimentar cambios intensos y repentinos en sus metas profesionales. La inestabilidad emocional y/o intensidad de sus emociones impactan en su sentido de identidad, lo que dificulta la orientación de su vida e intereses en el ámbito laboral (p.236).

El TLP afecta significativamente la participación laboral, con estudios que indican que alrededor del 45% de las personas con TLP están desempleadas y un porcentaje similar recibe pensiones por discapacidad. Según algunos estudios a pesar de que los síntomas psiquiátricos tienden a remitir con el tiempo, el funcionamiento vocacional sigue siendo problemático, caracterizado por conflictos con supervisores, alta sensibilidad a las críticas, y una historia laboral errática, con cambios frecuentes de empleo. Además, suelen posponer tareas y ausentarse al trabajo, lo que dificulta su desempeño (Castán Ballarín, 2005).

Según un estudio realizado a personas con TLP y sus proveedores de servicios en distintos contextos laborales se concluyó que, durante la búsqueda de empleo, la inseguridad y el miedo al fracaso pueden llevar a evitar entrevistas o a reaccionar de

manera desproporcionada ante el estrés, mostrando hipersensibilidad a las críticas o bloqueos mentales. Es frecuente que eviten servicios de orientación laboral debido a la desconfianza hacia nuevas personas y cambios en su entorno (Dahl, et al., 2017).

Una vez insertos en el ámbito laboral, pueden enfrentar dificultades de adaptación debido a su desorganización, impulsividad y vulnerabilidad a la opinión de superiores y colegas. Su alta sensibilidad al estrés ambiental puede llevarlos a reaccionar de manera impredecible en situaciones exigentes, lo que afecta su desempeño interpersonal. Como mecanismo de defensa, tienden a la regresión, lo que dificulta su capacidad para afrontar el estrés de manera adaptativa. Esto puede manifestarse en un menor control de impulsos, dependencia emocional y evasión de responsabilidades, lo que impacta negativamente en su permanencia y estabilidad laboral (Dahl et al., 2017).

Las relaciones interpersonales en el trabajo también constituyen un desafío. Las personas con TLP pueden oscilar entre actitudes extremas hacia los demás, como simpatía excesiva o rechazo total, lo que genera vínculos inestables. La alta sensibilidad a las críticas y la percepción distorsionada de los comentarios ajenos puede desencadenar reacciones desproporcionadas ante conflictos menores. La intolerancia a la figura de autoridad y la tendencia a interpretar las indicaciones como ataques personales dificultan la interacción en entornos laborales, generando sentimientos de injusticia y relaciones de dependencia emocional o actitudes pasivo-agresivas (Dahl, et al., 2017). Además, suelen experimentar bloqueos emocionales y reaccionar de manera extrema ante el estrés, con conductas de huida o confrontación, lo que limita su rendimiento. La inseguridad constante sobre su lugar en el trabajo y la sensación de ineficacia afectan su compromiso y desempeño, llevando a una alta rotación laboral, procrastinación y absentismo (Castán Ballarín, 2005).

Factores personales como la impulsividad, desregulación emocional y distorsiones cognitivas impactan negativamente en su desempeño laboral. Sin embargo, un entorno de trabajo estructurado y con apoyo adecuado puede facilitar su participación. La actitud de los empleadores, la percepción de la productividad y la confiabilidad, así como la falta de recursos para gestionar problemas de salud mental, representan barreras adicionales para su integración laboral (Dahl, et al., 2017).

En situaciones de mayor estabilidad afectiva, sin consumo de sustancias y con un deseo genuino de integrarse laboralmente, el rol del supervisor es clave. Se deben establecer límites claros en cuanto a las tareas, comportamientos y desempeño, así como poseer habilidades para gestionar posibles conflictos y enfrentamientos interpersonales (Gálvez Herrero et al., 2010).

### **2.3 Trastorno Límite de la Personalidad: una mirada de género**

Las mujeres sólo por el hecho de ser mujeres, enfrentan peores condiciones de vida, tales como desigualdad económica, sobrecarga de trabajo, ocupar roles de cuidado, afectando tanto su salud física como mental y contribuyendo a mayores problemas de salud mental en comparación con los hombres. Las relaciones de poder desiguales, sumadas a factores como la clase social y la raza, refuerzan su posición subordinada. A su vez, estas dinámicas también influyen en la forma en que construyen su identidad (Bacigalupo et al., 2022).

