



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
POSGRADO EN FILOSOFÍA DE LA CIENCIA

Enfermedad Mental y Sociedad:

*la construcción social de la noción de enfermedad mental en redes sociales en la era digital.*

Tesis que para optar por el grado de Doctora  
en Filosofía de la ciencia

PRESENTA:

Elizabeth Jenny Hernández Ramírez

Directora de tesis:

Dra. Adriana Murguía Lores

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM.

Miembros del comité tutor:

Dra. Teresa Ordorika Sacristán. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM.

Dr. Ricardo Lino Mansilla Corona. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM.

Dra. Marcia Villanueva Lozano. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM.

Dra. Zaida Verónica Olvera Granados. Facultad de Filosofía y Letras.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A mis padres.*

## Agradecimientos

Agradezco inicialmente al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por la beca que me brindó en el periodo de enero 2018 a febrero 2022 realizar mis estudios de doctorado.

Quisiera ofrecer mi total reconocimiento y respeto por mi comité tutor, A la Dra. Teresa Ordorika agradezco su paciencia y su riqueza conceptual sobre la sociología de la psiquiatría que era siempre una luz en medio de tanta dispersión.

Al Dr. Ricardo Mansilla, mi sincero reconocimiento por su apoyo y orientación en lo que refiere a redes sociales y el mundo digital.

De manera especial quisiera agradecer a la Dra. Adriana Murguía Lores por ser la primera en confiar en este proyecto que poco a poco se consolidó y tomó su propio curso, gracias por su confianza, su lectura y recomendaciones siempre pertinentes que me abrieron la posibilidad de replantear una y otra vez mis supuestos para convertirlos en un trabajo más sólido.

Es imposible dejar de mencionar a quien orgullosamente puedo considerar mi amiga y lectora la Dra. Marcia Villanueva que en medio de tertulias tuvimos charlas incansables que nutrieron esta investigación, su lectura y recomendaciones resultaron ser muy refrescantes e indispensables en el avance y cierre de esta investigación.

A la Dra. Zaida Olvera por aceptar leerme y por sus profundos conocimientos en el idealismo alemán que me ayudaron a transmutar el concepto *Die Bildung* en un concepto que abre la posibilidad a la noción de “experticia colaborativa”.

Mi agradecimiento también es para Stephanie Graf mi gran amiga y cómplice, sus palabras de aliento constante y motivación fueron a la distancia un manto de alivio para poder continuar a pesar del desafío que representó vivir el doctorado en medio de una pandemia.

Quisiera agradecer sin duda la presencia de mi compañero, amigo, cómplice y maestro Giovanni Algarra que me llevó de la mano a conocer uno de los caminos más bonitos que se pueden recorrer: el camino de la Filosofía. Sin su provocación constante, su apoyo y su amor contundente esta tesis simplemente no hubiera sido posible.

Agradezco todo el apoyo incondicional, el gran cariño y confianza en mí, a mis hermanos y mis hermanas las de sangre y las que han llegado a serlo.

Finalmente, quisiera reconocer a la Dra. Aurora Peral por ser la primera en mostrarme que una persona es mucho más que una categoría y por regalarme unas nuevas alas para volar.

Índice	
Introducción	6
Capítulo I. Antecedentes históricos de la psiquiatría	29
1. Reseña histórica de la Psiquiatría	29
1.1. Orígenes de la psiquiatría: el enfoque biologicista	31
1.1.1. La psiquiatría biologicista y sus avances tecnológicos	39
1.2. La psiquiatría como construcción social: una visión culturalista de los trastornos mentales	42
1.3. Concepción integradora de la psiquiatría	53
Capítulo II. Marco teórico del caso de estudio	56
1. Clasificar la subjetividad	56
1.1. Subjetividad e instrumentos de medición	57
1.2. Hacer personas: la construcción de categorías psiquiátricas	61
2. Antecedentes del DSM 5	76
2.1. Historia del DSM y la aparición del TLP	76
2.1.1. El DSM 5 y sus controversias	82
2.2. Criterios de salud y enfermedad en el diagnóstico psiquiátrico: influencia de las dimensiones no biológicas en la construcción de categorías	85
2.3. Condiciones y predisponentes sociales de la salud mental	89
2.4. Trastornos de personalidad y el TLP	94
2.4.1 La vaguedad en el TLP	100
2.4.1.1. El TLP bajo la mirada de la <i>Harmful disfunction</i>	102
2.5. Incidencia del TLP en México: mexicanos al límite	115
2.5.1. El sesgo de género del TLP	116
2.6. Comorbilidad y diagnóstico diferencial	122
2.6.1. El diagnóstico del TLP y la medicación	127
Capítulo III. El problema de la experticia: el mundo de los expertos psi	132

1.	Una mirada epistemológica de la experticia	133
2.	De la experticia ubicua a la experticia por experiencia en el mundo psi	143
2.1.	Movimientos de usuarios disidentes en psiquiatría	143
3.	La posibilidad de una psiquiatría colaborativa	153
Capítulo IV. Trayectoria y aportes de la investigación		157
1.	El método fallido	157
2.	Etnografía virtual y la aplicación de entrevistas profundas	163
2.1.	Implicaciones y decisiones éticas en la investigación digital	168
3.	Desafíos de la metodología	172
4.	Datos obtenidos en la encuesta y resultados de las entrevistas	180
4.1.	El TLP y el COVID 19 como acontecimiento social	187
4.2.	Las narrativas en el espacio virtual como parte de la identidad	191
4.2.1.	La identidad narrativa en <i>Facebook</i> : del diario íntimo a las redes sociales	195
4.2.2.	De la narrativa a la construcción del conocimiento en las comunidades virtuales	211
Capítulo V. Recuperando el concepto de <i>Bildung</i> (formación) como proceso necesario de una psiquiatría colaborativa		220
1.	TLP como existenciario: aspectos generales	224
2.	Sentimiento de arrojado: devenir de la angustia hacia el cuidado de sí	234
3.	El camino de construcción del experto colaborativo	245
3.1.	Trayectorias y recorridos de las experticias	251
3.2.	Características del experto colaborativo	274
Conclusiones		279
Anexos		289
Referencias		342

## Introducción

Esta investigación tiene la intención de analizar el modo en el que repercute el diagnóstico psiquiátrico, en específico del Trastorno límite de la personalidad (TLP), en la forma en la que se construye la noción de enfermedad mental en los sujetos participantes de comunidades virtuales y la forma en que comparten la información sobre dicha categoría. Esto, a propósito de la visión de la propuesta de Ian Hacking (2004) en *Historical Ontology*, sobre *looping effect* que consiste en la relación dialéctica entre el diagnóstico psiquiátrico y sujetos que lleva a construir personas.

