



UNIVERSIDAD
DE ATACAMA

FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

**Vivencias Asociadas a la Estigmatización de Personas con Diagnóstico de
Trastorno Límite de la Personalidad en Copiapó**

Trabajo de Titulación Presentado en Conformidad a los Requisitos para Obtener el
Título de Psicólogo y el Grado de Licenciado en Psicología

Profesor Patrocinante: Ps. Pablo Brizuela Gallo

Javiera Castro Muñoz

Mei Díaz Codocedo

Copiapó, Chile 2025

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo explorar y comprender las vivencias de personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) en la ciudad de Copiapó, enfocándose en sus experiencias asociadas a la estigmatización. El TLP es un trastorno de la personalidad caracterizado por inestabilidad emocional, impulsividad, dificultades en las relaciones interpersonales y una autoimagen fluctuante. Estas características, unidas a una fuerte carga simbólica negativa en el imaginario social, hacen que las personas diagnosticadas enfrenten altos niveles de estigma en sus vidas cotidianas.

La estigmatización, entendida como un proceso social que desvaloriza a los sujetos en función de atributos considerados desviados, impacta profundamente en la forma en que estas personas se perciben a sí mismas, se relacionan con su entorno y acceden a espacios de cuidado, contención y validación social.

Es así como este estudio se sustenta desde el enfoque histórico-cultural, el cual considera que los procesos psíquicos se configuran en la interacción entre el individuo y su contexto social e histórico. Desde esta perspectiva, se adopta la vivencia como unidad de análisis central, entendida como experiencia subjetiva mediada culturalmente, que permite captar el modo en que los sujetos significan su realidad y participación en esta. A través de un enfoque metodológico cualitativo, basado en un diseño de estudio de caso y utilizando entrevistas episódicas como técnica principal de producción de datos, esta investigación recoge relatos que evidencian las múltiples formas en que el estigma se manifiesta y sus efectos emocionales, relacionales e institucionales. Los resultados permiten visibilizar prácticas discriminatorias por parte del entorno social e incluso de profesionales de la salud mental, y subrayan la necesidad de generar espacios educativos, éticos y empáticos que promuevan una comprensión más humana y libre de prejuicios hacia el TLP y, a su vez, diversos diagnósticos asociados a la salud mental.

Palabras clave: *Vivencias, Trastorno Límite de la Personalidad, Estigmatización, Salud Mental.*

Abstract

This research aims to explore and understand the subjective lived experiences of individuals diagnosed with Borderline Personality Disorder (BPD) in the city of Copiapó, with a particular focus on experiences related to stigmatization. BPD is a personality disorder characterized by emotional instability, impulsivity, difficulties in interpersonal relationships, and a fluctuating self-image. These features, combined with a strong negative symbolic burden in the social imagination, lead those diagnosed to face high levels of stigma in their daily lives.

Stigmatization, understood as a social process that devalues individuals based on attributes perceived as deviant, deeply impacts the way these individuals perceive themselves, relate to others, and access spaces of care, support, and social validation.

This study is grounded in the historical-cultural approach, which holds that psychological processes are shaped through the interaction between individuals and their social-historical context. From this perspective, *lived experience* is adopted as the central unit of analysis, understood as a culturally mediated subjective experience that reveals how individuals make meaning of and participate in their reality. Using a qualitative design based on episodic interviews, this research collects narratives that expose the various ways stigma is manifested and its emotional, relational, and institutional effects. The results highlight discriminatory practices not only from the broader social environment but also from mental health professionals, emphasizing the need to create educational, ethical, and empathetic spaces that foster a more human, prejudice-free understanding of BPD and other mental health diagnoses.

Keywords: *Lived experiences, Borderline Personality Disorder, stigmatization, mental health*

Índice de Contenidos

Capítulo I. Introducción	6
Capítulo II. Marco Teórico	11
Enfoque histórico-cultural en la investigación psicológica como sustento a la comprensión de las vivencias	11
La vivencia como unidad de análisis histórico-cultural para la investigación	12
Comprendiendo el Contexto de la Salud Mental en Chile	12
Antecedentes y Categorización del Trastorno Límite de la Personalidad	13
Estigma: un fenómeno social	14
Marco de Antecedentes: Estudios Empíricos que Relatan el Estigma Social frente al Trastorno Límite de la Personalidad	15
Capítulo III. Método.....	20
Tipo de estudio, diseño y metodología	20
Participantes y muestreo	21
Criterios de inclusión	21
Procedimiento de recolección de datos	22
Instrumento de recolección de datos	22
Análisis de los datos	23
Para el análisis de los relatos y la subjetividad presentada por los participantes se utilizarán los pasos de la teoría fundamentada propuesta por Strauss y Corbin (1990, citado en Restrepo-Ochoa, 2013) que considera:.....	23
Consideraciones éticas	24
Capítulo IV. Resultados	26
Vivencias sobre cómo las personas con diagnóstico de TLP perciben y significan los estigmas sociales asociados a su diagnóstico	26
<i>Sobre la aceptación del diagnóstico</i>	26
<i>Ignorancia y desinformación respecto al diagnóstico</i>	27
<i>Prejuicios en torno a conductas desadaptativas asociadas al diagnóstico de TLP</i>	29
<i>Percepción social en torno al diagnóstico</i>	30
Vivencias que identifican las formas en que las experiencias de estigmatización han impactado en los vínculos sociales, familiares, institucionales y en la autopercepción	32
Soledad y Estigma	32
<i>Respecto la necesidad constante de demostrar capacidad</i>	33

<i>Sobre el rechazo hacia el propio diagnóstico</i>	34
<i>Estigma proveniente de profesionales de la salud mental</i>	35
<i>Conductas y comentarios estigmatizantes en el entorno social</i>	35
Vivencias que reconocen emociones y conductas asociadas al diagnóstico de TLP...	37
<i>Sentimientos alejados de lo neurotípico previo al diagnóstico</i>	37
<i>Desesperanza y vacío asociados al diagnóstico</i>	38
<i>La autolesión como medio para canalizar emociones complejas</i>	39
<i>Sobre la importancia del trabajo terapéutico para el manejo emocional</i>	40
<i>Conflicto entre la representación social del diagnóstico y la experiencia emocional propia</i>	40
Capítulo V. Discusión	42
Capítulo VI. Conclusión	45
Referencias Bibliográficas	47

Capítulo I. Introducción

La salud mental ha cobrado una importancia creciente en las últimas décadas, tanto a nivel global como en el contexto chileno, debido a su impacto directo en el bienestar y la calidad de vida de las personas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), de cada cuatro personas existe la certeza de que una de ellas presentará algún trastorno mental en el mundo (2021), lo que resalta la urgencia de abordar estos trastornos con una perspectiva integral y accesible. Sin embargo, a pesar de los avances en la comprensión y tratamiento de las enfermedades mentales, las personas que las padecen continúan enfrentando numerosos desafíos, siendo uno de los más significativos la estigmatización social. Este fenómeno no solo agrava la condición de los afectados, sino que también dificulta su acceso a tratamiento adecuado y su integración plena en la sociedad.

La estigmatización es un fenómeno social complejo que involucra la atribución de características negativas, despectivas o marginadoras hacia individuos o grupos debido a una característica específica que se percibe como "anómala" o "indeseable". Esta característica puede ser de cualquier tipo: física, social, cultural o, como en el caso de este estudio, de salud mental. Goffman (1963), uno de los principales teóricos del estigma, lo definió como "un atributo que degrada a un individuo y lo reduce de una persona completa a una menos que humana" (p. 2). En términos más sencillos, el estigma lleva a la desvalorización de la persona en la sociedad, provocando una serie de efectos negativos que no solo afectan su imagen pública, sino que tienen consecuencias más profundas sobre su salud mental, emocional y social.

El proceso de estigmatización generalmente involucra dos componentes: el estigma público y el estigma internalizado. El primero se refiere a las percepciones sociales negativas hacia ciertos grupos, como las personas con enfermedades mentales. Estas percepciones se traducen en prejuicios, discriminación y exclusión. El segundo, más íntimo, tiene que ver con la manera en que las personas afectadas asumen esas percepciones, es decir, cómo interiorizan el estigma social y lo convierten en una parte de su identidad (Corrigan & Watson, 2002). Esta distinción se sustenta en la conceptualización clásica de Goffman (1963), quien describió el estigma como un fenómeno social que degrada la identidad y marca la interacción entre el individuo y

la sociedad. Según Link y Phelan (2001), el estigma no solo se trata de una actitud o una creencia, sino de un proceso estructural y social que se perpetúa mediante diferentes mecanismos de exclusión y discriminación, como el acceso limitado a recursos o el aislamiento social.

En el ámbito de la salud mental, el estigma tiene consecuencias particularmente graves. Según el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, 2018), los trastornos mentales son los menos comprendidos y los más estigmatizados dentro de las condiciones de salud. Las personas que padecen trastornos mentales, como la depresión, la esquizofrenia o el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), a menudo son vistas como "diferentes" o "menos capaces" que aquellas personas sin estas condiciones. Esta visión sesgada se basa en una serie de mitos y malentendidos que perpetúan la desinformación sobre los trastornos mentales. A menudo, se les considera que tienen menos control sobre sus emociones o comportamientos, o incluso que son peligrosos, lo que genera miedo y rechazo social (Corrigan, 2004).

El Clúster B de los Trastornos de la Personalidad (DSM-V), que incluye el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), el Trastorno Histriónico de la Personalidad y el Trastorno Narcisista de la Personalidad, se caracteriza por impulsividad, emociones intensas y dificultades en la regulación del comportamiento. La asociación entre estos trastornos y la criminalidad se ha fortalecido por sus síntomas comunes y la influencia de los medios, que a menudo los presentan de manera negativa.

El TAP es el trastorno del Clúster B más relacionado con la criminalidad debido a la manipulación, el desprecio por las normas sociales y la falta de remordimiento (APA, 2013). Se ha encontrado una prevalencia más alta de TAP en poblaciones carcelarias (Fazel & Danesh, 2002). Sin embargo, esta asociación ha llevado a generalizar erróneamente el vínculo con otros trastornos del grupo, como el TLP, el Trastorno Narcisista de la Personalidad (TNP) y el Trastorno Histriónico de la Personalidad (Sansone, 2013).

Aunque comparten rasgos como la impulsividad, en el TLP se manifiesta más en conductas autodestructivas que en comportamientos delictivos (Gunderson, 2011). Esta confusión contribuye al estigma, lo que puede resultar en discriminación en el acceso a atención médica y un trato más punitivo (Golomb et al., 2022). Además, los

medios de comunicación refuerzan este estigma al retratar a personas con estos trastornos de forma negativa, dificultando su rehabilitación (Day et al., 2011).

Es así como, este tipo de estigmatización tiene repercusiones directas en el bienestar psicológico de quienes padecen trastornos mentales. Se ha demostrado que el estigma social está relacionado con un mayor riesgo de sufrir síntomas de ansiedad, depresión y desesperanza (Chung & Liu, 2021). La discriminación que se experimenta en la vida diaria—ya sea en el ámbito laboral, familiar o social—puede desencadenar un aislamiento social que, en lugar de favorecer la recuperación, perpetúa el sufrimiento y contribuye a la cronicidad del trastorno. En el caso de personas con TLP, por ejemplo, las relaciones interpersonales conflictivas y la dificultad para gestionar las emociones son amplificadas por el estigma, lo que genera un círculo vicioso de rechazo, incompreensión y agravamiento de los síntomas.