Según Ruiz Somavilla & Jiménez Lucena (2003), esta posición de subordinación no sólo ha impactado en su bienestar, sino que también ha influido en cómo han sido percibidas y tratadas dentro del entorno de la psiquiatría a lo largo de la historia. A finales del siglo XIX, los enfoques terapéuticos de los psiquiatras estuvieron condicionados por la asociación de los trastornos mentales con características femeninas. Según Chesler (1972) citado en (Ruiz Somavilla & Jiménez Lucena, 2003), las mujeres eran más propensas a ser diagnosticadas con enfermedades mentales debido a un "doble estándar", donde los rasgos como independencia y autonomía se consideraban masculinos, mientras que la dependencia y el sentimentalismo estaban relacionados al género femenino. En este contexto, eran consideradas "locas" por aceptar o rechazar los roles tradicionales, y a su vez, en su tratamiento, se han observado prácticas como mutilaciones ginecológicas y diferencias de género en los enfoques terapéuticos, dirigidos a reeducar para ajustarse a los roles sociales establecidos.

El género como categoría de análisis, según la noción de Joan Scott, brindó un lenguaje para la reforma laboral, como también términos por los cuales se puede explicar las causas y resultados de la actividad económica. El ideal del salario, resultó difícil de materializar ya que el ingreso del varón pocas veces alcanzó para sostener a toda la familia sin el aporte económico de otros integrantes del hogar y sin el trabajo doméstico no remunerado de las mujeres. El supuesto de que las mujeres sólo trabajan por un ingreso adicional contribuyó a sostener esta creencia, mientras que las exponía a condiciones laborales precarias e invisibilizaba la existencia de múltiples mujeres autosuficientes (Boris & Swinth, 2023).

Con la llegada del siglo XX, el papel tradicional de la mujer ha comenzado a transformarse y expandirse, impactando tanto en la esfera pública como en la privada. Este cambio ha propiciado la construcción de nuevas formas de subjetividad. Si bien estas transformaciones han favorecido la independencia económica de las mujeres respecto a los hombres, su integración al mercado laboral ha traído consigo una "doble jornada". Esto se

debe a que, además de asumir responsabilidades laborales, muchas mujeres continúan desempeñando roles tradicionales en el ámbito doméstico y enfrentándose, además, a frecuentes desigualdades en comparación con los hombres (Fernández, 1993 como se citó en Rodríguez Hernández et al., 2022).

Según el Instituto Nacional de Estadística (2008), la Encuesta Continua de Hogares acerca del uso del tiempo y trabajo no remunerado en Uruguay concluyó que el 91% de las personas de 14 años de edad en adelante, realizan trabajo no remunerado, entendido como el conjunto de tareas vinculadas al trabajo doméstico y cuidados, sin recibir retribución económica. El 96% de las mujeres realiza trabajo no remunerado, mientras que solo el 85% de los varones lo hace. Por otro lado, las mujeres dedican en promedio 36 horas semanales a estas actividades, mientras que los varones 16 horas por semana. Esto implica que al dedicar las mujeres más del doble del tiempo que los varones al trabajo no remunerado, se dificulta su acceso y promoción en el trabajo remunerado en condiciones de igualdad. En este sentido, el tiempo de trabajo remunerado en varones representa casi el 65%, mientras que el 35% restante corresponde a las mujeres. En contraste, si se considera el trabajo no remunerado, las mujeres asumen el 73,2% del tiempo dedicado y los varones el 26,8%.

El impacto de la doble jornada no sólo tiene repercusión en el ámbito laboral y doméstico, sino que también incide en su salud mental favoreciendo a una mayor prevalencia de trastornos mentales. A pesar de la participación femenina en el mercado laboral, las mujeres siguen siendo las principales encargadas del cuidado familiar, lo cual contribuye en la presencia potencial de estrés, ansiedad y depresión (Santana-Cárdenas, 2019). Como consecuencia también son más propensas a sufrir trastornos alimentarios y TLP, mientras que los hombres tienden a presentar trastornos de conducta, personalidad antisocial y un mayor consumo de sustancias (Smith et al., 2018). Además, se ha cuestionado que los instrumentos psicométricos para diagnosticar la depresión pueden tener sesgos de género, reflejando las construcciones culturales sobre lo femenino y lo masculino que predominan en las sociedades que los desarrollan (Smith et al., 2018).

La variabilidad en la manifestación de los trastornos según el género ha generado interrogantes sobre posibles sesgos en los criterios diagnósticos. En particular, se ha señalado que ciertos trastornos de personalidad, como el TLP, son diagnosticados con mayor frecuencia en mujeres, lo que ha generado controversia en torno a la influencia de construcciones sociales y estereotipos de género en la psiquiatría. En esta línea, Kaplan (1983), señaló que los criterios del DSM III fueron establecidos principalmente por hombres, lo que llevó a que las mujeres que no cumplieran con los roles tradicionales eran diagnosticadas con trastornos de personalidad, como el TLP. Sin embargo, el grupo de trabajo sobre género del DSM argumenta que algunos trastornos de personalidad, incluido

el TLP, pueden ser respuestas situacionales a contextos adversos, como el abuso y no necesariamente reflejan una patología. Este enfoque trata de corregir el sesgo de género, reconociendo que las mujeres pueden reaccionar de manera diferente a sus circunstancias debido a las expectativas sociales (Vertex, 2017).