El TLP es una categoría que aparece inicialmente en 1980 en el Manual Diagnóstico de las enfermedades mentales en su tercera edición (DSM-III), como parte de la clasificación de los trastornos de personalidad; se define como "un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada". (DSM 5, 2014, p. 643). La elección de esta categoría como estudio paradigmático se debe a su característica ortogonal<sup>1</sup>, al problema de vaguedad que representan los criterios que la definen y la dificultad que en consecuencia existe en el proceso diagnóstico y de tratamiento (lo que puede desembocar en falsos positivos).

En general, el TLP es un diagnóstico que ha generado una gran controversia en el campo psiquiátrico, en relación con los posibles tratamientos y el manejo

---

<sup>1</sup>El término ortogonal refiere en el ámbito de la geometría a la totalidad de rectas proyectantes perpendiculares sobre un cierto plano. Al realizar la proyección, se establece un vínculo entre los puntos del componente proyectante y del elemento proyectado. El TLP se considera ortogonal debido a que es una categoría que se podría proyectar o reflejar con otras categorías psiquiátricas: contiene rasgos correlacionados de una misma dimensión (trastornos de personalidad y afectivos) y que por lo tanto esos mismos rasgos se pueden encontrar en más de uno de los trastornos de personalidad.

terapéutico debido a las múltiples propuestas en su definición, etiología, sintomatología, etc., que impactan en el proceso diagnóstico de los usuarios de los servicios de salud mental; puesto que recorren largas y diversas trayectorias de diagnóstico. Lo anterior, además de los tratamientos para el TLP poco eficaces y en ocasiones fallidos que se ofertan en el mundo "psi" (psiquiatría, psicoanálisis, psicoterapia, etc.), también han sido alicientes para elegir esta categoría como estudio de caso.

A lo largo de la investigación se ha hecho uso indistinto de los conceptos de enfermedad y trastorno mental, ya que, como se verá, no existe en la literatura claridad conceptual, ni una única forma de nombrar a los padecimientos mentales.

De acuerdo con Silvia Faraone (2013) el término "enfermedad mental" en psiquiatría se ha abandonado debido a que presupone un reduccionismo biológico que refuerza dinámicas de estigma social y discriminación. Refiere que este término ha sido sustituido por el concepto de "trastorno mental", debido a que éste se asimila más a un síndrome que considera no solo las causas biológicas, sino también el de origen psicológico y comportamental en su constitución. El surgimiento del término "trastorno", surgió en la década los 80, lo que para esta autora significó una categorización que aparentemente cumplía con "supuestos criterios objetivos dados por una taxonomía del síntoma" (Faraone, 2013).

Sin embargo, lo que esta investigación propone es que ese cambio de concepto de "enfermedad" a "trastorno" no es claro en la práctica, pues en varios artículos de divulgación en el campo médico-psiquiátrico-psicológico, se continúan utilizando ambos términos de manera indiscriminada como sinónimos; algunos autores incluso han llegado a poner en duda la propiedad de "necesidad" de ambos

términos, puesto que elegir uno u otro es decir, tener un concepto unitario ya sea de enfermedad o trastorno mental no implica ni la comprensión del padecer de las personas ni tampoco determina la eficacia de tratamiento (Barukel, 2018).

Por ello, se ha elegido utilizar “enfermedad mental” para señalar el predominante liderazgo del biologismo en la psiquiatría puesto que el *biologismo* en la medicina, [en este caso la psiquiatría] garantiza no solo la cientificidad del modelo médico hegemónico, sino también, la diferenciación y jerarquización respecto de otros modelos de atención (Menéndez, 2020).

Lo anterior, no supone que se debería ignorar o de lado la importancia de los aspectos biológicos que acontecen en el cuerpo de las personas en relación con su situación mental, lo que se pretende es un cambio de tuerca en la psiquiatría que considere los fenómenos no corpóreos que están relacionados con las condiciones o factores de riesgo que también forman parte de lo que las personas son.

Ahora bien, esta investigación da cuenta de que para construir conocimiento los procesos no son lineales, como se pensaba la visión estándar que encajaba con la Filosofía de la Ciencia dominante en el siglo XIX, sino que, el desarrollo de construcción de conocimiento se enfrenta constantemente a una serie de desafíos, que en ocasiones se tienen que resolver sacrificando y poniendo en cuestión la propia metodología planteada, tal como sucedió en el desarrollo de esta tesis; puesto que, inicialmente, se pretendía analizar la información que emerge en las comunidades virtuales por medio del Big Data y la teoría de *Network Science*<sup>2</sup> con

---

<sup>2</sup> La *Network Science* es un campo que estudia redes complejas y redes de telecomunicaciones, informáticas, biológicas, cognitivas, semánticas y redes sociales. Considerando distintos elementos o actores representados por nodos o vértices y las conexiones entre elementos o actores. Su relevancia se planteará en el capítulo tres.

la intención de identificar la emergencia de patrones de conexión, formas de interacción y datos referentes a la enfermedad mental, en el mar de información que se genera en internet y específicamente en Facebook. Sin embargo, eso no fue posible. Debido a las restricciones y políticas de seguridad que tuvo la red social a partir de 2019<sup>3</sup>.

Por tal motivo, se decidió cambiar de método creando una metodología a partir de la Etnografía Virtual<sup>4</sup> que permitió conectar la información identificada en Facebook sobre el TLP con la narrativa de 18 personas (participantes de comunidades virtuales) que fueron entrevistadas a profundidad sobre su vivencia del TLP y su participación en dichos espacios. El objetivo principal fue señalar la manera en que se construyen personas, es decir, la forma en que las personas crean una nueva identidad a partir de un diagnóstico psiquiátrico.

La identidad entendida desde una visión no evolucionista del concepto, sino desde una visión atravesada por las narrativas personales, sociales y, en este caso, médicas, que señalan criterios que pueden resultar, como en el caso del TLP, confusos o vagos.

---

<sup>3</sup> Se realizaron diferentes intentos (fallidos) para recopilar la información por medio de algoritmos en las páginas de Facebook que se habían seleccionado, esto no fue posible, debido a las restricciones de seguridad que se establecieron después de la demanda a Mark Zuckerberg por violar la privacidad de los usuarios y el mal manejo de datos personales.

<sup>4</sup> La etnografía virtual se considera una metodología de investigación cualitativa que ha recibido distintos nombres, etnógrafos como Robert Kozinets acuñó el término de netnografía (1995) y otros términos utilizados son ciberetnografía, etnografía digital y etnografía en línea. La propuesta que se considera es la que desarrolla Christine Hine (2004), en tanto que, introduce en los estudios etnográficos una visión más amplia y crítica sobre la forma de acercarse a las interacciones virtuales. Defiende la idea de asimilar el mundo virtual como cultura y como un artefacto cultural. El cual comprende y representa la intervención de lo humano y apuesta por un cruce entre la recopilación de información de lo que acontece en las comunidades virtuales. Hine señala la importancia del acercamiento no virtual [interacciones cara a cara] con las personas que participan en ellas a través de las entrevistas profundas, que dan más autenticidad a las descripciones etnográficas.