En este contexto, el TLP ha sido identificado como una de las condiciones más complejas en el ámbito de la salud mental. La personalidad, definida como un conjunto de características estables de pensamiento, emoción y comportamiento, se ve profundamente afectada en las personas con TLP. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), el TLP se caracteriza por una "inestabilidad en las relaciones interpersonales, la imagen propia y la afectividad, así como una notable impulsividad" (*American Psychiatric Association*, 2013). Además, los individuos con este trastorno suelen experimentar una intensidad emocional extrema, una tendencia al pensamiento polarizado o dicotómico (todo o nada) y un miedo profundo al abandono, lo que puede llevar a dificultades en la gestión de las emociones y en la regulación de sus comportamientos.

A nivel global, el TLP afecta aproximadamente al 1-2% de la población general, con una prevalencia más alta en mujeres (Kernberg, 2004). En Chile, el trastorno ha comenzado a ser reconocido en los últimos años, pero los estudios al respecto siguen siendo limitados. A pesar de que la atención a los trastornos de la personalidad ha mejorado en el país, el TLP sigue siendo, en muchos casos, mal entendido y altamente estigmatizado. La sociedad tiende a percibir a las personas que presentan este diagnóstico como "inestables" o "manipuladoras", lo que aumenta el sufrimiento de los individuos afectados, pues enfrentan una constante discriminación social basada en prejuicios y estereotipos (Link & Phelan, 2001). Esta estigmatización

no sólo afecta la salud mental de las personas con TLP, sino que también limita su acceso a recursos terapéuticos adecuados, lo que perpetúa el ciclo de marginación y sufrimiento.

En la ciudad de Copiapó, como en muchas otras regiones de Chile, las personas con diagnóstico de TLP enfrentan desafíos particulares que se suman a la complejidad del trastorno en sí. En este sentido, estudios previos han señalado que en contextos urbanos pequeños o menos centralizados, las personas con trastornos mentales enfrentan barreras adicionales relacionadas con la falta de recursos especializados, además de una mayor visibilidad que puede intensificar los estigmas sociales (Vargas, 2016). La estigmatización que experimentan estas personas no solo se manifiesta en la desconfianza y la exclusión social, sino también en el rechazo por parte de familiares y amigos, lo que puede llevar a la persona a vivir con una constante sensación de aislamiento. Entonces, atendida esta problemática y visibilizada su urgencia surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué vivencias expresan las personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad frente al fenómeno de la estigmatización?

En contexto de lo expuesto, el objetivo general de esta investigación se plantea como explorar y comprender las vivencias subjetivas de personas con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad en relación con experiencias de estigmatización, considerando el impacto que estas tienen en su trayectoria vital y en su acceso a espacios de cuidado, contención y reconocimiento y validación social.

Para alcanzar este propósito, de manera específica se busca:

1. Indagar cómo las personas con diagnóstico de TLP significan los estigmas sociales asociados a su diagnóstico.
2. Identificar las formas en que las experiencias de estigmatización han impactado en sus vínculos sociales, familiares, institucionales y en su autopercepción.

3. Reconocer emociones y conductas asociadas al estigma frente al diagnóstico de TLP.

Capítulo II. Marco Teórico

En este apartado se presentan los principales referentes teórico-conceptuales de esta investigación, sumado a los trabajos empíricos realizados en torno a la temática abordada. Además, se presenta el enfoque histórico-cultural en la investigación psicológica para ayudar a comprender las vivencias

Enfoque histórico-cultural en la investigación psicológica como sustento a la comprensión de las vivencias

El enfoque histórico-cultural en psicología se fundamenta en una visión que trasciende lo meramente mental, reconociendo que los fenómenos psíquicos están profundamente determinados por el contexto social e histórico en el que se desarrollan (Elejalde, 2021). Esta perspectiva toma forma gracias a nuevas corrientes psicológicas críticas del paradigma mecanicista, el cual fragmentaba las funciones psíquicas — como la memoria, el lenguaje, la cognición o la afectividad— sin atender a su interrelación dinámica (Rubinstein, 1963). A diferencia de ese modelo, el enfoque histórico-cultural propone una comprensión integral y dialéctica del pensamiento humano, influenciado por los postulados del materialismo dialéctico y sus implicancias ontológicas y prácticas (Rubio, 2022).

Uno de los principales exponentes de esta corriente fue Lev S. Vygotsky, quien desarrolló la teoría sociocultural del desarrollo psicológico (Marginson & Dang, 2016). Vygotsky distinguió entre procesos psíquicos elementales, de origen biológico, y procesos psicológicos superiores, los cuales emergen a partir de la interacción con el entorno sociocultural (Talizina et al., 2010)). Desde esta perspectiva, el desarrollo psicológico es inicialmente social antes que individual, y está condicionado por el medio cultural en el que vive la persona (Vygotsky, 1979). El lenguaje, como herramienta simbólica por excelencia, cumple una función central en este proceso, al facilitar la interacción social y mediar la construcción del conocimiento y la conciencia del sujeto sobre su rol activo en ese intercambio (Vygotsky, 1994, 1998).

En consecuencia, este enfoque sostiene que toda acción humana se inscribe en un momento histórico particular, es culturalmente mediada y se realiza en un marco social determinado (Rodríguez, 2018).

La vivencia como unidad de análisis histórico-cultural para la investigación

Desde la perspectiva histórico-cultural, Rodríguez (2010) plantea que el desarrollo humano se concibe como el resultado de una interacción constante entre el sujeto y su entorno social e histórico, en el cual las herramientas culturales desempeñan un papel clave en la construcción del aprendizaje y en la formación de habilidades cognitivas. Vygotsky (1987) retoma esta idea al destacar que las relaciones sociales están profundamente mediadas por la experiencia histórica y cultural de las personas, lo que influye directamente en sus procesos psíquicos.

En esta línea, se introduce el concepto de vivencia como unidad de análisis fundamental para comprender cómo el entorno moldea la personalidad humana (Rubio, Rodríguez & Erausquin, 2023). El autor define entonces la vivencia como la unidad dinámica y estructurante de la conciencia, ya que integra las experiencias subjetivas que el individuo elabora a través de su interacción social. Esta concepción rechaza la separación entre el sujeto y su contexto, pues los aspectos emocionales, afectivos e intelectuales se entrelazan en la manera en que las personas significan sus experiencias (Wertsch et al., 1995).

Asimismo, la vivencia permite esclarecer cómo el desarrollo personal se vincula con el proceso de apropiación cultural. Las personas, al relacionarse activamente con su cultura, no solo la incorporan, sino que también la transforman, haciéndola parte constitutiva de su identidad (Vygotsky, 1996). En este sentido y de manera concluyente, lo cultural, lo social y lo subjetivo no son esferas separadas, sino dimensiones que se co-construyen y se influyen mutuamente. Así, lo psíquico no puede pensarse de manera aislada, ya que se configura siempre en relación con los otros y con el contexto sociocultural del que forma parte.

Comprendiendo el Contexto de la Salud Mental en Chile

La salud mental en Chile ha atravesado un proceso evolutivo importante, marcado por un contexto histórico de invisibilización y estigmatización. Desde el siglo XIX, la atención a los trastornos mentales se centraba en instituciones cerradas como el Hospital Psiquiátrico de Putaendo, fundado en 1862, donde los pacientes eran tratados en condiciones de hacinamiento y sin un enfoque terapéutico adecuado (Guzmán, 2020). Durante el siglo XX, la salud mental siguió siendo un tema relegado,

con políticas centradas en hospitales psiquiátricos y tratamientos de choque. No fue sino hasta la década de 1990, tras el retorno a la democracia, que comenzó una lenta reorientación hacia un modelo más comunitario e integral, impulsado por la ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en 2008 (MINSAL, 2020). El Plan Nacional de Salud Mental de 2000 fue un hito en la integración de la atención psiquiátrica en la atención primaria, pero la falta de recursos y la disparidad en la cobertura seguían siendo problemas importantes (MINSAL, 2019). La Ley 20.584 de 2011 sobre derechos y deberes de los pacientes intentó mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud mental, aunque las brechas siguen siendo significativas, especialmente en zonas rurales (Figueroa et al., 2021). La crisis social de 2019 y la pandemia de COVID-19 aumentaron los trastornos mentales, como la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático, evidenciando la falta de preparación del sistema ante emergencias de salud pública (MINSAL, 2021).

Lo anterior, advierte la complejidad asociada al contexto de Salud Mental en Chile, lo cual merece ser observado de forma integral y amplia.

Antecedentes y Categorización del Trastorno Límite de la Personalidad

En cuanto a los trastornos de la personalidad, el DSM-V clasifica estos trastornos en tres grupos: el Grupo A, denominado "raro o extraño", que incluye paranoia, esquizofrenia y trastorno esquizotípico; el Grupo B, "dramático, emocional e inestable", que incluye trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista, caracterizados por alta labilidad emocional e impulsividad; y el Grupo C, "ansiedad o miedo", que incluye trastornos evitativos, adictivos y obsesivo-compulsivos, relacionados con la ansiedad y el miedo exacerbados (DSM-V). El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón de inestabilidad interpersonal, de identidad y emocional, y una alta impulsividad, que comienza en la adultez temprana (APA, 2014). A lo largo de la historia, diversos autores han abordado características que se asemejan al TLP. En 1684, Bonnet describió la impulsividad combinada con un estado de ánimo inestable, lo que fue un precursor del diagnóstico moderno. Más tarde, Falret y Baillarger (1854) acuñaron los términos "folie circulaire" y "folie a double forme" para describir la naturaleza cambiante del trastorno, con síntomas como depresión y pensamientos suicidas. Sin embargo, fue Adolf Stern en 1938 quien introdujo el término "grupo límite de neuróticos", acercándose más al

concepto actual de TLP.

En 1980, el TLP fue finalmente reconocido oficialmente en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), definido por patrones de inestabilidad en relaciones interpersonales, identidad, emociones e impulsividad. Desde entonces, la investigación sobre el TLP ha crecido significativamente, abordando su neurobiología, etiología (factores genéticos y ambientales) y opciones de tratamiento. Uno de los avances más importantes fue la contribución de Marsha Linehan (1993), quien desarrolló la terapia dialéctica conductual (DBT) para tratar el TLP. Este enfoque terapéutico combina la terapia cognitivo-conductual con principios de aceptación y atención plena basados en la filosofía budista, y ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de la impulsividad, la labilidad emocional y el comportamiento autodestructivo. La investigación sobre el TLP también ha explorado su base biológica, particularmente el sistema límbico, la corteza prefrontal y la serotonina, proporcionando una comprensión más profunda de este trastorno. Aunque el TLP sigue enfrentando el estigma, los avances en concientización y tratamiento, como los desarrollados por Linehan, han contribuido a una mayor comprensión y apoyo a los pacientes, abriendo caminos hacia la desestigmatización de los trastornos de salud mental.