Según un estudio realizado por Rocha et al., (2009) que analizó datos de la Encuesta Nacional de Salud en España, en el que participaron 29.476 personas de entre 16 y 64 años, se encontró una mayor prevalencia de problemas de salud mental en mujeres, (24,6%) que en hombres (14,7%). El análisis mostró que estos problemas eran más frecuentes en personas con menores niveles educativos, en situaciones de desempleo o con baja laboral, y en aquellas con contratos precarios o altos niveles de estrés en el trabajo. Además, la prevalencia aumentaba en personas con enfermedades crónicas, o con limitaciones graves en sus actividades cotidianas, especialmente cuando estas se debían tanto a causas físicas como mentales.

El TLP se diagnostica en un 75% de las mujeres, según el DSM IV (2018). Este dato ha generado debates sobre si la prevalencia refleja un sesgo en el diagnóstico, una diferencia biológica o sociocultural entre géneros.

Rosa (2024), apoyándose en distintos estudios expresa que el TLP tiene una prevalencia significativa tanto en la población general como en los entornos clínicos. Se estima que entre el 5.4% y el 6.4% de la población general vive con TLP (Grant et al., 2008). En el ámbito clínico, las personas con TLP representan entre el 15% y el 25% de los pacientes psiquiátricos y también constituyen entre el 15% y el 25% de los pacientes hospitalizados en psiquiátricos (Rosa, 2024).

Según Mosquera (2004), es frecuente identificar una amplia variedad de diagnósticos adicionales en pacientes con TLP, tales como anorexia, bulimia, depresión, toxicomanía, ludopatía, cleptomanía, diversos cuadros de ansiedad y trastorno bipolar, entre otros. Las dudas sobre un diagnóstico preciso suelen aumentar durante una hospitalización, especialmente al observar el comportamiento del paciente, caracterizado por su notable habilidad para mimetizarse y su búsqueda constante y desesperada de una identidad.

### **3. Marco conceptual**

#### **3.1 Trastorno Límite de la Personalidad: Conceptualización y Perspectivas Teóricas**

En el marco del psicoanálisis, la organización fronteriza de la personalidad se refiere a un modo de funcionamiento psíquico estable que se sitúa entre la neurosis y la psicosis. Según Kernberg & Abreu (1997) el término "organización fronteriza de la personalidad" resulta más preciso que "estado fronterizo", ya que describe una estructura estable en lugar

de una condición fluctuante. Esta organización se caracteriza por la presencia de al menos dos manifestaciones clínicas específicas. Entre ellas, las fobias múltiples que interfieren significativamente en la vida cotidiana, en particular aquellas relacionadas con la autoimagen o el temor a la contaminación. Asimismo, pueden observarse síntomas obsesivo-compulsivos que el paciente racionaliza, otorgándoles una aparente justificación. Otros indicadores incluyen síntomas de conversión de carácter crónico, manifestaciones disociativas como episodios de amnesia o fugas, y una preocupación excesiva por la salud asociada a la hipocondría. Además, es frecuente la presencia de tendencias paranoides combinadas con rasgos hipocondríacos. La coexistencia de estos síntomas permite diferenciar la personalidad fronteriza de las neurosis clásicas y sugiere una estructura patológica específica.

Desde la perspectiva del modelo biosocial propuesto por Linehan (1993), el trastorno límite de la personalidad surge como resultado de la interacción entre la vulnerabilidad emocional del individuo y un entorno que responde de manera invalidante. En este sentido, el modelo destaca que la desregulación emocional y la elevada sensibilidad a los estímulos emocionales constituyen factores fundamentales en la génesis del trastorno (Fruzzeti, 2002; Keegan, 2004).

El manejo disfuncional de la realidad interna y externa resulta característico del trastorno de la personalidad fronteriza. La escisión, al segmentar la realidad en extremos "buenos" y "malos", da lugar a oscilaciones entre la idealización y la devaluación, lo que impacta directamente en las relaciones interpersonales. Asimismo, la disociación, a menudo expresada como despersonalización o desrealización, refuerza la fragilidad de la identidad. Otto Kernberg mencionó la identificación proyectiva, mediante el cual aspectos intolerables del yo se atribuyen en otros, altera las relaciones interpersonales y refuerza la patología característica de este trastorno (Prieto Loureiro & Azpiroz Núñez, 2008b).

Dada la heterogeneidad clínica del TLP, se han identificado varias dimensiones centrales. Rosenberg & Miller (1989) destacan dos factores principales: inestabilidad en las relaciones interpersonales y la identidad, junto con desregulación afectiva. Posteriormente, autores como Clarkin et al., (1993) y Sanislow et al. (2000, 2002) añaden la impulsividad como un tercer factor clave en la psicopatología del TLP (Salgado, 2014).