Sobre ese asunto, se estudió cómo las personas experimentan ser diagnosticadas con la categoría de TLP, la forma en que se narran a partir de ella en relación a la manera en que se describían antes del diagnóstico. Por otro lado, se subraya la dinámica en la que los usuarios de comunidades virtuales comparten la experiencia del padecer en Facebook y además se describen las diferentes formas de relación que establecen con la psiquiatría, los medicamentos y la asimilación del tratamiento o su rechazo de las formas hegemónicas de tratar a la enfermedad mental.

La hipótesis planteada al inicio de la investigación fue que las personas con TLP, a causa de la vaguedad conceptual del diagnóstico, la pluralidad terapéutica y la poca eficacia en el tratamiento, buscan además del ámbito profesional o clínico, otros espacios -como los virtuales-, para disipar tanto sus dudas sobre el diagnóstico, como las formas de enfrentar su padecer. Crean por esta vía, diálogos con quienes puedan sentirse reflejados y en comunidad [virtual] descubrir alternativas distintas a la clínica, para contener o controlar las situaciones de crisis. Estableciendo así, una relación dialéctica tanto con el diagnóstico (de *looping effect* entre la categoría -TLP- y los diagnosticados), como con los especialistas del gremio "psi". Dicha relación, los lleva a adoptar una postura ante su padecimiento; ya sea de forma pasiva (esperando todo del especialista sin gestionar el propio bienestar), o activa (haciendo valer su agencia a través de un proceso de formación, que convierte a los usuarios de los servicios de salud mental en expertos sobre su padecer).

En la presente investigación, se observaron las diferentes dinámicas que se generan en esas comunidades virtuales respecto al TLP y a la psiquiatría, la forma

en la que sus miembros comparten el conocimiento de primera persona, identificando el conocimiento que surge en tales comunidades que tienen el potencial de generar cambios, modificaciones, o al menos consideraciones en el marco epistémico de la psiquiatría.

El análisis aquí realizado reitera la vaguedad del diagnóstico TLP y de la falta de transparencia y claridad de los criterios que lo definen. Un ejemplo de ello, lo encontramos en el uso de términos como “dramáticos e impulsivos”, utilizados para describir los trastornos de personalidad que integran el Grupo B<sup>5</sup> de acuerdo con el DSM-5 (2013). Con ello, se hace un señalamiento a uno de los problemas más longevos en la psiquiatría, esto es, su pretensión de "objetividad" como parte fundamental de su propia episteme.

Asimismo, se dará cuenta de las formas en las que se han intentado objetivar dichos términos dentro del campo psiquiátrico haciendo un repaso de los diferentes modelos teóricos que conforman el núcleo central (si es que existe como tal) de la psiquiatría.

Se estableció como campo de estudio el mundo digital y, en específico, Facebook. Esta plataforma es considerada una de las redes sociales más usadas tanto en México (donde cuenta con una afluencia del 95 % de usuarios, seguido de YouTube con el 93 %) como otros países Hispanohablantes -en Chile, Colombia, España, Argentina, etc.- es una red que tiene un gran impacto como medio publicitario y de conexión (Adame, 2019).

---

<sup>5</sup> En el DSM se clasifican los trastornos de personalidad en tres grupos de acuerdo con sus características comórbidas, como se describirá en el capítulo II, son tres grupos: A, B y C. El grupo B lo integran el Trastorno límite de personalidad, el trastorno narcisista, el trastorno histriónico y el antisocial, que son considerados como el grupo de los dramáticos, emocionales y ansiosos.

El tener acceso a las comunidades virtuales de los usuarios de servicios de salud mental permitió conocer información que los especialistas por lo regular ignoran, esto es, la forma en que los usuarios viven el diagnóstico en la cotidianidad y las trayectorias y procesos que recorren desde el momento en que conocen el diagnóstico, hasta que encuentran la forma de tratar o manejar su padecer.

Esto es de gran relevancia para entender cómo los usuarios que cuentan con la experticia de primera persona pueden incluso colaborar con el gremio de especialistas para entender mejor la categoría de TLP y quizá, a partir de ello, proponer criterios más específicos que ayuden a reconocer los matices propios de cada usuario.

En el primer capítulo se bosqueja la historia de la psiquiatría; abordando sus generalidades y sus diferentes orientaciones sobre el origen y naturaleza de las enfermedades mentales. Se examinan los enfoques: biologicista, culturalista y la concepción integrativa o transdisciplinaria.

Se profundizará, de manera más detallada, en la descripción del TLP señalando cada uno de sus criterios, las dificultades que se observan en ellos, su problema de vaguedad y sus contradicciones que frecuentemente produce falsos positivos (Mosquera, 2020).

A propósito del TLP se hará hincapié en la forma en la que se construyen las enfermedades mentales y cómo funciona la psiquiatría, se esbozarán sus diferentes posturas y modelos teóricos.

Por otro lado, se abordará la discusión entre quienes afirman un desarrollo evolutivo de la psiquiatría [enfoque biologicista] en el que se llegan a plantear

cambios de paradigma al estilo kuhniano<sup>6</sup>, en contraposición con otras posturas que dentro de la misma psiquiatría disienten del modelo biologicista y plantean que esos avances no son más que pretensiones científicas envueltas en otro tipo de intereses.

En el primer caso, quienes defienden el desarrollo de la psiquiatría como una ciencia apelan a investigaciones sobre el origen biológico de la esquizofrenia, la depresión, el Trastorno Bipolar, entre otras, aunque los resultados prácticos (referentes a la diversidad de tratamientos) de esas investigaciones sean cuestionables (Vallejo, 2012).

En los primeros años del presente siglo ha aumentado el número de investigaciones científicas que abordan las enfermedades mentales, han proliferado las herramientas utilizadas para el diagnóstico y tratamiento y ha incrementado el número de diagnósticos psiquiátricos tal como lo muestra la última versión del DSM 5 -que cuenta con más de doscientas clasificaciones psiquiátricas-. De esa manera, se podría pensar que el aumento de categorías muestra la evolución o desarrollo de la psiquiatría; pero como se verá, es una afirmación *falaz*, en tanto que, el aumento de investigaciones y técnicas de diagnóstico no implican que se tengan buenos resultados respecto al tratamiento o una mejor comprensión sobre la enfermedad mental y específicamente del TLP.