Estigma: un fenómeno social

Como se expuso anteriormente, Erving Goffman (1963) desarrolló una de las teorías más influyentes sobre el estigma social en su obra "*Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*" publicada en 1963. Un concepto clave planteado en esta teoría es la diferencia entre la identidad social virtual (lo que los demás esperan de alguien) y la identidad social real (lo que la persona en cuestión realmente es). Cuando hay una discrepancia entre ambas identidades se hace presente el fenómeno de la estigmatización y, por consiguiente, la desvalorización del sujeto.

Además, Goffman introduce el concepto de "manejo del estigma", que refiere a las estrategias que utilizan las personas estigmatizadas para enfrentar o evitar la discriminación, como la ocultación del atributo estigmatizante, la revelación controlada en contextos identificados como seguros, o la resignificación de la propia identidad. Dichas estrategias permiten al individuo intentar preservar su autoestima y reclamar una identidad que vaya más allá del estigma impuesto.

Marco de Antecedentes: Estudios Empíricos que Relatan el Estigma Social frente al Trastorno Límite de la Personalidad.

Diversos documentos abordan el estigma asociado al trastorno límite de la personalidad (TLP). En un artículo de revisión, Grasso y Helmich (2020) analizan cómo este trastorno no sólo genera sufrimiento a nivel individual, sino que dicho malestar se ve agravado por el estigma social vinculado al diagnóstico. Desde un enfoque clínico y social, describen que las personas con TLP presentan una marcada disfunción en la regulación emocional, manifestada en comportamientos impulsivos, relaciones interpersonales inestables y sentimientos persistentes de vacío.

Además del malestar intrínseco al trastorno, el estudio señala que quienes lo padecen enfrentan discriminación en contextos de atención médica. En particular, Grasso y Helmich exponen un estudio de Markham (2003) en el cual se demostró que el personal de enfermería presentaba menor rechazo y mayor percepción de peligrosidad ante pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que frente aquellos con diagnóstico de TLP. Se demostró en general una mayor negatividad en el abordaje del trabajo terapéutico con los pacientes que son diagnosticados con dicho trastorno. Tales circunstancias psicosociales provocan que estos pacientes internalicen la estigmatización sufrida, en tanto toman para sí aquellos prejuicios sociales que impactan sobre sus vínculos; al mismo tiempo que perciben con particular sensibilidad el rechazo social de parte de las demás personas (Grambal et al., 2016).

Bajo lo anterior, se refleja que como resultado las personas con Trastorno Límite de la Personalidad se enfrentan a dos tipos de problemas: los problemas que surgen directamente de su trastorno, que a menudo son intermitentes y controlados por intervenciones cada vez más efectivas, y los problemas relacionados con la discriminación que, por el contrario, tienden a ser más permanentes y persistentes, además de difíciles de combatir, convirtiéndose en uno de los principales obstáculos para la recuperación (Chung & Liu, 2021).

Por último, la alta comorbilidad del TLP con otros trastornos mentales (como ansiedad, depresión y uso de sustancias) remarca la importancia de tratamientos centrados en la regulación emocional y manejo de conductas autodestructivas. Destaca además el rol de la investigación académica en el desarrollo de estrategias terapéuticas

más inclusivas, especialmente para poblaciones en situación de vulnerabilidad social. Es importante destacar la necesidad de combatir el estigma desde políticas públicas y prácticas clínicas, considerando que el rechazo social es uno de los principales obstáculos para la mejora de la calidad de vida de estas personas (Grasso y Helmich, 2020), tal como se evidenció anteriormente.

Por último la alta comorbilidad del TLP con otros trastornos mentales resalta la necesidad de tratamientos centrados en la regulación emocional y el manejo de conductas autodestructivas, y destaca el papel fundamental de la investigación para desarrollar estrategias terapéuticas más inclusivas para grupos vulnerables. Romero (2009) expone que las personas con enfermedades mentales sufren restricciones en sus derechos sociales, tales como el acceso al empleo, la vivienda y la participación ciudadana, y que el temor al juicio social puede llevar a evitar acudir a servicios de salud, retrasando diagnósticos y tratamientos y agravando su situación. Además, el rechazo social afecta también a los profesionales de salud mental, quienes muchas veces son menospreciados dentro del sistema sanitario. Este fenómeno genera aislamiento, pérdida de vínculos sociales y dificultades en la construcción de una vida autónoma, formando un círculo vicioso difícil de romper.

Así mismo, Pastor y Ruano (2021) analizan en profundidad cómo el personal de enfermería puede reproducir conductas estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales, a pesar de que su labor profesional se base en principios éticos de cuidado, empatía y respeto. En cuanto al método, se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura utilizando bases de datos científicas, aplicando criterios de inclusión que consideraban investigaciones empíricas centradas en la estigmatización hacia personas con trastornos mentales por parte del personal de enfermería. Se seleccionaron un total de 18 artículos científicos publicados entre 2012 y 2021 que cumplieran con los requisitos establecidos, priorizando aquellos que abordaban factores contextuales, formativos y actitudinales relacionados con el estigma. En los resultados de la investigación se evidencia que existe estigmatización entre el personal de enfermería. Factores como la falta de formación específica en salud mental, el tipo de trastorno (mayor estigmatización hacia esquizofrenia o adicciones), el entorno laboral y la experiencia personal con personas con trastornos mentales influyen notablemente en las actitudes del personal. Las enfermeras/os que han tenido contacto cercano con personas con trastornos mentales o que trabajan en centros especializados tienden a

tener posturas más empáticas y menos prejuiciosas, dando cuenta de los factores anteriormente mencionados.

Por otra parte en una investigación publicada en el año 2024 por Sánchez-López, bajo el título “No ser escuchada: silenciamiento, cosificación y derivación en el abordaje del Trastorno Límite de la Personalidad”, se aborda cómo las mujeres diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) enfrentan diversas formas de violencia epistémica, es decir, formas de opresión que afectan su capacidad para ser escuchadas, creídas y consideradas como fuentes válidas de conocimiento sobre sus propias experiencias. A través de los conceptos filosóficos de silenciamiento, cosificación y derivación, la autora expone cómo estas dinámicas se manifiestan especialmente en contextos psiquiátricos y judiciales, donde las voces de las mujeres con discapacidad psicosocial son sistemáticamente desestimadas.

Mediante este estudio cualitativo de corte crítico, Sánchez-López (2024) emplea casos concretos, como los de Lucía y Verónica (ambos alias), para ilustrar cómo los prejuicios relacionados con el género, la clase social y la cultura influyen en el tratamiento recibido por las personas en contextos de salud mental. A través del análisis de relatos individuales, se observa que Lucía, diagnosticada con trastorno límite de la personalidad (TLP), es desacreditada por psiquiatras y familiares al denunciar abusos, quienes la acusan de “recordar solo lo que quería recordar, y no lo que realmente ocurrió”, lo que la obliga a cuestionar la veracidad de sus propios recuerdos y a internalizar la idea de que delira debido a su diagnóstico. Por otro lado, Verónica es etiquetada con “duelo patológico” simplemente por vivir el luto conforme a sus tradiciones indígenas, lo que evidencia un desconocimiento y deslegitimación de saberes culturales distintos a la visión biomédica dominante. Estos casos evidencian cómo, en lugar de ser reconocidas como sujetos con agencia y saberes válidos, estas mujeres son reducidas a la categoría de “pacientes” que deben ajustarse a una visión hegemónica del mundo. En el ámbito de la salud mental, que incluye a la categoría de TLP, la violencia se manifiesta de forma explícita en prácticas agenciales como las contenciones químicas, mecánicas y los internamientos forzosos. Sin embargo, Sánchez-López (2024) destaca también una violencia más lenta y sutil, ejercida de manera sistemática, cuyo impacto principal es la afectación de la capacidad de producir y legitimar conocimiento propio sobre sí mismas y el entorno, incrementando además la probabilidad de vulnerar otros derechos civiles sin que las afectadas puedan alzar la voz.

En línea de lo expuesto respecto a mujeres con el diagnóstico, Espinosa Landaure (2023) en su investigación llamada “Vivir al borde: Narrativas y Experiencias de mujeres jóvenes diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad”, revisa desde una metodología cualitativa con enfoque etnográfico las experiencias y narrativas de mujeres jóvenes que cuentan con el diagnóstico en Perú. Dentro de los resultados de dicha investigación se vuelve a evidenciar el gran impacto del estigma sobre el diagnóstico de TLP. Este estigma se manifiesta, por ejemplo, cuando tener autolesiones visibles lleva a que las personas sean encasilladas en imaginarios violentos y estereotipados —como “locas”, “enfermas” o “peligrosas”—, lo que puede incluso generar consecuencias en espacios laborales, como ha sido el caso de personas excluidas de procesos de selección laboral por tener cicatrices visibles.

Entre los entornos más influyentes en la reproducción de este estigma se encuentra el núcleo familiar, donde circulan ideas como que quienes tienen TLP padecen una “alteración mental crónica”, y por lo cual necesitan “cuidados especiales” de por vida y no serán capaces de tener una vida normal. Estas creencias impactan directamente en la percepción que las propias jóvenes tienen sobre sus posibilidades de recuperación y calidad de vida.

Asimismo, el estigma se expresa en la minimización o invalidación de las desregulaciones emocionales por parte del entorno en el que se desenvuelven y, como se mencionó antes, especialmente en los círculos familiares. Son frecuentes las creencias de que estas experiencias se deben a debilidad, falta de voluntad o deseo de “llamar la atención”, lo cual se traduce en latentes sentimientos de culpa, malos tratos y falta de comprensión hacia la búsqueda de ayuda profesional. Dentro de lo anterior, los resultados de la investigación evidencian que los malestares o desregulaciones emocionales de las entrevistadas no fueron tomados en serio hasta llegar a situaciones extremas como intentos de suicidio.

En otro Estudio Vicario Cañas y Moral Jiménez (2016) exploran las actitudes sociales hacia los trastornos mentales y su vinculación estereotipada con la criminalidad. A través de una muestra de 200 participantes de entre 15 y 84 años, se aplicaron dos instrumentos: el CAMI (*Community Attitudes toward the Mentally Ill*) y el cuestionario “Creencias de asociación entre enfermedad mental y delito”. Los resultados de este estudio mostraron que factores como el género, edad y nivel educativo influyen en las actitudes dirigidas hacia personas que presentan algún

diagnóstico de Trastorno Mental. Por ejemplo, las mujeres tienden a tener actitudes más acogedoras, mientras que los participantes con menor nivel educativo expresaron actitudes más autoritarias. Y según hemos expuesto anteriormente, la familiaridad con personas con diagnóstico también influyó positivamente en la percepción de inclusión comunitaria. (Vicario-Cañas & Moral-Jiménez, 2016)

Además de lo anterior, en relación con la asociación percibida entre enfermedad mental y delitos, se encontró que los Trastornos Psicóticos, Trastornos de Personalidad y la Esquizofrenia eran los más comúnmente relacionados con actos violentos, como lesiones, homicidios y delitos contra la seguridad pública. Por último, la ansiedad y la depresión fueron los menos asociados con cualquier tipo de crimen (Vicario Cañas & De la Villa Moral Jiménez, 2016). Nuevamente podemos evidenciar que este estigma se reproduce en varios niveles: estructural, social e internalizado, impactando negativamente en la calidad de vida, autoestima y el acceso a servicios de salud de las personas diagnosticadas.