El trastorno de la personalidad limítrofe ha sido objeto de diversas teorías sobre sus causas. Muñoz & Sánchez (2006) sugieren que la causa exacta de este trastorno sigue siendo desconocida, aunque existen varias hipótesis psicológicas basadas en factores biológicos, sociales y psicológicos para la comprensión de las personas que lo padecen. Entre estos factores, autores como Millon (1999) y Pinto (2004) destacan la estructura

familiar de origen como un elemento clave. En este sentido, la estructura familiar se entiende como un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que los miembros de una familia interactúan (Minuchín, 1986), lo que puede influir significativamente en el desarrollo del trastorno.

Según Muñoz & Sánchez (2006) el TLP puede manifestarse en varios subtipos (Millon,1999). El límite desanimado se caracteriza por la sumisión, falta de iniciativa y un estado continuo de depresión, lo que provoca inseguridad y conflictos. El límite impulsivo comparte características con las personalidades histriónica y antisocial, con comportamientos impulsivos y reacciones extremas. El límite petulante tiene una actitud desafiante y resistencia hacia la autoridad, similar a la personalidad negativista. Finalmente, el límite autodestructivo se distingue por la duda constante sobre sí mismo, oscilando entre la dependencia y la independencia, lo que lleva a conflictos internos y conductas destructivas. Estos subtipos reflejan las diversas formas en que se manifiesta el trastorno límite de la personalidad.

### **3.2 Mujeres y el ámbito laboral**

El trabajo es una actividad humana voluntaria que se realiza bajo tensión, en diferentes contextos como puestos de trabajo, hogares o espacios públicos. Implica la aplicación de la fuerza de trabajo sobre objetos (materia prima, insumos o información), ya sea de forma manual o mediante el uso de herramientas y máquinas. Su propósito es generar bienes, servicios o conocimientos para satisfacer necesidades personales o sociales (Marx, 1979, como se citó en Neffa, 1979).

A lo largo de la historia, el sistema patriarcal ha impuesto la dominación del “hombre blanco heterosexual”, relegando a las mujeres a ocupaciones menos valoradas y a tareas reproductivas socialmente desestimadas. En este contexto, la división sexual del trabajo ha desplazado a muchas mujeres al ámbito privado, vinculándolas a la reproducción, mientras que los hombres han sido posicionados en el ámbito público como productores (Federici, 2011).

A partir de 1870, en Inglaterra y Estados Unidos comienza un proceso de reforma del capitalismo que luego se extiende por Europa, dando lugar a la familia proletaria. Este cambio marca el pasaje de un modelo basado en la “explotación absoluta”, caracterizado por largas jornadas laborales y bajos salarios, hacia nuevas formas de organización social. Durante la Revolución industrial, las condiciones eran tan extremas que la clase obrera apenas lograba reproducirse, enfrentándose a una alta mortalidad, especialmente en mujeres y niños. A finales del siglo XIX con la introducción del salario familiar, las mujeres son desplazadas de las fábricas y confinadas al trabajo doméstico, convirtiéndose en

dependientes del salario masculino. Esta dependencia genera lo que se denomina “patriarcado del salario”, donde el hombre, como proveedor del salario también supervisa el trabajo no remunerado de la mujer estableciendo una nueva jerarquía que genera un nuevo contexto donde la violencia siempre está presente (Federici, 2018).

Según Comas (1998) la división del trabajo no es la causa de las desigualdades de género entre hombres y mujeres, ya que estas no surgen a partir de la organización del trabajo, sino que son las relaciones sociales preexistentes las que influyen en cómo se estructura y distribuye el trabajo.

En las últimas décadas, América Latina y el Caribe atravesaron grandes cambios sociales, políticos y económicos. Según Pollack y Jusidman (1997) este periodo estuvo marcado por un aumento de la pobreza y una incorporación masiva de mujeres al mercado laboral, lo que contribuyó a la feminización del trabajo informal. Según la OIT (2002) el empleo informal se caracteriza por la falta de protección laboral, salarios inestables, condiciones inseguras y ausencia de beneficios, afectando principalmente a mujeres y migrantes.

Según la Organización Internacional del Trabajo (2002) de ahora en adelante OIT, a nivel mundial aproximadamente el 74% del empleo informal urbano es ocupado por mujeres.

Diversos estudios destacan la importancia de realizar diagnósticos que contemplen las particularidades y barreras que enfrentan las mujeres para acceder a empleos dignos. Chant y Pedwell (2008) señalan que las mujeres suelen concentrarse en sectores específicos del trabajo informal, como el servicio doméstico y el trabajo independiente (no remunerado) en emprendimientos familiares, lo que las sitúa en una posición de desventaja frente a los hombres.