---

<sup>6</sup> Uno de los psiquiatras que intentó explicar los cambios de paradigmas en psiquiatría fue George Lanteri-Laura (1930-2004) en *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne* (1998). En el que planteó cuatro paradigmas que indican los momentos de revolución en psiquiatría: paradigma de alienación mental única que abarca del s. XVIII hasta mediados del s. XIX, el paradigma de las enfermedades mentales, que transcurre hasta inicios del s. XX; el paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas, que predominó hasta los años 70 y el paradigma actual que no nombra pero que podríamos llamar desde la visión de Lanteri-Laura, el de la neurociencia.

Ese tipo de afirmación se ha tratado de soportar a partir del surgimiento de los distintos dispositivos diagnósticos como la tomografía axial computarizada (TAC), el mapeo cerebral, la resonancia magnética, entre otras técnicas, que han sido novedosas tecnologías para identificar alteraciones neurológicas y en su uso, la psiquiatría biologicista soporta su aval científico -en tanto que la enfermedad mental, entendida desde esa postura se origina en alteraciones necesariamente cerebrales o neurológicas-. Esa perspectiva, resta peso a la postura fenomenológica de la psicopatología que considera múltiples factores que podrían señalarse como desencadenantes en el desarrollo de una enfermedad mental. Como se verá, en el caso del TLP la pobreza, falta de oportunidades y desarrollo, además de constantes traumas en la infancia relacionados con la violencia, el abuso físico-sexual, el alcoholismo o adicción a sustancias de los progenitores, etc. pueden ser factores determinantes para que las personas manifiesten una serie de actitudes y comportamientos que la psiquiatría ha señalado como disruptivos, caóticos o dramáticos.

Esa discusión adquiere importancia ya que quienes defienden la evolución de la psiquiatría desde una posición biologicista, solo apelan al avance de la disciplina a partir de descubrimientos biológicos y neurológicos, cosa que se contrapone a otros modelos de la psiquiatría, como el construccionista, que hace énfasis más a una visión fenomenológica de la enfermedad mental. Dentro de sus filas se encontraban Ronald D. Laing (1927), Thomas Szasz (1920), David Cooper (1931), principalmente reconocidos por su propuesta “antipsiquiátrica” -sobresaliente de los años 70-. La objeción principal a estos representantes de la antipsiquiatría consistía en el problema del “etiquetado”, esto es, que a partir del diagnóstico se le dotara de

identidad a una persona; señalaban además, que la enfermedad mental fuera solo y exclusivamente una alteración de la biología del individuo, rescatando así factores ambientales, sociales y culturales como parte esencial del diagnóstico (Laing, 1971).

En la actualidad, los psiquiatras disidentes no niegan la necesidad del diagnóstico, sino que muestran su inconformidad con las formas y tipos de tratamiento basado en fármacos. Tal es el caso de psiquiatras que pertenecen a la “Red Crítica Psiquiátrica” como Johanna Moncrieff, de la que se hablará con extensión en el capítulo II.

La finalidad del primer capítulo es dar un panorama general al lector sobre el origen de la psiquiatría, las diferentes etapas, conflictos, críticas y divisiones a las que se ha enfrentado. Con ello, se pretende mostrar que, como consecuencia de su disidencia a nivel interno, ha generado también una división en la sociedad y sus consultantes, como se verá en el caso de las personas que son diagnosticadas con TLP.

El segundo capítulo, da cuenta de los antecedentes del TLP, su comorbilidad, los diferentes tipos de tratamiento<sup>7</sup> que dependen del modelo teórico que se elija para el diagnóstico.

Se hará un breve repaso por la historia del DSM 5 haciendo énfasis en la aparición del TLP en dicho manual. A partir de ello, se discutirá la forma en que los

---

<sup>7</sup> En esta investigación se hizo énfasis en el uso de psicofármacos, que como se podrá observar en el capítulo V, el 49% de los usuarios relatan experiencias adversas que en ocasiones llevan a poner en riesgo su seguridad y al de los demás.

diagnósticos crean “nuevas”<sup>8</sup> personas, desde la visión de Ian Hacking (2002) y el TLP no es la excepción, pues se parte de la idea que debido a la vaguedad de los criterios, de su definición y comorbilidad con frecuencia favorece el diagnóstico un tanto indiscriminado.

De acuerdo con Ian Hacking (2002) el "nominalismo dinámico o en acción", que asume que las clasificaciones interactúan con los individuos a quienes se aplican, se ajusta a las ciencias sociales, que son las que se encargan de las personas y su comportamiento. Lo cual contrasta con las tesis del "nominalismo clásico o tradicional" -en el que las categorías, clases, taxonomías, etc. son establecidas por el hombre y lo clasificado no interactúa con su clasificación- y del “nominalismo revolucionario” de Thomas Kuhn que sugiere que las categorías surgen en el curso de las revoluciones científicas, de la génesis y de nuevos sistemas de nombrar, puesto que las categorías se alteran sucesivamente, pero para que sucedan deben de surgir anomalías dentro de la ciencia.

De esta manera, el “nominalismo dinámico o en acción” propuesto por Hacking, ofrece más posibilidades para analizar la forma en que las categorías surgen en contextos específicos e impactan dialécticamente a los sujetos y al mundo, esto es, se generan dinámicas de *looping effect* entre las personas y las categorías. Por ejemplo, la categoría de “homosexualidad”<sup>9</sup> comenzó a existir inicialmente como

---

<sup>8</sup> Se hace énfasis en el “nuevas” puesto que a partir de los datos obtenidos en el trabajo de campo, se pudo observar cómo las personas desde el momento que son diagnosticadas con TLP replantean la impresión que tienen sobre sí mismas, la forma de vivirse y su relación con los otros. Testimonios como “el saber que tengo TLP me cambió la vida (Entrevista-5 Kenny, Peruana/33 años)”, “la verdad es que soy otra persona desde que tengo el diagnóstico y tomo medicamentos (Entrevista-4 Jean, Mexicano/38 años)”, se encontraron (para bien o para mal) en la mayoría de las entrevistadas.

<sup>9</sup> En contraste, para Foucault (1998) la homosexualidad no es más que la invención del discurso psiquiátrico a finales del siglo XIX.

una patología psiquiátrica, señalaba un trastorno de identidad y entendida de esa manera, las personas diagnosticadas se sometían a terapias de conversión. En los años 70 surgió un movimiento que deslegitimaba esa visión dando la posibilidad de limpiar la categoría de lo patológico, en la que por “efecto bucle” las personas nombradas e identificadas como homosexuales lograron nombrar a otros como sus iguales y crearon con ellos comunidad. En ambos casos, el efecto bucle está dado y la disposición de las personas ante la categoría corresponde a la forma de asumirla, ya sea como patología o como otra forma de identidad.