Capítulo III. Método

Tipo de estudio, diseño y metodología

La presente investigación se inscribe dentro del paradigma cualitativo, el cual resulta pertinente para explorar en profundidad las vivencias subjetivas de personas adultas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) en relación con experiencias de estigmatización. Este enfoque permite comprender los significados que los y las participantes atribuyen a dichas vivencias, atendiendo a su contexto y a la construcción social de las mismas (Sampieri, 2018; Flick, 2007). Se adoptó un diseño metodológico de estudio de caso único, ya que este posibilita abordar con detenimiento un fenómeno complejo y contextualizado, privilegiando la comprensión holística del caso estudiado (Stake, 1998). En el marco de esta investigación, dicho diseño resulta especialmente adecuado porque permite adentrarse en la experiencia particular de un grupo de personas atravesadas por un diagnóstico altamente estigmatizado y que, a pesar de gran prevalencia, es poco estudiado bajo una mirada actualizada y preocupada en recuperar la riqueza de sus relatos y las múltiples dimensiones -emocionales, sociales e institucionales- implicadas en su vivencia cotidiana. El análisis de la información recolectada se llevó a cabo mediante la teoría fundamentada, permitiendo la construcción de categorías emergentes a partir del proceso de codificación abierta y axial planteado por Strauss y Corbin (2002). El muestreo fue de tipo no probabilístico e intencionado, dado que los participantes fueron seleccionados en función de criterios previamente definidos por su relevancia para los objetivos del estudio (Sampieri, 2018; Flick, 2007). Finalmente, para la producción de datos se utilizó la entrevista semiestructurada de tipo episódico. Ya que, según plantea Flick (2007), ésta es idónea para acceder a relatos situados sobre experiencias significativas, combinando tanto elementos narrativos como reflexivos.

El tipo de muestreo no probabilístico se basa en la decisión deliberada del investigador de incluir a personas que, por sus características, experiencias o conocimientos, pueden aportar información significativa sobre el fenómeno en estudio. Hernández Sampieri, Mendoza Torres y Baptista Lucio (2022) explican que el investigador define criterios de inclusión que responden directamente a los objetivos de la investigación, seleccionando a los participantes que mejor se ajusten a estos. En

el caso del TLP, esto puede implicar entrevistar a personas con un diagnóstico clínico confirmado, o incluso a profesionales de salud mental con experiencia en su tratamiento, con el fin de explorar en profundidad sus vivencias, percepciones o estrategias terapéuticas.

En relación con lo anterior, desde el enfoque cualitativo, Flick (2015) sostiene que la selección intencionada de casos permite al investigador enfocarse en aquellos que puedan ofrecer una comprensión más rica y contextualizada del fenómeno. No se trata de buscar representatividad estadística, sino de capturar las múltiples dimensiones de una experiencia tan compleja como vivir con un trastorno de personalidad. De este modo, las entrevistas pueden convertirse en espacios de exploración profunda que solo son posibles si los participantes son cuidadosamente seleccionados por la capacidad que tendrán para aportar a los objetivos del estudio.

Participantes y muestreo

La muestra de esta investigación estuvo compuesta por seis personas donde cuatro fueron mujeres y dos hombres quienes fueron diagnosticados por profesionales con trastorno límite de la personalidad, quienes cada uno a su manera han experimentado vivencias en torno a la estigmatización del trastorno. Para seleccionar a las personas participantes en este estudio se utilizó el muestreo intencional, una técnica no probabilística que permite elegir deliberadamente a quienes, por su experiencia o conocimiento, pueden aportar información especialmente significativa sobre el fenómeno investigado. Como señalan Hernández Sampieri, Mendoza Torres y Baptista Lucio (2022), este tipo de muestreo se basa en criterios previamente definidos por el investigador, orientados a los objetivos del estudio. En este caso puntual, se busca comprender en profundidad las vivencias y significados asociados al Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), por lo que para esta investigación se seleccionan participantes que, además de ser mayores de edad, cuenten con un diagnóstico confirmado y disposición a compartir sus experiencias a través de entrevistas cualitativas.

Criterios de inclusión

Se trató de hombres y mujeres de entre 20 y 40 años, quienes se desempeñan en diferentes aspectos, todas y todos con distintas perspectivas y opiniones respecto

de la estigmatización del Trastorno Límite de la Personalidad. En este sentido se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- a) Ser mayor de edad, y
- b) Contar con el diagnóstico confirmado de Trastorno Límite de la Personalidad

Procedimiento de recolección de datos

Al contactar a los participantes, se explicó de forma detallada el propósito de esta investigación y se destacó la importancia de su participación en la misma. Los encuentros para aplicar la entrevista a los participantes se acordaron en base a la comodidad de estos, considerando modalidad (online o presencial) y horarios. Al momento del encuentro con cada participante, de forma individual, se abordaron las temáticas y objetivos de la investigación, se les explicó y solicitó la firma del consentimiento informado. En este mismo acto, se pidió su autorización para grabar la entrevista, para luego ser transcrita de forma justa y detallada. Posteriormente, se realizó la entrevista episódica en un solo encuentro.

Para el levantamiento de información, se aplicó un guion temático y una pauta de entrevista basada en los objetivos específicos de la investigación.

Instrumento de recolección de datos

En este estudio se utilizó la entrevista episódica como instrumento de recolección de datos, ya que permite explorar experiencias personales a través de relatos concretos de eventos significativos. Esta técnica, desarrollada por Flick (2015), combina la narrativa libre con preguntas temáticas, lo que facilita un equilibrio entre la espontaneidad del relato y la coherencia investigativa. En el contexto del trastorno límite de la personalidad (TLP), este enfoque resulta especialmente valioso porque ayuda a comprender cómo las personas viven e interpretan situaciones emocionales complejas desde su propia perspectiva.

Entre las principales ventajas de esta técnica se encuentran

- 1) Acceso a experiencias subjetivas en profundidad, lo cual permite captar matices emocionales difíciles de obtener con otros métodos.

- 2) Flexibilidad para adaptar la entrevista a cada participante, manteniendo un hilo temático claro.
- 3) Relato espontáneo, que favorece la confianza y autenticidad del discurso.
- 4) Posibilidad de vincular vivencias individuales con procesos más amplios (clínicos, sociales o relacionales), lo que enriquece el análisis cualitativo.

Estas características hacen de la entrevista episódica una herramienta especialmente útil para investigaciones centradas en fenómenos complejos y sensibles como el TLP, donde el relato de vida aporta información clave para la comprensión del padecimiento desde la voz de quienes lo viven en carne propia.

Análisis de los datos

Para el análisis de los relatos y la subjetividad presentada por los participantes se utilizarán los pasos de la teoría fundamentada propuesta por Strauss y Corbin (1990, citado en Restrepo-Ochoa, 2013) que considera:

La codificación abierta es la primera fase del análisis en la Teoría Fundamentada, donde se fragmentan los datos en unidades significativas mediante etiquetas o códigos. Su objetivo es identificar categorías, propiedades y dimensiones emergentes sin establecer relaciones entre ellas, permitiendo una descripción profunda del contenido. Esta etapa es clave para captar cómo los participantes construyen sentido en torno al fenómeno estudiado (Restrepo-Ochoa, 2013, p. 127).

La codificación axial se centra en relacionar las categorías y subcategorías surgidas en la fase anterior. Utiliza herramientas como la matriz paradigmática, que organiza los datos en torno a un fenómeno, sus condiciones, acciones/interacciones y consecuencias. Esta fase permite estructurar los datos y comprender cómo se conectan los elementos conceptuales del fenómeno (Restrepo-Ochoa, 2013, pp. 127–128).

La codificación selectiva es la etapa final, donde se integra la teoría emergente alrededor de una categoría central. Esta categoría organiza y explica la

relación entre todas las demás categorías. Se apoya en la matriz condicional consecuencial para incluir contextos sociales y explicar variaciones en la estructura del fenómeno (Restrepo-Ochoa, 2013, pp. 128–130).

Para esta investigación se tomarán en cuenta los dos primeros pasos de la teoría fundamentada, permitiendo la emergencia de teoría intermedia, es decir que no se ofrece un modelo explicativo asociado al fenómeno estudiado, sino que se presenta un modelo comprensivo de carácter descriptivo.

Consideraciones éticas

En el desarrollo de esta investigación se resguardaron cuidadosamente los principios éticos fundamentales que orientan la práctica psicológica y la producción de conocimiento en el área, siguiendo lo establecido en el Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogas y Psicólogos de Chile (Colegio de Psicólogos de Chile, 2012). En ese marco, se priorizó el respeto por la dignidad, autonomía y bienestar de las personas participantes, asegurando su consentimiento libre e informado antes de cada entrevista, y garantizando la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias. Asimismo, se resguardó la confidencialidad de la información recogida mediante el ocultamiento de los datos y el uso exclusivo de pseudónimos en las transcripciones y análisis, evitando toda forma de identificación directa o indirecta.

En la misma línea de lo anterior, se consideraron los principios y estándares éticos establecidos por la *American Psychological Association* (APA, 2020), garantizando el respeto a la dignidad, los derechos y el bienestar de todas las personas participantes. Esto implicó aplicar diversos principios; el de beneficencia, procurando maximizar los beneficios y minimizar los riesgos; el de fidelidad y responsabilidad, manteniendo un compromiso profesional basado en la confianza y el respeto; el de integridad, asegurando transparencia y veracidad en el proceso investigativo; el de justicia, ofreciendo igualdad de trato y acceso a la participación; y el de respeto por los derechos y la dignidad de las personas, protegiendo su privacidad, confidencialidad y autonomía en la toma de decisiones.

Esta investigación consideró especialmente la sensibilidad del tema abordado, por lo que se procuró generar un espacio de escucha respetuosa,

empática y libre de juicio, reconociendo a las personas entrevistadas como agentes válidos de conocimiento sobre su propia experiencia.

Capítulo IV. Resultados

A continuación, se expone el análisis de las respuestas obtenidas en cada entrevista. A partir de los códigos obtenidos, se obtuvieron tres dimensiones que permiten comprender y describir el fenómeno de la estigmatización, desde la afectividad, su subjetividad asociada y la experiencia vivida en función del diagnóstico y sus representaciones sociales. Dichas dimensiones son:

Vivencias sobre cómo las personas con diagnóstico de TLP perciben y significan los estigmas sociales asociados a su diagnóstico.

En relación con esta dimensión, las personas con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) experimentan el estigma como una carga que afecta tanto su construcción identitaria como sus relaciones sociales. A través de sus relatos, se pudo evidenciar que el estigma se construye desde prejuicios arraigados y falta de educación sobre el diagnóstico, lo que contribuye a su perpetuación en diversos entornos cotidianos. Esta desinformación se manifiesta en discursos sociales, familiares y profesionales que invalidan o reducen sus experiencias, generando sentimientos de vergüenza, temor y rechazo hacia sí mismas/os. Pese a ello, muchas de estas personas intentan resignificar su diagnóstico desde una mirada más comprensiva, desafiando los dichos estigmatizantes impuestos por su entorno.