La Organización de las Naciones Unidas (1991) señala que, en ninguna parte del mundo las mujeres han accedido al empleo en igualdad de condiciones con los hombres. Además, el trabajo remunerado de las mujeres suele evaluarse considerando su impacto en la economía familiar y social, pero sin desvincularlo de los roles tradicionales de madre, esposa o ama de casa (Sorensen y Verbrugge, 1987).

Barquet (1991) sostiene que no se puede hablar de la mujer como unidad conceptual sin considerar factores como la clase social, la raza, la edad, el estado civil o el momento del ciclo vital. En la literatura feminista, si bien la subordinación y la opresión es una experiencia frecuente en mujeres, sus formas varían según el contexto histórico y cultural. Se destacan 2 ejes centrales: la división sexual del trabajo, que relega a las mujeres al ámbito doméstico, y las excluye el poder y el reconocimiento económico, y por

otro lado, la organización de la sexualidad y la procreación, que limitan su autonomía y libertad (Parella, 2000).

A través de este marco teórico, se buscará comprender desde una perspectiva dinámica las distintas experiencias narradas por mujeres con diagnóstico de TLP, inscritas en una biografía que contemple tanto sus vivencias personales como sus vínculos afectivos.

#### **4. Problema y preguntas de investigación.**

Este proyecto de investigación apunta a conocer las narrativas de mujeres entre 18 y 30 años de edad usuarias de ASSE con diagnóstico de TLP en torno a sus primeras vivencias en el mundo laboral, considerando el impacto en su desempeño y las relaciones laborales. Según estudios internacionales, el TLP afecta principalmente a mujeres con una prevalencia de hasta el 75% (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Se caracteriza por patrones de inestabilidad emocional, impulsividad y alteración en la percepción de uno mismo y de las relaciones, con inicio en la adultez temprana y manifestación en distintos contextos. Según los criterios diagnósticos del DSM-5 (2014) el TLP se identifica por la presencia de al menos 5 de los siguientes hechos: miedo extremo al abandono, relaciones inestables, autoimagen alterada, impulsividad manifestada en conductas autolesivas, conductas suicidas recurrentes, inestabilidad afectiva, sentimiento crónico de vacío, ira descontrolada y episodios de paranoia o disociación bajo estrés (p. 663).

Según la bibliografía consultada, en el ámbito laboral estas características pueden influir de manera significativa. Las personas con TLP suelen experimentar dificultades en entornos poco estructurados, lo que puede llevar a una pérdida recurrente de empleo y a una trayectoria laboral inestable. Frecuentemente, presentan patrones de auto-boicot, abandonando metas importantes justo antes de alcanzarlas, afectando tanto su desarrollo profesional como sus relaciones personales DSM-5 (2014).

A través de las narrativas de las participantes, este estudio tiene como objetivo conocer como el ámbito laboral afecta a mujeres diagnosticadas con TLP, y que medidas laborales se toman para contemplar estas situaciones, proporcionando una perspectiva integral de las vivencias laborales de mujeres con dicho diagnóstico.

##### **4.1 Pregunta principal**

¿Cómo son las narrativas de las mujeres con diagnóstico de TLP en torno a su afectación en el desempeño laboral y las relaciones interpersonales en el trabajo?

##### **4.2 Preguntas específicas**

¿Cuáles son las dificultades que las mujeres que portan un diagnóstico de TLP visualizan en su entorno laboral?

¿Cómo influye el diagnóstico de TLP en las relaciones interpersonales laborales en mujeres?

¿Qué medidas se toman en el entorno laboral para contemplar situaciones de salud mental?

## **5. Objetivos generales y específicos**

### **5.1 Objetivo general**

Conocer las narrativas de las mujeres usuarias del sistema de salud ASSE acerca de sus vivencias en relación con el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y los efectos que genera en el entorno laboral.

### **5.2 Objetivos específicos**

- Indagar las dificultades vivenciadas por las mujeres con diagnóstico de TLP en su entorno laboral.
- Explorar cómo el contexto laboral influye en las trayectorias laborales de mujeres con diagnóstico de TLP.
- Conocer si se toman medidas en los entornos laborales que contemplen situaciones de salud mental y cuáles son.

## **6. Metodología**

El presente trabajo se enmarca dentro del enfoque cualitativo de investigación, el cual, según Marshall y Rossman (1999), es pragmático y basado en la experiencia de las personas, lo que permite un acercamiento naturalista e interpretativo al fenómeno de estudio.