Posteriormente como parte del mismo capítulo, se analizarán los criterios del TLP desde la propuesta de Jerome Wakefield (2018) sobre el concepto de disfunción dañina (*harmful disfunction*), pues a partir de él trata de acotar la imparable extensión de los diagnósticos en psiquiatría, específicamente pretende -con ese concepto- que la forma de diagnosticar sea más cuidada y menos indiscriminada. Por ello, se discute si para el TLP el concepto de disfunción dañina podría ser la respuesta que ayude a disminuir los falsos positivos<sup>10</sup>.

Además, con el objetivo de señalar que en el TLP la cuestión es mucho más compleja que determinar o no sus causas, se muestra que este diagnóstico representa claros problemas que son relevantes para la psiquiatría, como se verá en los resultados de la investigación, el TLP encarna un problema de género, revela cómo se dejan de lado vivencias de abuso, violencia y las experiencias traumáticas, entre otros factores sociales al momento de establecer un diagnóstico

---

<sup>10</sup> Este tema es de relevancia pues lo revela el trabajo de campo en algunos casos (Entrevista-17. Ev, Española/47 años, entrevista-6. Giordano, mexicano/26 años, entrevista-14. Rita, mexicana 41 años) las personas fueron diagnosticadas con TLP, pero además narran síntomas que apelan a otros diagnósticos como el trastorno disociativo de la personalidad (anteriormente conocido como trastorno múltiple de personalidad) y esquizofrenia.

y un tratamiento, cuando tales experiencias y factores sociales son esenciales para poder entender no solo el estado mental de una persona, sino para establecer otros escenarios para construir su bienestar.

En el tercer capítulo, se analiza lo que se entiende como “experto por experiencia”, a pesar de que es un concepto que ha sido incorporado en la forma en que asimilan muchos de los usuarios sobrevivientes en psiquiatría, tanto en México<sup>11</sup> como en otros países, se señalará un problema sobre dicho concepto: el problema de suficiencia. La suficiencia de un concepto indica que “decir que X es una condición suficiente para Y, es decir, que la presencia de X garantiza la presencia de Y. Es decir, es imposible tener X sin tener Y. Si X está presente, entonces Y está presente también”<sup>12</sup>.

En tanto que, si se considera que el “experto por experiencia” es el usuario sobreviviente de los servicios de salud mental, aquel usuario lego que no tiene conocimiento más que de su propio padecer, el concepto así entendido no abarca a aquellas personas que no solo se ha considerado como conocedores de su experiencia o sobrevivientes de los servicios de salud mental y que a partir del diagnóstico inician una trayectoria, que recorren en dos momentos distintos: antes de ser diagnosticados y durante el diagnóstico.

---

<sup>11</sup> Ordorika, T. y Gómez, I. “Personas expertas por experiencia” Entrevista con Víctor Ledezma, miembro de *SinColectivo*. Vol. 9, número 23, (109-124), enero-abril 2021.

<sup>12</sup> Swarts citado en Rivera, L. y Martínez, F. (2015). “Los conceptos de necesidad y suficiencia en la técnica legislativa”. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.

Esas maneras en que ese proceso impacta no solo la identidad de los usuarios, sino también la postura que adoptan ante el dispositivo<sup>13</sup> de la psiquiatría implica una *Bildung* (formación) que, a su vez, brinda herramientas para comprender la complejidad de lo que le acontece, y además tiene la capacidad y la actitud de enseñar o guiar a la otredad sobre asuntos relacionados (en este caso) con la enfermedad mental.

Como parte de esa discusión se plantean diferentes niveles de experticia por experiencia, que se observaron a partir del trabajo de campo y que surgen en la relación dialéctica entre los usuarios de los servicios de salud mental, los especialistas y las categorías diagnósticas.

La propuesta, respecto a esa dinámica, se describe realizando una distinción sobre la agencia de los usuarios que, por una parte, pueden revelarse en contra de las prácticas de la psiquiatría o por otra, aceptar sus indicaciones de tratamiento sin cuestionar. Ambas formas de hacer efectiva la agencia, pueden facilitar la emergencia de lo que se ha denominado “expertos por experiencia”. Esto, en contraparte de otras personas que aceptan el diagnóstico como una nueva identidad y de manera pasiva esperan el bienestar solo del uso de psicofármacos o de los especialistas, negando las múltiples posibilidades para poder construir sus propias herramientas de autocontrol.

En el capítulo IV se describe el campo en el que se ha enmarcado la problemática anterior: el ámbito virtual, específicamente las comunidades virtuales de Facebook de miembros de personas que han sido diagnosticadas con TLP, tienen dudas

---

<sup>13</sup> El término de dispositivo es utilizado desde la visión foucaultiana y que posteriormente adopta y desarrolla Agamben (2015) que lo describe como una relación entre narrativas, discursos, agentes, instituciones etc. en interacción.

respecto al diagnóstico o lo han escuchado o leído en alguna parte sin tener la certeza de pertenecer a esa categoría. Esos espacios se han considerado como una “realidad extendida”<sup>14</sup>, en donde los usuarios no sólo se permiten compartir información formal sobre el TLP, sino también, vivencias personales, dudas, emociones y sentimientos hacia sí mismos y hacia los demás.

En ese capítulo se describen las razones para elegir el mundo virtual como campo de análisis, pues ha surgido un cambio de paradigma civilizatorio, es decir, la manera que tenemos de percibir la civilización y a nosotros mismos ya no se enmarca solamente en los avances científicos, sino también, en los avances de las tecnologías de comunicación, de la participación en redes, el uso que hacemos de ellas y el problema de lo que somos -en el sentido de las subjetividades- produciendo regímenes de verdad y, eso, representa una tarea de lo más apremiante en la Filosofía (Foucault, 1983).

Por lo tanto, tomando en cuenta que parte de lo que somos en la actualidad se encuentra impregnado por la realidad virtual, la propuesta que aquí se hace es de lo más pertinente como un análisis enmarcado en los Estudios Filosóficos y Sociales sobre Ciencia y Tecnología, en tanto que el desarrollo del mundo digital ha reconfigurado la realidad, ofreciendo una nueva visión sobre muchos fenómenos del mundo.

---

<sup>14</sup> Este es un concepto retomado de la teoría filosófica del Post Humanismo y los estudios en tecnología, en el que la interacción humano-máquina, en este caso humano-computadora, crea una relación simbiótica e interdependiente. Trabajos como los de Donna Haraway en *Manifiesto Cyborg* (1984) y posteriormente el de David Mindell en *Between Human and Machine* (2004) muestran esa noción de la intimidad que se mantiene entre el humano y la máquina, en la que la realidad física se extiende y se representa en el mundo virtual, mediada por cualquier tipo de dispositivo (computadora, laptop, celulares, tabletas, etc.).