“Hasta el día de hoy, si tú les preguntái qué tengo, no, no saben responder. No entienden qué es. Eh, ¿cachái? Mi mamá igual a veces me dice, "ay, hija, ¿cómo se llamaba lo que tú tenías? Que me están preguntando, no sé, quién." Como que no lo, no lo asocian, pues, como que para ellos existe la bipolaridad y la depresión”. (M26PS)

Sobre la aceptación del diagnóstico

En los relatos de los participantes, la aceptación del diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad se presenta como un proceso complejo, caracterizado por claridad y confusión, pero que en estos casos ha significado un punto de inflexión hacia la comprensión personal y la búsqueda de bienestar. Así, recibir el diagnóstico puede

ser una forma de alivio como también un momento angustiante, que permite en el corto o largo plazo – dependiendo como se interprete- resignificar experiencias dolorosas, dejando atrás la idea social de ser una “mala persona” para entender que las emociones y conductas vividas responden a una condición específica. Como lo señala una participante:

“El diagnóstico me trajo alivio (...) “En momentos de crisis fuertes me decían “te vas a quedar sola.” ¿Cachái? Como, “si tú sigues, así como estás, te vas a quedar sola.” Entonces, yo cada vez que estaba así, decía, “claro, pues, si soy mala persona”, ¿cachái? Como, “todo lo que hago está mal, no es normal”. Por eso, yo les decía que a mí el diagnóstico me trajo alivio, porque igual yo tengo como una ventaja, porque yo ya estaba estudiando psicología, pues, y ya manejaba un poco de información” (M26PS)

Se observa como el diagnóstico permitió interpretar sus vivencias desde una perspectiva menos culpabilizadora. Bajo esa misma línea, esta aceptación se vincula con un proceso de empoderamiento, donde reconocer el diagnóstico posibilitó el desarrollo de estrategias de autocuidado y de búsqueda activa de ayuda. Como sigue:

“Luego de saber cuál era mi diagnóstico, como que sentí que por lo menos tengo la tranquilidad para saber dónde y cómo buscar ayuda.” (H34PI)

Si bien el diagnóstico ofrece alternativas o un espacio para la comprensión, las personas entrevistadas reconocen que su proceso ha estado marcado por el dolor y el sufrimiento, aunque también por el desarrollo de fortalezas personales al enfrentar sus crisis y avanzar hacia formas más compasivas de relacionarse consigo mismas. Esta contrariedad se evidencia en las subdimensiones expuestas a continuación.

Ignorancia y desinformación respecto al diagnóstico

La desinformación y el desconocimiento sobre el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) emergen como factores centrales en la experiencia de estigmatización vivida por las personas entrevistadas. Estas vivencias se expresan en múltiples contextos —familiares, laborales, médicos y sociales— donde predomina una comprensión limitada o errónea del diagnóstico. En muchos casos, las personas relatan intentos por explicar su condición con el fin de generar comprensión, pero se

encuentran con respuestas defensivas, prejuiciosas o incluso invalidantes. Un participante señala:

“Me gustaría mucho enseñar esto, pero en las escuelas se prohíbe mucho [...] es muy difícil y piensan que uno quiere lograr algo, como manipular [...] entonces es muy difícil enseñar, porque para eso hay que querer aprender, porque igual siento que es un espectro, no todos tenemos los mismos síntomas o manifestaciones de ellos” (H34PI).

Este relato evidencia no solo la falta de espacios formales de educación en cuanto a salud mental, sino también la resistencia social a escuchar y validar las voces de quienes viven con TLP. Otros testimonios dan cuenta de cómo el diagnóstico es interpretado desde el miedo o la desconfianza. Frente a una experiencia estigmatizante en el ámbito laboral, una entrevistada relata:

“Traté de que no me afectara, pero sí sentí como que me veían como que yo era loca. Como que yo les podría causar daño a ellos también. Cuando yo no, o sea, yo nunca he atentado contra la vida de otra persona” (M24AH).

Este tipo de percepción social refuerza una imagen distorsionada del TLP, asociándolo erróneamente con peligrosidad, lo que genera sentimientos de injusticia y aislamiento en quienes lo padecen. En otro ámbito, la desinformación también se reproduce en internet y las redes sociales, donde abundan representaciones generalizadas y estereotipadas. A modo de ejemplo:

“En internet siento que te encasillan así mucho. Por ejemplo, “no, es que son infieles... o no, es que son adictos y no tienen empatía” (M22GS).

Finalmente, varios participantes identifican una diferencia generacional en la comprensión del TLP, señalando que las personas adultas suelen tener una visión más estigmatizante y limitada, mientras que los jóvenes tienden a demostrar una mayor apertura a tópicos como la salud mental. En este contexto, se evidencia que la desinformación no solo refuerza los estigmas existentes, sino que limita la posibilidad de construir entornos de apoyo, respeto y validación para quienes viven con este y otros diagnósticos.

Prejuicios en torno a conductas desadaptativas asociadas al diagnóstico de TLP

Las personas entrevistadas relatan con fuerza el peso de los prejuicios que recaen sobre las conductas desadaptativas vinculadas al Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), especialmente en contextos de crisis emocionales. Existe una tendencia social a interpretar estas conductas como manipulaciones voluntarias, exageraciones o intentos por “llamar la atención”, lo que invisibiliza el sufrimiento real y perpetúa juicios moralizantes. Lejos de tratarse de una intencionalidad dañina, quienes viven con este diagnóstico describen sus reacciones como respuestas desbordadas ante emociones intensas que no siempre logran regular en el momento. Una participante expresa:

“yo me porto así como que al mil. [...] puedo tener crisis, puedo ponerme muy mal, y ya después cuando yo me tranquilizo, entonces viene como que el sentimiento de culpa” (M24AH).

Esta culpa es una constante en los relatos, no solo por el daño que sienten haber causado a otros, sino por la carga emocional que permanece mucho tiempo después de la crisis experimentada. Como sigue:

“La gente piensa como que no tenemos empatía, ¿no? Yo sí la cagué, si exploté y te hice daño, me va a perseguir el resto de la vida esa culpa, pero el resto de la vida, y yo me voy a hacer daño pensando en la culpa que me provoca eso, y en el que mis disculpas no van a ser suficientes para enmendarlo” (M26PS).

Los relatos recopilados demuestran cómo los prejuicios se reproducen incluso en entornos cercanos, como las relaciones de pareja o los espacios familiares, donde las crisis pueden ser minimizadas o mal interpretadas. Siguiendo lo anterior, muchas veces la etiqueta del diagnóstico es utilizada como una forma para invalidar o deslegitimar el malestar de la persona:

“Es lindo tener gente que sabe cómo eres y las necesidades que tienes, pero por otro lado usan la etiqueta como si uno quisiera todo fácil... porque claro uno no busca andar haciendo cosas malas si a mí me da una crisis y hago algo yo no me siento para nada orgulloso al otro día, siento más culpa que el resto.

Pero este dicho generacional de “la flojera” mantiene la idea prejuiciosa de que queremos todo fácil” (H34PI).

En consecuencia, de lo expuesto las personas con TLP no solo deben enfrentar su propia sintomatología, sino también justificar constantemente su comportamiento ante un entorno que tiende a juzgarlas más por sus reacciones que por el constante esfuerzo por trabajarlas y regularlas. Esta doble carga entre el sufrimiento interno y la sospecha externa agudiza el aislamiento emocional, al mismo tiempo que dificulta la construcción de vínculos seguros y libres de estigmas o inseguridades.

Percepción social en torno al diagnóstico

Las experiencias recogidas en los relatos dan cuenta de que el estigma que rodea al Trastorno Límite de la Personalidad no surge de manera aislada ni espontánea; por el contrario, es el resultado de una construcción social prolongada y compleja, cargada de prejuicios, desconocimiento y narrativas simplificadas sobre la salud mental en general. Este proceso de estigmatización adquiere significados profundos en la sociedad, ya que no solo afecta la percepción que otros tienen sobre quienes viven con TLP, sino que también influye en cómo estas personas se perciben a sí mismas. Hablar abiertamente sobre su diagnóstico sigue siendo un desafío, especialmente en entornos donde prevalecen creencias conservadoras o religiosas que invalidan el sufrimiento psíquico. Uno de los testimonios más significativos relata cómo algunos espacios pueden minimizar malestares psicológicos hasta que estos se transforman en una emergencia:

“Yo recuerdo haber pedido ir al psicólogo sabía que tenía trancas, yo no me aceptaba y además sufría bullying [...] pero imagínate una familia religiosa, Dios lo curaba todo, los psicólogos no existían. Entonces decirles ahora, claro, ahora lo comprenden, pero después de que me encontraron sin vida. Tuvieron que llegar a ver eso para no verlo como algo liviano” (H34PI).

En la línea de lo anterior, se hace visible una percepción social reducida de los trastornos mentales que limita el reconocimiento del TLP como una condición legítima y compleja, lo que conduce a que el propio sujeto se cuestione:

“Uno también como que se juzga mucho [...] porque recalco, la sociedad sigue siendo muy conservadora, tanto en mentalidad como en las condiciones que pueden existir. Solo se quedan en depresión y esquizofrenia” (H22GS).

De acuerdo con lo expuesto, se observa que esta visión restringida genera dudas e inseguridades constantes en quienes viven con el diagnóstico, al sentirse fuera de las categorías socialmente aceptadas o comprendidas.

En consecuencia, la persistencia del estigma social hacia el TLP no solo influye en la forma en que otras personas perciben a quienes tienen este diagnóstico, sino también en la relación que los propios individuos desarrollan con su condición. Bajo esta idea, algunas personas entrevistadas manifestaron sentimientos de rechazo o “arrepentimiento” frente al diagnóstico, no por desconocimiento de sus implicancias, sino por el peso social negativo que acarrea:

“Trato como que de no tener esa etiqueta, sino de vivir mi vida como una persona normal, corriente. Y yo, muchas veces, me arrepiento demasiado de tener esto, pero no es algo que yo pueda detener o controlar” (M24AH).

Esta frase refleja una lucha interna entre el deseo de no ser definida por el diagnóstico y la aceptación de que forma parte de su vivencia. Se observa, además que este rechazo no proviene de una negación de la experiencia personal, sino del cansancio acumulado frente a la mirada estigmatizante del entorno, que tiende a reducir a la persona a su diagnóstico, invisibilizando las otras dimensiones que conforman la totalidad de su identidad. En este sentido, el estigma no solo afecta las relaciones interpersonales, sino también el modo en que las personas se posicionan frente a sí mismas, generando tensiones entre la autoaceptación y el anhelo de vivir sin el peso social de “ser etiquetado”. Sin embargo, es importante destacar que a pesar del malestar expuesto en los relatos, existe la conciencia de que el diagnóstico no fue elegido y no define el valor personal ni cancela la posibilidad de una vida plena, dando espacio a una resistencia frente a los discursos que buscan limitar o encasillar la experiencia de quienes viven con el diagnóstico.

Vivencias que identifican las formas en que las experiencias de estigmatización han impactado en los vínculos sociales, familiares, institucionales y en la autopercepción.