Teniendo en cuenta estos aspectos, la investigación se basa en inmersión en la vida cotidiana, se buscará comprender las vivencias de las participantes desde su propio contexto, permitiendo una aproximación profunda a sus experiencias y significados. La investigación priorizará el punto de vista de las mujeres diagnosticadas con TLP, explorando sus narrativas sobre la atención recibida en el sistema de salud y las dificultades que han experimentado en el mundo laboral. Se utilizarán técnicas de recolección de datos que favorezcan la construcción de un diálogo entre la investigadora y las entrevistadas, generando un espacio de escucha activa y reflexión. Se emplearán 20 entrevistas semiestructuradas la cual permite un enfoque flexible y detallado de las experiencias individuales, dirigidas a mujeres entre 18 y 30 años con diagnóstico de TLP, dado que en esta etapa suelen tener lugar las primeras experiencias en el mundo laboral. A su vez, se incluirá la participación de informantes calificados, como el personal de ASSE encargado de

la atención de mujeres con diagnóstico de TLP (Hernandez Sampieri, et al., 2014). La selección de participantes se realizará mediante una convocatoria pública a través de los medios de difusión de la Facultad de Psicología UDELAR, invitando a personas interesadas a participar de forma voluntaria en el estudio.

Para el análisis de datos obtenidos a través de las entrevistas, se utilizará la técnica de análisis de contenido temático, la cual permite identificar, organizar e interpretar los temas significativos presentes en los discursos de las participantes. Este enfoque posibilita la comprensión profunda de las vivencias subjetivas de las mujeres y de los sentidos que le atribuyen a sus experiencias en el mundo laboral Braun y Clarke (2006).

El proceso de codificación se realizará mediante el software de análisis cualitativo MAXQDA, el cual facilita la organización, sistematización e interpretación de los datos recogidos (Strauss & Corbin, 1990).

### 7. Cronograma de ejecución

	<b>MESES</b>											
<b>ACTIVIDADES</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión bibliográfica y de antecedentes												
Elaboración de consentimiento informado												
Elaboración de pauta de entrevista												
Contacto con informantes calificados y participantes de las entrevistas												
Realización de entrevistas												
Desgrabación y transcripción de entrevistas												
Análisis de las entrevistas												

Elaboración de informe final												
Presentación y resultados												

### 8. Consideraciones éticas

Este preproyecto de investigación cumplirá con la Ley N.º 18.331 de Protección de Datos Personales y Habeas Data (Uruguay, 2008) y el Decreto N.º 158/019 (Uruguay, 2019), asegurando que la recolección y tratamiento de los datos personales se realice de manera anónima, transparente, con el consentimiento informado y garantizando la confidencialidad y seguridad de la información. Los participantes serán informados sobre el propósito, procedimientos y posibles riesgos de la investigación, y se les pedirá su consentimiento informado por escrito. Además, se garantizará su derecho a acceder, modificar o eliminar sus datos en cualquier momento. De igual manera, se asegurará la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento.

Se proporcionarán datos sobre instituciones de salud mental en caso de que los participantes experimenten malestar emocional durante las entrevistas, asegurando el acceso a apoyo psicológico. La investigación cumplirá con los principios éticos establecidos en el Decreto N.º 379/008 (Uruguay, 2019), respetando la dignidad y los derechos de los participantes en todo momento.

### 9. Resultados esperados y plan de divulgación

Se pretende generar conocimiento sobre las mujeres con diagnóstico de TLP y su trayectoria laboral, identificando los principales desafíos que enfrentan en su entorno de trabajo, con el fin de producir conocimiento para aportar al diseño y desarrollo de políticas laborales y de salud mental en Uruguay.

Los resultados obtenidos se divulgarán a partir de la presentación en jornadas académicas, la publicación de artículos científicos y a través de las jornadas del intercambio académico con el equipo de psicología de las organizaciones y el trabajo (POT) perteneciente a Facultad de Psicología UDELAR.

### Referencias Bibliográficas

Asociación Americana de Psiquiatría.(2014). Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (5a ad) Médica Panamericana.

[Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales \(DSM-5\)](#)

Bacigalupo, 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. *Revista de Salud Pública*. [Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas - Dialnet](#)

Berrios, G. E. (2013). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales: La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX* (L. de los Á. Díaz Rodríguez, Trad.). Fondo de Cultura Económica. [Berrios German E - Historia De Los Síntomas De Los Trastornos Mentales.pdf](#)

Boris, E., & Swinth, K. (2023). La importancia de la unidad doméstica: Hacia una historia social del capitalismo con perspectiva de género. <https://doi.org/10.48038/revlatt.n7.88>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. [Using thematic analysis in psychology](#)

Cardenal, V., Sánchez, M.<sup>a</sup> P., & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Personality disorders according to Millon's personality model: An integrative approach. Journal of Personality Disorders*, 21(4), 334-349. [Cardenal, V., Sánchez, M.<sup>a</sup> P., & Ortiz-Tallo, M. \(2007\). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. Personality disorders according to Millon's personality model: An integrative approach. Journal of Personality Disorders, 21\(4\), 334-349](#)