Actualmente, basta con observar la forma en que, por producto de la pandemia de COVID-19, nuestra realidad no hubiera logrado mantener cierto nivel de "normalidad", si no hubiesen existido los medios de comunicación e información que actualmente existen. De hecho, plataformas como Zoom, video llamadas de WhatsApp y Facebook hicieron posible realizar las entrevistas a profundidad con personas no solo de México, sino de otros países como Chile, Argentina, España, etc. dando mayor representatividad a este trabajo de investigación. De esa manera, se podría señalar que conforme más nos involucramos con la tecnología, la línea entre la realidad *online* y *offline* se difumina. El pensar entonces en una "realidad extendida" representa una realidad en la en la que se interactúa con todo tipo de saberes, entre ellos el mundo de las enfermedades mentales y sus diferentes tipos de actores, debido a que nociones relacionadas con las enfermedades mentales han alcanzado un gran arraigo cultural que se ve reflejado en los medios digitales y de comunicación de maneras muy diversas. Por todos estos factores resulta muy atinado que el objeto de estudio se planteara en comunidades virtuales, concretamente de personas que comparten su experiencia respecto al diagnóstico, tratamiento y vivencia del TLP.

De esta manera, a través del análisis realizado en esta investigación se encontraron los vasos comunicantes o las vías que conectan a los miembros de las comunidades virtuales y se identificó la forma en la que se generan diálogos, así como los patrones que se siguen en la forma de compartir información en redes sociales.

Es importante ahora señalar, de qué manera y bajo qué procedimientos se realizó este trabajo, lo cual se describe también en cuarto capítulo como parte de los aportes de la investigación: método y metodología.

La estrategia elegida para desarrollar esta investigación inicialmente consistió en tener una posición *in situ*, observar y seguir estrechamente los procesos de relación íntimos y cotidianos que se dan en la convivencia de las comunidades virtuales, participando como una observadora externa que al mismo tiempo estaba dentro de los grupos de Facebook. El método utilizado fue la etnografía virtual, por medio del cual, se logró hacer una indagación sobre lo que sucede -lejos de la mirada clínica del especialista- con las personas diagnosticadas con TLP, en relación con la forma de asumir el diagnóstico y los caminos, muchas veces tropezados, por los que tienen que transitar para lograr un entendimiento y asimilación de su vida post diagnóstico. Todo ello, puesto en escena en el ámbito de las comunidades virtuales organizadas en Facebook, que permitió por otro lado, entrelazar las relaciones que establecen los miembros de la comunidad entre ellos y con otras plataformas virtuales como Blogs, Twitter y YouTube de las que se rescató información compartida, perfiles de *Influencers* en TLP y discusiones en Twitter alrededor del diagnóstico.

En la primera etapa, se realizó un periodo de recolección de datos concentrado en la observación no participante<sup>15</sup> de las comunidades virtuales seleccionadas<sup>16</sup> en el

---

<sup>15</sup> Para Hine (2004) el etnógrafo se permite [habitar] en las comunidades virtuales desde una posición de extrañamiento y como un nativo, esto es, hace una observación desde una posición intermedia, puesto que se acerca a la cultura virtual para entender cómo funciona, sin dejar de mantener la distancia oportuna para dar cuenta de ella. En este sentido cabe señalar que la investigadora en este caso si bien, formó parte de las comunidades virtuales como miembro, no participaba en las discusiones ni tampoco compartía ningún tipo de información con los miembros de los grupos, esto permitió tomar la distancia debida en el proceso de recopilación de datos y de información.

que se identificaron ciertas tendencias en los temas que plantean los participantes, que oscilaban entre dudas sobre el uso de medicamentos, solicitud de consejos sobre si continuar o no con el psiquiatra o con ciertos medicamentos, la expresión de relatos sobre deseos o ideaciones suicidas, expresiones referentes a la motivación, relatos de crisis de ansiedad, ataques de pánico, narrativas de problemas de pareja, etc.

Se observaron todas esas narrativas y formas en las que [los usuarios de las comunidades virtuales] comparten ese tipo de información de manera horizontal, dejando de lado la relación tradicional asimétrica médico-paciente. Es decir, en ellas se abre la puerta a la posibilidad de la experticia compartida que en ocasiones pone en cuestión el saber experto-especialista.

La recolección de datos se llevó a cabo en dos fases: la primera consistió en que la investigadora se integrara a las comunidades virtuales de TLP de Facebook, al ser aceptada como miembro, en una segunda fase ya como observadora participante, se elaboró un banco de datos que consistió en almacenar en la página personal de Facebook todos los *post*, las imágenes, memes y discusiones que se realizaban en la plataforma, en relación con el TLP; realizando neos nexos con otras plataformas como YouTube, blogs y Twitter.

Siguiendo la propuesta de codificación de datos de Atkinson (2005), de las comunidades virtuales seleccionadas, se asignaron etiquetas a los datos basados

---

<sup>16</sup> Borderline México con 646 miembros, TLP Interamericano con 3932 miembros, El Bosque Límitrofe con 3549 miembros y TLP ¡Bienvenido amigo! con 4001 miembros.

en conceptos. En este caso los códigos cerrados<sup>17</sup> fueron: catarsis, diagnóstico, psicofármacos, relación con la psiquiatría y estigma; los cuales se seleccionaron como las categorías principales de las cuales emergieron los códigos abiertos que resultaron relevantes, los cuales se describirán en el cuarto capítulo.

Gracias a la etnografía virtual y las entrevistas a profundidad se logró conocer de primera mano la apreciación que tienen -los usuarios de las comunidades virtuales- sobre los diferentes códigos de análisis.

Además de los datos recolectados por observar, esta investigación incluyó una encuesta virtual, con la herramienta de Google Drive, como instrumento de selección de quienes que quisieran en participar en la entrevista. Los ítems de la encuesta se dividieron en los cinco códigos cerrados. En total, resultaron de ellos, 20 preguntas de opción múltiple. La encuesta fue contestada por 190 personas, de las cuales 73.7 % fueron mujeres, el 9.5 % hombres y el 16.8 % no se identifican con esta clasificación binaria del sexo y las edades oscilaban entre los 15 y 45 años.

Ante esos datos, se decidió invitar a las personas que contestaron la encuesta a participar en una entrevista profunda, que por las condiciones de confinamiento ocasionado por el Covid-19, se llevaron a cabo vía remota, haciendo uso de Zoom, video llamadas a través de WhatsApp y Facebook.