Las experiencias de estigmatización vividas por personas con diagnóstico de TLP generan efectos significativos en la forma en que se vinculan con su entorno y consigo mismas. Se ha evidenciado cómo el estigma no solo actúa como una barrera externa, sino que se internaliza, afectando la autopercepción, la autoestima y la forma en que se interpretan las propias emociones y conductas. En el plano social, muchas de estas personas experimentan rechazo, temor o trato diferenciado, lo que genera aislamiento y dificultades para establecer vínculos genuinos. En el ámbito familiar, el estigma suele reproducirse a través de discursos moralizantes, minimización del malestar o invalidación emocional, impactando en la posibilidad de contar con una red de apoyo segura. Asimismo, en contextos institucionales, como el sistema de salud o el espacio laboral, se manifiestan actitudes discriminatorias o prejuicios que dificultan el poder optar a las mismas oportunidades laborales o incluso acceder a una atención médica digna y comprensiva. Esta acumulación de experiencias refuerza la idea de que el diagnóstico es visto como una marca negativa, lo que en muchos casos lleva a las personas a retraerse, desconfiar de su entorno y experimentar sentimientos de culpa o vergüenza que profundizan su sufrimiento.

Soledad y Estigma

Se evidencia que el proceso de reconocimiento y validación de su malestar ha sido transitado en soledad, no necesariamente por falta de vínculos, sino por la falta de comprensión, apoyo real o por el peso del estigma presente en su entorno así un testimonio relata que, a pesar de que tres profesionales distintos le habían mencionado el diagnóstico, su pareja seguía negándolo por el estigma social que existe, así generando una sensación de invalidez y abandono:

“Fue un proceso bastante solo... mi pareja aún me decía ‘no creo que sea eso’, entonces era como que ¿qué quieres que haga?, ¿qué respuesta quieres?”
(H34PI).

En el ámbito familiar, también se evidencian dinámicas marcadas por el estigma y la negación otro testimonio revela que, al pedir ayuda durante su infancia, su familia atravesada por creencias religiosas negó la necesidad de atención psicológica:

“Imagina, una familia religiosa, Dios lo curaba todo, los psicólogos no existían” (H34PI).

Esto demuestra cómo el estigma no siempre se expresa en forma de rechazo explícito, sino también a través de silencios o creencias culturales lo que puede impedir el acceso temprano a apoyo profesional.

Respecto la necesidad constante de demostrar capacidad

Uno de los efectos más persistentes de la estigmatización relatada es la sensación de tener que demostrar constantemente que quienes tienen el diagnóstico son personas capaces, funcionales y confiables, en contraposición a los prejuicios que suelen asociarse al Trastorno Límite de la Personalidad. Esta necesidad no surge únicamente como una exigencia externa, sino que esta llega a interiorizarse y se vuelve parte de la propia vivencia:

“Siento que tengo que probarme a mí misma y a todo el mundo que no voy a hacer algo malo, de que no voy a matar a nadie, porque no estoy mal de mi cabeza. O sea, puedo ser una persona normal y completa, como todos” (M24AH).

Este testimonio revela la carga de tener que justificar constantemente la propia humanidad frente a estereotipos que asocian el diagnóstico con inestabilidad o peligrosidad. Por otra parte, la necesidad de compensar la mirada prejuiciosa del entorno también se expresa en la forma en que se interpreta la productividad o la funcionalidad:

“Siento que tengo que demostrar más por el hecho de ya haber sido juzgado anteriormente [...] Que a uno lo vean mal, deprimido, con 3 días en cama entonces claro, eso se percibe como una persona poco confiable” (H34PI).

Este esfuerzo constante por demostrar “normalidad” o competencia refleja un intento de resistir el lugar estigmatizado que se impone desde afuera, pero que muchas veces implica una profunda carga emocional. Tal como lo expresa otro participante:

“Yo siento que igual he hecho varias cosas para demostrar que yo sí puedo... pero yo nunca dudé de mí, yo nunca dudé de mí” (M22GS).

Entonces, se experimenta una especie de esfuerzo sostenido por encajar o aparentar una identidad ideal que genera un impacto afectivo importante.

Sobre el rechazo hacia el propio diagnóstico

Aunque para algunas personas recibir el diagnóstico puede representar un alivio o una vía de comprensión de vivencias o sentires que suponían malestar, no todas las experiencias se viven de igual manera. En varios relatos, el proceso diagnóstico aparece teñido de miedo, rechazo y angustia profunda, especialmente en sus primeras etapas, cuando aún predomina la influencia de estigmas sociales interiorizados:

“Fue como un golpe bajo para mí, porque no, no esperaba tener algo tampoco tan fuerte. Como que se me había acabado la vida. Sentía como que no, no iba a poder salir de esto. Y era algo que no solamente me afectaba a mí, sino que a las personas que tenía alrededor también” (M24AH).

Esta vivencia da cuenta de cómo el TLP puede ser experimentado como una sentencia de vida, más que como una herramienta para entender el propio padecimiento, esto debido al peso simbólico negativo que la sociedad ha construido en torno a este diagnóstico. El temor a “no poder salir de esto” o a convertirse en una carga para el entorno aparece en varios discursos, y se vincula con la percepción del diagnóstico como algo irreversible, estigmatizante y socialmente mal visto. Estas emociones no surgen sólo del diagnóstico en sí, sino del lugar que este ocupa en el imaginario colectivo, asociado a inestabilidad, incapacidad o peligrosidad. Es así como la identidad de quienes tienen el diagnóstico se ve temporalmente desbordada por una etiqueta que, lejos de ofrecer contención inmediata, puede generar una sensación de fracaso y luto de la “normalidad” que se anhela cumplir. Y si bien se observa que con el tiempo algunas personas logran resignificar el diagnóstico, es fundamental reconocer que el impacto inicial puede ser devastador, y que este proceso de aceptación es profundamente influido por los estigmas que la sociedad proyecta.

Estigma proveniente de profesionales de la salud mental

Experiencias compartidas por las personas entrevistadas evidencian cómo el estigma hacia los diagnósticos de salud mental, particularmente hacia el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), puede reproducirse incluso desde los propios profesionales encargados del acompañamiento terapéutico. En lugar de brindar contención, validación o comprensión, algunos relatos revelan formas de trato que refuerzan estereotipos y generan malestar, desconfianza o retroceso en los procesos personales. A modo de ejemplo una entrevistada relata una experiencia traumática con una psicóloga del CESFAM, a quien se dirigió con honestidad para trabajar aspectos personales relacionados con su diagnóstico. En respuesta, recibió una serie de comentarios cargados de prejuicio:

“Lo que pasa es que ustedes son manipuladores, entonces tenemos que aprender a trabajar eso, porque tú no vas a poder dejar de ser manipuladora. Y esas sonrisas que tienes me las quitas de inmediato, porque yo sé que tú estás fingiendo que yo te agrado, porque ustedes son así” (M26PS).

Se observa como estas respuestas no solo invalidan, sino que evidencia cómo el lugar de poder que ocupa un profesional de salud mental puede agravar el impacto emocional de este tipo de situaciones. Estas vivencias reflejan una realidad preocupante:

“Él se puso muy a la defensiva... empezó a decirme que lo estaba manipulando, que mi trastorno era muy manipulador” (H34PI).

Se evidencia con claridad cómo el estigma asociado no sólo se encuentra en el imaginario social, sino que se reproduce dentro de las personas que protagonizan el desarrollo y tratamiento de la salud mental.

Conductas y comentarios estigmatizantes en el entorno social

Los relatos de las personas entrevistadas dan cuenta de cómo el estigma hacia el TLP se expresa de manera explícita en múltiples contextos sociales, a través de conductas, comentarios y actitudes que reproducen prejuicios profundamente arraigados. Lejos de limitarse a ideas abstractas, el estigma se materializa en acciones

concretas que impactan directamente en la vida cotidiana, como el trato diferenciado, la desconfianza y la exclusión:

“Más que un cambio de trato, es como un cambio de oportunidades, porque uno ve como si dijeran ‘vamos a tener que tener un poco más de cuidado contigo’, ‘no sabemos si eres tan confiable’ [...] yo igual nunca tuve algún problema con algún niño, ni crisis en mi trabajo y aun así ahí se ve el estigma” (H34PI).

Esta cita revela cómo la sospecha social hacia las personas con diagnóstico de TLP puede limitar sus posibilidades de desarrollo profesional o social, incluso cuando no existe ningún antecedente que justifique tales dichos. Siguiendo lo anterior, los participantes relatan haber sido objeto de comentarios hirientes o burlas en entornos laborales y educativos:

“Hablaban a mis espaldas y yo era el loco en la escuela donde trabajaba” (H34PI).

Estas experiencias no sólo generan malestar emocional, sino que también refuerzan la idea de que hablar abiertamente sobre una condición de salud mental conlleva riesgos. Tal como se plantea en otro testimonio:

“Por ejemplo, yo hablé de mi caso en el trabajo, y es como que se asustaron. Es como raro, como que es de cuidado” (M24AH).

Entonces, la dicotomía entre cómo se perciben las enfermedades físicas y las mentales también emerge con fuerza:

“Alguien tiene cáncer y es ‘uy, qué terrible, pobrecito’, tienes una enfermedad mental y es ‘no es tanto una enfermedad’, pero cuando llega el momento de juzgarte, te tienen miedo” (H34PI).

Esto refleja una jerarquización del sufrimiento, donde los trastornos mentales son relativizados, pero al mismo tiempo, usados como base para discriminar. Finalmente, incluso cuando las personas logran estabilizarse o mantener una vida funcional, el estigma persiste:

“Cuando les decía que tenía TLP diagnosticado, como que quedaban así... no lo creían, no les hacía sentido porque yo ya estaba llevando una vida más normal” (M22GS).

Por último, lo anterior refleja que el diagnóstico, más que entenderse desde la subjetividad y la individualidad de las vivencias, tiende a encasillar a las personas en una imagen rígida que ignora su complejidad y evolución.

Vivencias que reconocen emociones y conductas asociadas al diagnóstico de TLP.

Las vivencias de personas con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) revelan una intensa carga emocional como parte central de su experiencia. Emociones como el vacío, la tristeza profunda, la desesperanza como así también conductas impulsivas y autolesivas son descritas como constantes y difíciles de comprender o manejar. Estas emociones y conductas suelen vivirse de forma abrumadora, afectando la percepción de sí mismas y su forma de relacionarse con los demás.

Sentimientos alejados de lo neurotípico previo al diagnóstico

Los trastornos de personalidad generalmente se diagnostican en la adolescencia tardía o adultez temprana, cuando los patrones de personalidad ya se han establecido. Sin embargo, algunos signos pueden ser identificados en la infancia o adolescencia, especialmente en el caso del TLP o TAP. Siguiendo lo anterior, antes de haber recibido el diagnóstico, varias personas entrevistadas describen haber vivido una sensación persistente, propia o de núcleo familiar, de extrañeza o desconexión con su entorno, como si no encajaran en los moldes adheridos a la norma. Esta vivencia de desajuste, muchas veces incomprendida tanto por el entorno como por sí mismas/os, dio lugar a un malestar difuso y sostenido que no encontraba explicación clara hasta el momento del diagnóstico:

“Toda la vida, desde que soy una niña, me sentí fuera del mundo, ¿cachai?, me sentí como que no encajaba en ningún lugar, que mis papás no entendían por qué me sentía o reaccionaba como lo hacía y yo tampoco entendía por qué, por qué todo me tenía que doler tanto, afectar tanto. Entonces, cuando recibí el diagnóstico para mí fue como, ‘ya, de aquí en

adelante ya sé que puedo trabajar alrededor de esto'. Para mí fue un alivio” (M26PS).