Chant, S., & Pedwell, C. (2008). *Las mujeres, el género y la economía informal: Evaluación de los estudios de la OIT y orientaciones sobre el trabajo futuro*. Organización Internacional del Trabajo. [La mujeres, el género y la economía informal: evaluación de los estudios de la OIT y orientaciones sobre el trabajo futuro | International Labour Organization](#)

Castán Ballarín, N. (2005). *Inserción laboral de personas con trastorno límite de personalidad (TLD)*. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 5(2), 167-177. [https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2470369&utm\\_source=chatgpt.com](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2470369&utm_source=chatgpt.com)

Comas, D. (1998). Antropología económica. Ariel. [\(PDF\) Antropología económica](#)

Dahl, K., Larivière, N., & Corbière, M. (2017). Work participation of individuals with

borderline personality disorder: A multiple case study. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 46(3), 377–388. [Work participation of individuals with borderline personality disorder: A multiple case study](#)

Del Barrio, V. (2009). *Raíces y evolución del DSM*. Revista de Historia de la Psicología, 30(2-3), 81-90. Publicacions de la Universitat de València. [Raíces y evolución del DSM - Dialnet](#)

Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (2008). *Tratado de psiquiatría* (8a. ed. de la 5a. ed. francesa, rev.puesta al día). Elsevier Masson. [\(PDF\) Tratado de Psiquiatría - henry E](#)

Federici, Silvia (2011). Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Tinta Limón. [Caliban y la bruja](#)

Federici, S. (2018). *El patriarcado del salario: Críticas feministas al marxismo* (M. A. Catalán Altuna, Trad.). Traficantes de Sueños. [El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo](#)

Fruzzeti, A. (2002) Dialectical-behavior therapy of borderline personality and related disorders. En Kaslow, F. & Patterson T. (eds.) *Comprehensive Handbook of Psychotherapy*, vol. 2. 215-240. John Wiley and Sons, New York. [Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorders | Request PDF](#)

Gálvez Herrero, M., Mingote Adán, J. C., & Moreno Jiménez, B. (2010). El paciente que padece un trastorno de personalidad en el trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56(220). <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2010000300005>

González de Rivera, J. L. (1998). *Evolución histórica de la psiquiatría*. *Psiquis*, 19(5), 183-200. [Evolución histórica de la Psiquiatría | Luis de Rivera](#)

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2020). *Metodología de la investigación científica*(6aed.).

<https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez.%20Fernandez%20y%20Baptista-Methodologia%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>

Instituto Nacional de Estadística. (2008). *Uso del tiempo y trabajo no remunerado en el Uruguay: Módulo de la Encuesta Continua de Hogares, septiembre 2007*. Instituto Nacional de Estadística.

Kaplan, M. (1983). La visión de una mujer sobre el DSM-III. *Psicólogo estadounidense*, 38(7), 786–792. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.7.786>

Keegan, E. (2004) *Abordaje cognitivo del Trastorno Límite de la Personalidad*. VERTEX 2004, Vol. XV - Nº 58, 287-294. Buenos Aires: Polemos. [\(PDF\) \[A cognitive approach of the borderline personality disorder\]](#)

Kernberg, O. F., & Abreu, S. (1997). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Paidós. <https://kbitly.com/55nBnl>

Ministerio de salud pública. (2020). *Plan nacional de Salud Mental: 2020-2027*. [MSP aprobó el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 | INDDHH](#)

Millon, T., Davis, R. D., & colaboradores. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV* (1a ed.). Masson.

Mosquera, D. (2004). *Diamantes en Bruto, un acercamiento al trastorno límite de la personalidad*. Madrid: ediciones Pléyades. [Diamantes en Bruto \(I\) Un Acercamiento Al Trastorno Límite de La Personalidad | PDF](#)

Muñoz, Á., & Sánchez, M. (2006). *Estructura de la familia de origen del trastorno límite de la personalidad*. Instituto Boliviano de Terapia Familiar, Universidad Católica Boliviana. [ESTRUCTURA DE LA FAMILIA DE ORIGEN DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD](#)

Neffa, J. (1979a). *Título del libro*. Editorial. <https://doi.org/ISBN 978-987-21579-9-9>

Organización Internacional del Trabajo– (2002). El trabajo decente y la economía informal, Conferencia Internacional del Trabajo, 90.ª reunión (informe VI). Ginebra, Suiza: OIT. [El trabajo decente y la economía informal](#)

ONU (1991). *The World's Women: trends and statistics 1970-1990*. ONU, New York. [The World's Women 1970-1990 Trends and Statistics](#)

Organización Mundial de la salud. (2022). Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos, panorama general. [Organización Mundial de la Salud](#)

Pacheco Yáñez, L., Padró Moreno, D., Dávila Wood, W., Álvarez de Eulate Unibaso, S., & Gómez de Mantenat de Cabo, P. (2015). Apuntes históricos sobre las clasificaciones actuales de las patologías mentales. *Norte de Salud Mental*, 13(53), 83-92 [Apuntes históricos sobre las clasificaciones actuales de las patologías mentales - Dialnet](#)

Plan nacional de Salud Mental: 2020-2027. [MSP aprobó el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 | INDDHH](#)

Prieto Loureiro, I., & Azpiroz Núñez, I. (2008). *Trastornos de la personalidad*. Psico Libros.