Los criterios de inclusión fueron: toda persona que perteneciera a alguna de las comunidades virtuales de Facebook a las que se envió la encuesta, que desearan participar en la entrevista profunda, que fueran mayores de edad y que tuvieran la

---

<sup>17</sup> Los códigos cerrados de acuerdo con la clasificación de Atkinson son los conceptos que permiten abrir la investigación más que constreñirla, a partir de los cuales pueden surgir otras líneas de análisis o categorías (Acevedo, M. 2011).

posibilidad de conectarse vía remota para la realización de la entrevista. Por otro lado, los criterios de exclusión fueron que las personas no hubieran contestado previamente la encuesta, que fueran menores de edad, que no tuvieran la posibilidad de conectarse vía remota y que se hubieran mostrado interesadas inicialmente pero que no asistieran a la cita acordada.

Al final se entrevistó a un total de 18 personas de 26 interesados iniciales, debido a los criterios de exclusión. Las personas entrevistadas fueron de Ciudad de México y de otros países como Chile, Argentina, Costa Rica y España, lo que favorece la representatividad de este estudio.

Si bien, para la entrevista profunda se diseñó con una guía temática, realizada a partir de los datos de la encuesta, se dio prioridad a la libertad narrativa de las personas entrevistadas, cada entrevista tuvo una duración aproximada entre 60 y 90 minutos.

Finalmente, a partir de la recopilación de datos y de material virtual compartido en las comunidades virtuales de Facebook y la información obtenida en las entrevistas se muestran a detalle en las conclusiones redactadas en el capítulo V.

De manera general, uno de los resultados obtenidos muestra y refuerza la idea sobre que la noción social de la enfermedad mental, en general, es aún muy difusa, sus límites no parecen claros, pues en algunos casos se encontró que algunas personas entrevistadas referían la presencia de alucinaciones y delirios como parte de tener TLP, en contraste a los criterios del propio diagnóstico. Esto señala que no existe claridad en la delimitación de qué es un trastorno de personalidad, qué es un brote psicótico y qué es una psicosis en general.

La forma en la que las personas se identifican con el diagnóstico depende de la relación dialéctica de los usuarios de los servicios de salud mental que mantienen tanto con los médicos psiquiatras, terapeutas o psicoanalistas, la trayectoria diagnóstica y los efectos de los medicamentos. Todo ello demarca una línea que los puede llevar a identificarse en totalidad con las características del diagnóstico, rechazarlo por completo, asumir algunas características y otras no, y en casos de personas que además se forman en el TLP toman posturas sociales organizando movimientos sociales ya sea a favor o en contra de la psiquiatría. Esto sugiere que el tema de la identidad con el diagnóstico determina la identidad de los usuarios solo en los casos en los que la dinámica dialéctica entre especialistas, terapias o tratamientos ha sido favorable para su manejo de síntomas o crisis. Sin embargo, en lo que refiere a tratamientos farmacológicos, en ocasiones los usuarios suelen manifestar que dudan de los efectos de los medicamentos, pero prefieren tomarlos con el temor de empeorar si dejan de hacerlo.

Si bien, en la mayoría de los casos analizados tanto en las comunidades virtuales como en las entrevistas, las personas diagnosticadas hacen valer su agencia al tratar de gestionar de alguna manera su estado mental y su bienestar, hay algunos que sobresalen de los que se pueden considerar expertos por experiencia. Esas personas suelen además de su experticia corporeizada, suelen pasar por una formación [*Bildung*] cuidadosa, crean su propia forma de gestionar su padecer y lo comparten públicamente a través de diferentes plataformas virtuales, convirtiéndose ellas mismas en formadoras de otras personas que buscan información.

Esto último, lleva a plantear que, si bien el mundo virtual es un medio de información y desinformación, en lo que refiere al ámbito de los pequeños grupos que se forman en plataformas como Facebook, cuentan con un potencial de información valiosa en diferentes niveles: una manera simétrica en la que los usuarios se comparten toda especie de consejos, información, contención, apoyo, etc., generando una atmósfera de solidaridad y empatía, que además permite discriminar la información falsa por un lado y de los discursos de odio por otro y, finalmente, desde una perspectiva de metaanálisis las comunidades virtuales ofrecen información valiosa sobre las dinámicas que se establecen fuera del ámbito de los especialistas. Asimismo, las comunidades virtuales ofrecen diferentes visiones no solo del diagnóstico de TLP, si no de la forma en que las personas asimilan o no la categoría, los rituales en los que comparten información, etc. Todo ello resulta útil no solo para la persona que se convierte en experta sobre su propio padecer, sino también, en una especie de vocera de información útil para los usuarios y para los propios especialistas.

La finalidad que ha tenido esta tesis desde un principio, si bien ha sido analizar si las personas se identifican con el diagnóstico de TLP y cuál es el impacto que tiene la categoría en su identidad, se han encontrado que si bien esto se da en diferentes niveles, se han encontrado también datos e información valiosos que pueden ser de utilidad para repensar la noción de enfermedad mental y la forma en que operan las diferentes alternativas que existen para tratarla, de las que destaca sin duda la psiquiatría.

Concretamente, esta tesis invita a la comunidad de especialistas a considerar la integración de otras perspectivas filosóficas y sociales en la construcción de

categorías psiquiátricas, que ayuden a considerar la información que puede ofrecer una persona en su totalidad como experto de su propia vivencia, que tengan la posibilidad de abrir nuevos caminos de investigación en los que integren las visiones de los usuarios en comunidad y, de esta manera, se busque una construcción de conocimiento participativo, que considere el punto de vista no solo de los especialistas, sino también el de ellos -los usuarios-, que permita como punto de partida devolverles la voz que se les ha robado.

## Capítulo I

### Antecedentes Históricos de la Psiquiatría

En este capítulo se describirán los antecedentes y el origen de la psiquiatría como una rama de la medicina en la que prevalece el modelo médico hegemónico (Menéndez, 2020) que se ve reflejado en el enfoque biologicista.

Como resultado de la disidencia con la propuesta biologicista, se señalarán dos enfoques que generan una tensión epistémica en el gremio de especialistas: el enfoque de construcción social de la enfermedad mental y el enfoque integrativo, que como se verá en los siguientes apartados, aún no han resultado suficientes para comprender la complejidad del padecer mental.

Con ello, se pretende dar un panorama sobre el quehacer de la psiquiatría, sus alcances y limitaciones respecto al TLP, que como se verá en el capítulo III tiene implicaciones y un impacto, en ocasiones, determinante en la autopercepción e identidad de los usuarios de los servicios de salud mental.

#### 1. Reseña histórica de la psiquiatría

La psiquiatría entendida como la ciencia de las enfermedades mentales (Ackerknecht, 1964, p.15) es y ha sido, desde su nacimiento en el siglo XIX y hasta la fecha, un tema de relevancia que atañe a una diversidad de expertos psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, etc. pero también ha sido objeto de estudio de filósofos, sociólogos e historiadores; pues da cuenta de la condición humana, del sufrimiento, la inadaptación social y de algunos comportamientos disruptivos.