Esta percepción de no encajar suele tener raíces en experiencias tempranas, muchas veces relacionadas con heridas afectivas o traumas que fueron negados o minimizados en su momento. Como relata otro participante:

“Yo tengo TLP detonado por heridas como de infancia se podría decir, que son cosas que yo, en mi mente, yo pensé que nunca me afectaron, porque tuve como una adolescencia normal, iba al Liceo, la pasaba bien, compartía. Entonces, yo siempre pensé que no me afectó, o sea, yo sabía que me faltaba algo, pero yo asumí que no me afectó” (M22GS).

Estos relatos dan cuenta que, incluso antes del diagnóstico formal, muchas personas ya conviven con una sensación de diferencia que afectaba su identidad y su forma de estar en el mundo. En estos casos, el diagnóstico no solo ofrece una explicación, sino que abre la posibilidad de resignificar esa historia desde un lugar de mayor comprensión.

Desesperanza y vacío asociados al diagnóstico

Una de las experiencias más reiteradas en los relatos de quienes viven con Trastorno Límite de la Personalidad es la sensación persistente de desesperanza y vacío emocional. Esta vivencia, lejos de estar necesariamente ligada a eventos específicos, aparece muchas veces de forma abrupta e inesperada, afectando profundamente el estado de ánimo. Una persona entrevistada lo describe así:

“Vienen pensamientos algunas veces como de desesperanza [...] a mí me dan bajones de vez en cuando así, estoy de lo más bien y de la nada cambia. Estás ahí tan feliz y de la nada se te viene un pensamiento y te arruina todo eso. Y te sientes muy solo” (H22GS).

Este relato da cuenta de cómo el malestar no siempre responde a causas identificables y, sin embargo, tiene un efecto devastador sobre la experiencia cotidiana, generando una sensación de inestabilidad difícil de contener y regular. Además, el testimonio refleja cómo este estado de vacío interfiere directamente en la forma de vincularse con los demás, especialmente a través de la desconfianza, el retraimiento y la percepción

de no estar siendo realmente comprendido o acompañado, incluso cuando se cuenta con redes de apoyo:

“No confío en personas, uno desconfía de todos [...] aunque tengas el apoyo, no te sientes realmente apoyado por esas personas y empiezas también a cuestionar el hecho de si te están ayudando o no” (H22GS).

Estas experiencias muestran que la desesperanza y el vacío no solo se viven como síntomas, sino como condiciones emocionales que pueden moldear profundamente la forma en que las personas se perciben a sí mismas y se relacionan con el mundo.

La autolesión como medio para canalizar emociones complejas

Las conductas autolesivas emergen, en varios relatos, como una forma de expresar o canalizar un malestar emocional profundo y muchas veces silenciado. Para quienes transitan el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), la intensidad emocional suele volverse abrumadora, y en ausencia de espacios seguros o de acompañamiento efectivo, la autolesión puede aparecer como una estrategia desesperada para recuperar cierto control o liberar tensión acumulada. Una entrevistada comparte cómo el contexto en el que se encontraba, particularmente su exposición a contenidos en internet y su estado de vulnerabilidad emocional, influyó directamente en el inicio de estas conductas:

“Conocí gente por internet que no tenían conductas tan buenas, por ejemplo, me invitaban a cortarme, y yo accedí muy fácil igual, porque estaba muy vulnerable”(M26PS).

Esta experiencia evidencia cómo la falta de contención emocional puede dejar a las personas expuestas a entornos riesgosos que refuerzan conductas dañinas. En otros relatos, las autolesiones aparecen no sólo como expresión del dolor emocional, sino también como un punto de inflexión en la búsqueda de ayuda.

“Yo me autolesionaba, me cortaba [...] y salí del hospital por un intento de suicidio. Ahí fue cuando comenzó el proceso de descubrimiento del diagnóstico” (M22GS).

De este modo, el malestar sostenido puede escalar cuando no hay redes de apoyo disponibles ni reconocimiento temprano de la gravedad de lo que se vive. Estas

vivencias dejan en evidencia la urgencia de abordar las autolesiones no desde el juicio o la sanción, sino desde la comprensión emocional, la escucha activa y el acompañamiento profesional sensible. Las conductas autolesivas no surgen en el vacío: son respuestas complejas ante emociones difíciles de nombrar y sostener, en contextos donde muchas veces la ayuda fue negada, minimizada o directamente estigmatizada.

Sobre la importancia del trabajo terapéutico para el manejo emocional

Para muchas personas con diagnóstico de TLP, el trabajo terapéutico representa un punto de inflexión en su proceso de comprensión y regulación emocional. Las vivencias compartidas muestran que, frente a emociones intensas como el dolor, la ira o la desesperación, contar con un acompañamiento profesional adecuado puede marcar una diferencia significativa en la forma de afrontar las crisis. Un testimonio revela que previo al inicio del proceso terapéutico, las emociones desbordantes llevaban a conductas autolesivas graves, como cortarse o incluso apuñalarse durante una crisis. Sin embargo, destaca cómo su psicóloga le entregó herramientas concretas que le ayudaron a enfrentar esos momentos de otra manera:

“Me dio estrategias para evitar crisis, me dio técnicas que fueran para liberar ese odio o dolor, por así decirlo, porque también uno trata de hacerse daño”
(H22GS).

Esta experiencia refleja cómo la intervención terapéutica no solo busca contener el sufrimiento, sino también ofrecer vías alternativas de expresión emocional que no impliquen daño físico. Así, estas vivencias reafirman que el impacto del trabajo terapéutico no solo radica en las técnicas aplicadas, sino también en la ética y el posicionamiento humano de quien acompaña. En un contexto donde el estigma sigue presente como ya fue abordado en un subtema anterior.

Conflicto entre la representación social del diagnóstico y la experiencia emocional propia.

Este subtema trata sobre el desfase entre lo que emocionalmente viven y lo que la sociedad cree, espera o interpreta sobre ese diagnóstico. La representación social suele estar cargada de prejuicios o frases hechas que minimizan o invalidan la experiencia interna. Esta brecha entre el sentir personal y el juicio externo genera un

conflicto constante, que muchas veces se vive en silencio y con un alto costo emocional. En una entrevista se relata que lo más difícil ha sido enfrentar el poco entendimiento de su entorno:

“Para la gente es muy fácil decir ‘cómo puede estar así’ o ‘tienes que salir adelante’, entonces da impotencia y pena”(H34PI)

Estas frases, que aparentan apoyo, en realidad refuerzan la idea de que el malestar emocional es una cuestión de voluntad o de carácter, negando la profundidad y complejidad real de lo que se experimenta. Se evidencia que las personas con este diagnóstico temen no ser creídas, no ser comprendidas o ser reducidas a etiquetas que no reflejan su complejidad. Visibilizar este desfase es fundamental para avanzar hacia una comprensión más profunda del malestar emocional, que deje de lado los estereotipos y escuche con respeto lo que cada persona realmente siente y necesita.

Capítulo V. Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo explorar las experiencias relacionadas con la estigmatización en torno al diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. En este contexto las narrativas recogidas evidencian cómo el estigma social, familiar e institucional no solo condiciona el acceso a cuidados y apoyos significativos, sino que también configura la forma en que estas personas se perciben a sí mismas, en coherencia con lo propuesto por Goffman (1963), quien entiende el estigma como una marca social que degrada la identidad del sujeto, eclipsando sus otras dimensiones personales.

Desde el enfoque histórico-cultural, se entiende que las vivencias son construcciones dinámicas mediadas culturalmente (Rodríguez, 2010; Vygotsky, 1994). Este punto resulta esencial para interpretar los relatos recogidos en este estudio, pues los significados atribuidos al diagnóstico de TLP no se generan de forma aislada, sino en interacción con un entorno cargado de prejuicios y desconocimiento. Los testimonios reflejan vivencias estigmatizadas que han sido incorporadas desde la infancia, tal como se evidenció en las percepciones de "no encajar" o "ser diferentes", expresadas antes incluso de haber recibido un diagnóstico. Esto da cuenta de una subjetividad moldeada por un contexto sociocultural que, como plantea Rubio (2022), no puede dissociarse de la configuración de lo psíquico.

En la línea de lo expuesto por Grasso y Helmich (2020), las respuestas obtenidas muestran cómo el estigma relacionado con el TLP se manifiesta en todos los niveles: social, institucional, familiar e incluso profesional. Las vivencias de discriminación en espacios de salud mental refuerzan lo planteado por Pastor y Ruano (2021), quienes identifican cómo el estigma puede reproducirse incluso entre profesionales de la salud, afectando la calidad del vínculo terapéutico y dificultando el acceso a un acompañamiento efectivo. Así lo revelan los testimonios que narran interacciones con psicólogos o psiquiatras marcadas por juicios y desconfianza, lo cual genera una doble vulnerabilidad.

Desde la teoría sociocultural de Vygotsky (1979, 1994), el lenguaje y la interacción social son elementos centrales en la construcción de la conciencia. Esta

premisa se refleja en las entrevistas, donde las palabras de otros ya sean familia, pareja, profesionales, compañeros de trabajo tienen un impacto significativo en la forma en que las personas se comprenden a sí mismas. El estigma internalizado, como plantea Link y Phelan (2001), opera como un mecanismo de exclusión estructural que se interioriza, y los relatos de rechazo, culpa y miedo al diagnóstico evidencian esta dimensión subjetiva del estigma.

Asimismo, los resultados muestran que el diagnóstico puede ser vivido de formas ambivalentes. Para algunas personas, recibir el diagnóstico supuso un alivio y una forma de resignificar el sufrimiento vivido, lo que se relaciona con el concepto de vivencia como unidad de análisis dinámico (Rubio et al., 2023). Esta resignificación permite un mejor afrontamiento para así abrir la posibilidad de desarrollar estrategias de autocuidado y comprensión emocional. Sin embargo, en otros casos, el diagnóstico es percibido como una carga, una etiqueta que limita y margina, tal como se describe en la literatura de Sánchez-López (2024) sobre violencia epistémica hacia mujeres con TLP. Esta contradicción refleja que las vivencias en torno al diagnóstico no son fijas ni homogéneas, sino muchas veces moduladas por las condiciones sociales, culturales e institucionales que rodean a la persona.

En una línea similar, los relatos exponen la necesidad constante de demostrar funcionalidad y validez humana frente al entorno, que se repite en los testimonios, conecta con lo planteado por Chung & Liu (2021), quien advierte sobre la exclusión social y los obstáculos para el ejercicio de derechos por parte de personas con enfermedades mentales. Los participantes relatan cómo deben esforzarse el doble para ser reconocidos como capaces, confiables y “normales”, lo que implica una carga emocional significativa y una tensión constante entre la autoaceptación y el juicio externo.