Porter, r. (2003). Breve historia de la locura. Turner. [\(PDF\) HISTORIA DE LA LOCURA Roy Porter, Breve historia de la locura, 2002](#)

Rodríguez Hernández, O., Pavón Rosado, B. E., & Vicencio Rangel, R. (2022). *Mujeres diagnosticadas con trastorno límite de personalidad: Significaciones en torno al género, el diagnóstico y la historia de vida*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Sociales y Humanidades. [Mujeres diagnosticadas con Trastorno Límite de Personalidad: Significaciones en torno al género, el diagnóstico y la historia de](#)

Rosa, E. R. (s. f.). Conocimiento de los Familiares de Pacientes Acerca del Trastorno de Personalidad Limítrofe en una Muestra de Familias Puertorriqueñas. 2024, 1(1). [Conocimiento de los Familiares de Pacientes Acerca del Trastorno de Personalidad Limítrofe en una Muestra de Familias Puertorriqueñas](#)

Ruiz Somavilla, M.<sup>a</sup> J., & Jiménez Lucena, I. (2003). *Género, mujeres y psiquiatría: Una aproximación crítica*. *Frenia*, III(1). [Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica - Dialnet](#)

Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255-286. <https://www.aepcp.net>

Santana-Cárdenas, S., Ramirez-Cruz, J. C., Castro-López, V. R., & Javier-Juárez, S. P. (2022). *El género como eje de análisis para la calidad de vida, la salud mental y la violencia*. *En calidad de vida. Aproximaciones teóricas y prácticas en México*. University of Guadalajara. [\(PDF\) El género como eje de análisis para la calidad de vida, la salud mental y](#)

[la violencia. Del libro Calidad de vida. Aproximaciones teóricas y prácticas en México](#)

Salgado, M. (2014). *Dificultades en la atención del paciente con trastorno límite de la personalidad en la internación psiquiátrica: Un caso de estudio*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXI Jornadas de Investigación, Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. [Trastorno Límite de la Personalidad en la Internación Psiquiátrica. Un caso de estudio.](#)

Smith, D, Mouzon, D., & Elliot, M. (2018). *Reviewing the assumptions about men's mental health: an exploration of the gender binary*. American Journal of Men's Health, 78-89. [Reviewing the Assumptions About Men's Mental Health: An Exploration of the Gender Binary](#)

Sorensen, G. y Verbmge L. (1987). Women, work, and health. *Annual Review Public Health*, 8, 235-251. [Women, work, and health - PubMed](#)

Sosa, F. (2025). *Rasgos de Trastorno Límite de la Personalidad en la población uruguaya* [Tesis de maestría, Universidad de la República]. Repositorio Colibrí. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/26977/1/Fernanda%20Sosa%20-%20Tesis%20Maestría%20Psicología%20Clínica.pdf>

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Sage Publications.

*Trastornos mentales*. (2022). Recuperado 22 de octubre de 2024, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Uruguay. (2008, agosto 11). *Ley N.º 18.331 de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data*. Montevideo: Parlamento del Uruguay. [Ley N° 18331](#)

Uruguay. (2019, junio 12). *Decreto N.º 158/019: Reglamento de la Ley N.º 18.331 sobre Protección de Datos Personales*. [Decreto N° 158/019](#)

Uruguay. (2019, junio 3). Decreto N.º 379/008. Reglamento sobre Investigación con Seres Humanos. Montevideo: Poder Ejecutivo. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/379-2008>

[Trastorno límite de personalidad en las organizaciones: empleabilidad, desempeño y](#)

[absentismo](#)

Vertex. (2017). *La medicalización del sufrimiento femenino. Rompela Regla*. [https://rompelaregla.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/02/vertex\\_medicalizacic3b3n-del-sufrimiento-femenino.pdf](https://rompelaregla.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/02/vertex_medicalizacic3b3n-del-sufrimiento-femenino.pdf)

Yáñez, L. P., Moreno, D. P., & Wood, W. D. (2015). *Apuntes históricos sobre las clasificaciones actuales de las patologías mentales*. [Dialnet-Apuntes Históricos Sobre Las Clasificaciones Actuales De-5265697](#)