Por otro lado, el análisis de las vivencias en contextos familiares muestra que la falta de información y los discursos moralizantes continúan siendo factores de peso en la reproducción del estigma, lo cual coincide con lo señalado por Espinosa Landauro (2023). En este estudio, las narrativas familiares que reducen el diagnóstico a una debilidad de carácter o una “locura” generan invalidación, negación del malestar y obstáculos para buscar ayuda. Este fenómeno es especialmente grave cuando el

estigma se disfraza de cuidado, como en los casos en que se justifica el control o la sobreprotección a partir de la supuesta “incapacidad” de las personas diagnosticadas.

Los resultados también confirman la relevancia de considerar las conductas autolesivas como formas de expresión del sufrimiento emocional no reconocido, en línea con los hallazgos de investigaciones previas (Grambal et al., 2016). Estas conductas, lejos de ser intentos de manipulación —como a veces son interpretadas—, representan estrategias desesperadas ante la falta de recursos emocionales o apoyo efectivo. Así, se reitera la necesidad de generar espacios terapéuticos desde una mirada compasiva, informada y libre de prejuicios.

Por último, los hallazgos confirman la importancia del trabajo terapéutico como una herramienta de resignificación del malestar, lo que evidencia la posibilidad de transformación incluso dentro de un entorno hostil. El acompañamiento profesional, cuando se da desde una ética de la escucha y el reconocimiento, puede contribuir a desmontar los efectos del estigma y fortalecer los procesos de autoaceptación.

En síntesis, los resultados de esta investigación permiten sostener que la estigmatización del TLP no es un fenómeno individual o casual, sino una construcción social compleja, arraigada históricamente y reforzada por narrativas institucionales, familiares y profesionales. Tal como plantea el enfoque histórico-cultural (Rodríguez, 2018; Elejalde, 2021), las vivencias deben ser comprendidas como fenómenos situados, en los que el sufrimiento psicológico se entrelaza con las condiciones sociales, culturales y políticas que definen la vida de las personas. En consecuencia, avanzar hacia una atención en salud mental más humana, inclusiva y contextualizada exige no sólo intervenciones clínicas, sino transformaciones estructurales en la forma en que entendemos y nos relacionamos con la diferencia, el sufrimiento y la subjetividad.

Capítulo VI. Conclusión

Esta investigación permitió aproximarse de forma profunda y respetuosa a las vivencias de personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), poniendo en el centro sus relatos, emociones, luchas y significados. Uno de los principales hallazgos gracias a los relatos de los y las entrevistadas, no solo estuvo en lo que los testimonios revelaron, sino en cómo lo hicieron: con honestidad, vulnerabilidad y una necesidad genuina de ser escuchados sin prejuicio. Este proceso investigativo confirmó que las personas con TLP no son sólo portadoras de un diagnóstico clínico, sino agentes educativos que nos enriquecen desde la experiencia, muchas veces en soledad, en resistencia y con gran dignidad.

Considerando la importancia de lo expuesto, a lo largo de esta investigación, se evidenció una importante dificultad: la escasez de estudios previos que aborden el TLP desde una perspectiva experiencial, crítica o sobre todo actualizada. Aunque se ha avanzado en la comprensión clínica y psicopatológica del trastorno, sigue existiendo un vacío en lo que respecta a la voz directa de quienes lo transitan. Esta ausencia no es casual, sino reflejo de una sociedad que aún invisibiliza ciertas formas del amplio espectro que contempla la salud mental, especialmente aquellas que incomodan por su intensidad emocional o por desafiar la “normalidad” y “funcionalidad” impuestas socialmente. Es así como el TLP, en particular, sigue siendo un diagnóstico altamente estigmatizado, poco comprendido y muchas veces temido, lo que ha limitado su abordaje en el ámbito académico, institucional y social.

En este contexto, abrir un espacio investigativo para escuchar a quienes conviven con este diagnóstico es un gesto necesario. Validar estas voces no solo aporta comprensión a un fenómeno clínico complejo, sino que también contribuye a romper con la lógica de silenciamiento que históricamente ha acompañado a las personas diagnosticadas con TLP y otras condiciones de la salud mental. Escuchar sus relatos permite resignificar el diagnóstico no como una condena, sino como una experiencia humana situada, que puede ser comprendida, acompañada y transformada si se genera un entorno libre de estigmas.

Sin embargo, una de las realidades más alarmantes que emergen de los relatos recogidos es la reproducción del estigma por parte de algunos profesionales de la salud mental. Las vivencias compartidas dan cuenta de prácticas y discursos abiertamente descalificadores, que lejos de ofrecer contención, refuerzan la desconfianza, la culpa y el aislamiento. Este tipo de conductas, además de ser éticamente cuestionables, afectan gravemente la posibilidad de construir vínculos terapéuticos seguros, dificultando el acceso a una atención adecuada y sostenida.

Bajo una idea similar, es necesario destacar que el acceso a la muestra para esta investigación fue limitado. Esta dificultad no sólo refleja barreras metodológicas propias de estudios cualitativos, sino que también puede interpretarse como un reflejo del temor, la desconfianza o el cansancio que muchas personas con TLP y otras condiciones de la salud mental sienten frente a un entorno que las ha tratado con estigmatización o indiferencia. Este hecho en sí mismo representa una alerta: mientras persista el estigma, seguirán existiendo voces silenciadas, relatos no contados y realidades invisibilizadas.

En suma, de lo anterior esta investigación reafirma la urgencia de generar condiciones que favorezcan la escucha activa, el respeto por la experiencia subjetiva y el compromiso ético en los espacios clínicos, académicos y sociales. Solo de esta manera será posible avanzar hacia una sociedad donde las personas con diagnósticos de salud mental no tengan que cargar, además de su sufrimiento, con el peso injusto de la discriminación. Es urgente, por tanto, que los espacios clínicos, educativos, comunitarios y sociales comiencen a escuchar con atención y respeto lo que las personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad tienen para decir. Su palabra no debe ser filtrada por el prejuicio, la sospecha o la patologización excesiva, sino acogida como una forma legítima de conocimiento.

Para concluir, este estudio no busca ofrecer respuestas cerradas ni enfoques estandarizados o patologizantes, sino abrir preguntas, provocar reflexiones y, sobre todo, invitar a escuchar. Porque cuando una persona encuentra un espacio donde puede narrarse con libertad, sin miedo al juicio o a la etiqueta, ya se está transformando parte del dolor en sentido. Y quizás, ahí radique el verdadero valor de investigar desde y para la experiencia humana.

Referencias Bibliográficas

Alveiro Restrepo-Ochoa, D., (2013). La Teoría Fundamentada como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales. *CES Psicología*, 6 (1), 122-133.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

Colegio de Psicólogos de Chile. (2012). *Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos de Chile*. <https://www.colegiopsicologos.cl/docs/CodigoEtica.pdf>

Corrigan, P. W. (2004). *How stigma interferes with mental health care*. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
educativas, 230, 4-8. https://marxismocritico.com/wp-content/uploads/2012/04/actividad_psic.pdf

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.

Elejalde, M. (2021). Acerca del valor teórico y metodológico de la categoría vygotskiana “Vivencia” para la Enseñanza”. *Revista De Didáctica E Psicología Pedagógica*, 5(3), 45-60. <https://doi.org/10.14393/OBv5n3.a2021-61121>

Erausquin, C., Sulle, A. y García, L. (2016). La vivencia como unidad de análisis de la conciencia: sentidos y significados en trayectorias de profesionalización de psicólogos y profesores en comunidades de práctica. *Anuario de Investigaciones*, 23, 97-104. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369152696009.pdf>

Figuroa, S., López, C., & Ramírez, D. (2021). *Impacto de la crisis social en la salud mental en Chile*. *Revista de Salud Pública*, 18(3), 210-225.

Flick, U. (2015). *Introducción a la investigación cualitativa* (5.^a ed.). Morata.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

González, M. (2021). *La salud mental en Chile: Retos y avances en políticas públicas*. Editorial de la Universidad de Chile.

Guzmán, J. (2020). *Historia de la salud mental en Chile: De la psiquiatría al modelo comunitario*. Ediciones Universitarias.

Hernández Sampieri, R., Mendoza Torres, C. P., & Baptista Lucio, M. del C. (2022). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (7.^a ed.). McGraw-Hill.

Hung, K. F., & Liu, J. L. (2021). *Stigma and mental health: The effects of public perceptions and discrimination on individuals with mental health issues*. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 40(2), 145-161.
<https://doi.org/10.1521/jscp.2021.40.2.145>

Kernberg, O. F. (2004). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson, Inc.

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

Marginson, S., & Dang, T. (2016). Vygotsky's sociocultural theory in the context of globalization. *Asia Pacific Journal of Education*, 37(1), 116-129.
<https://doi.org/10.1080/02188791.2016.1216827>

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. <http://doi:10.1080/0963823031000>

Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2019). *Plan Nacional de Salud Mental: Estrategias y desafíos en atención primaria*. Santiago, Chile.

Mulero Giménez, N. (2020). *Valoración de los trastornos de personalidad del Clúster B en la jurisprudencia española* (Trabajo de Fin de Grado, Universidad Pompeu Fabra). Repositorio Digital de la UPF. <https://repositori-api.upf.edu/api/core/bitstreams/04dc0dd5-d1b1-4e79-bceb-8b3c89aeb257/content>

Rodríguez, W. (2010). El enfoque histórico cultural como marco conceptual para la investigación educativa. *Paradigma*, 31(1), 33-61 https://www.researchgate.net/publication/262780912_El_enfoque_historico_cultural_como_marco_conceptual_para_la_investigacion_educativa

Rodríguez, W. (2018). Herramientas culturales y transformaciones mentales: Las tecnologías de la información y la comunicación en perspectiva histórico-cultural. *Actualidades Investigativas En Educación*, 18(2). <https://doi.org/10.15517/aie.v18i2.33068>

Rubinstein, S. (1963). *El ser y la conciencia y El pensamiento y los caminos de su investigación*. Grijalbo. <https://proletarios.org/books/Rubinstein-El-ser-y-la-conciencia.pdf>

Talizina, N., Solovieva, Y., & Quintanar, L. (2010). La aproximación de la actividad en psicología y su relación con el enfoque histórico-cultural de LS Vigotsky. *Novedades*.

Vargas, M. (2016). *La estigmatización de los trastornos mentales en contextos urbanos pequeños en Chile*. *Revista Chilena de Psicología*, 37(2), 143-157.

Vygotsky, L. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Grijalbo.

Van der Veer, R. & Valsiner, J. (1994.), *The Vygotsky Reader*. Blackwell Publisher.
https://www.researchgate.net/publication/28648983_The_Vygotsky_Reader

Vygotsky, L. (1996). Psicología infantil. El problema de la edad. En L. Vygotski, *Obras Escogidas*, Tomo IV (pp. 251-273). Aprendizaje Visor.

Wertsch, J., Rio, P., & Alvarez, A. (1995). *Sociocultural Studies of Mind*. Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9781139174299>

COMISIÓN EVALUADORA

Mg. Pablo Brizuela Gallo

Néstor Menares Ossandón

Mg. Alejandra Vega Álvarez