Desde el campo en el que se estudie, la psiquiatría forma parte de la realidad y no deja de ser una disciplina que intenta entender el malestar emocional, en sus

múltiples manifestaciones. Como objeto de conocimiento, la psiquiatría resulta ser una compleja rama de la medicina por las diferentes posturas interpretativas que se han generado sobre los trastornos mentales a lo largo de historia, mismos que conforman el eje central de su estudio.

Es una tarea casi imposible tratar de reconstruir con claridad una historia unificada de la psiquiatría, pues es un saber que se ha constituido y se ha alimentado de diversos saberes desde la filosofía, el psicoanálisis, la psicología, la biología, por supuesto la medicina y actualmente trata de entrar en diálogo con la genética y las neurociencias. Estas dos últimas le han llevado a fortalecer sus pretensiones de objetividad científica, haciendo uso de los avances en biotecnología para el diagnóstico y, en algunos casos, el tratamiento de las condiciones mentales.

No obstante, en algunos textos como *Nueva historia de la psiquiatría* de Jaques Postel & Claudé Quétel (1994), hay un intento de unificar de manera lineal la historia de la disciplina. Los autores señalan de manera muy sistemática, las distintas épocas en las que se pueden rastrear los orígenes de lo que ahora se conoce como una disciplina científica. Parten desde la antigüedad greco-romana, la civilización hebrea antigua, la Edad Media, el Renacimiento e Ilustración, hasta la manera en que actualmente se conoce.

Esta visión de la historia de la psiquiatría, si bien puede resultar ilustrativa y pedagógica, crea una noción de evolución o desarrollo como una ciencia que se ha discutido mucho y se ha puesto en cuestión desde sus inicios. Además, en palabras de Murguía<sup>18</sup> “hace una lectura presentista: una cosa es que desde la

---

<sup>18</sup> En una conversación tutorial.

antigüedad se hable de afecciones de la mente, y otra la pretensión de construir una ciencia de la psique, que es un proyecto moderno”.

Por ello en este capítulo, se ha decidido hablar de tres diferentes enfoques de la psiquiatría y su forma de entender a las enfermedades mentales: el enfoque biologicista, el culturalista y el integrativo o transdisciplinario. Aunque son enfoques muy generales, que fácilmente entrecruzan sus caminos y saberes en la práctica psiquiátrica, es importante identificar la forma de operar de cada uno y sus argumentos al momento de tomar decisiones sobre el padecer de una persona.

Cada uno de esos enfoques y sus características particulares han formado el marco de referencia que ayuda a entender la situación actual de esta disciplina, también posibilita la capacidad de ubicar a sus agentes y la forma en la que se han construido la noción de enfermedad mental.

### 1.1 Los orígenes de la psiquiatría: el enfoque biologicista

Remontándonos a sus raíces, el término psiquiatría deriva de los siguientes elementos griegos: *psyché* (ψυχή), que significa ‘alma, aliento o mente’; y *iatreía* (ιατρεία), ‘curación o arte de curar. Esto es, curar la mente’<sup>19</sup>.

Tomando como referencia las raíces de este término, se podrían comenzar a encontrar aspectos controversiales como la idea de curar (*iatreía*); pues la noción de curar la enfermedad mental se aleja mucho de lo que se puede contemplar en la práctica psiquiátrica actual. Incluso muchos psiquiatras negarían la posibilidad de curar, puesto que hasta el momento no existe cura para ninguno de los trastornos mentales clasificados. Por otro lado, *psyché* que se puede interpretar como mente,

---

<sup>19</sup>Etimología de la psiquiatría (2018). Recuperado de: <http://etimologias.dechile.net/?psiquiatria>

es un término que, desde las visiones biologicistas (más ortodoxas), no tiene sentido, pues todo lo que refiere al comportamiento humano y sus aristas es representación de mecanismos neurobiológicos.

Desde esas contradicciones que supone el término, se puede señalar la presencia de una tradición médica hegemónica que fluye de manera muy viva en las venas de la psiquiatría. El modelo médico hegemónico, es entendido por Menéndez, como un modelo biomédico originado en el corazón del capitalismo y el modelo que más se ha extendido, lo define como:

el conjunto de representaciones, prácticas y teorías generadas por lo que se conoce como medicina científica, la cual desde finales del siglo XVIII ha tratado de expandirse sobre la población buscando excluir, eliminar y/o subordinar a las otras formas de atención [...] lo cual en un país como México ha ido logrando desde finales del siglo XIX y, sobre todo, a partir de las décadas de 1930 y 1940, hasta lograr convertirse en la forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, por reglamentaciones del Estado, como por su eficacia comparativa (Menéndez, 2020, p. 87).

Este modelo de la medicina, tal como lo expone Menéndez, no es solo producto exclusivo del sector médico psiquiátrico, sino que cuenta con el aval del sector social, económico y político (202, p.89) que ha llevado a que, en la psiquiatría perdure una visión científicista que ha generado disidencia y tensión epistémica en el gremio de especialistas. Esto ha dado origen a varios enfoques teóricos (integrativo y construccionismo social) que intentan explicar y abordar los trastornos mentales no solo desde el ámbito biológico, de los que se hablará más adelante.

Ahora bien, haciendo una brevísima reseña, esa tendencia biologicista de la enfermedad mental, se encuentra desde sus inicios con Phillip Pinel (1745-1826) primer expositor de la psiquiatría y promotor de la noción de “la locura” como

enfermedad clínica, es decir, un cuadro con síntomas, signos y un correlato anatómico-patológico que lo llevó a buscar la mejora en las condiciones de encierro de los considerados “alienados” (Malpica, 2012). Motivado por esa idea, en 1798 publicó *Nosographie philosophique méthode appliquée à la médecine*<sup>20</sup> el primer tratado sobre las “vesanias”<sup>21</sup>. En el que le da diferentes nombres a la locura, clasificando de esta manera cuatro tipos de enfermedades: melancolía, manía, idiocia, y demencia.

Para Pinel las vesanias no eran más que un desarreglo de las facultades cerebrales, y, si bien, identificaba dentro de sus causas a los desarreglos físicos, también consideraba las causas morales que se relacionaban con excesos de todo tipo. Esa creencia lo llevó a replantear las formas de tratar la enfermedad mental, aseguraba que podía curar con palabras de estímulo (Viglioglia, 2004).

Posteriormente, en 1838 su alumno Jean Étienne Dominique Esquirol, logró establecer una legislación psiquiátrica en Francia, que permaneció hasta 1990. En ella se establecían las condiciones de hospitalización de los alienados y se instituía que los así diagnosticados no debían ser reclusos en prisiones para delincuentes.

Influido por el pensamiento de Pinel, escribió su propia clasificación de las enfermedades mentales *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico legal*, misma que fue de gran influencia en el desarrollo de los intentos posteriores de clasificación. En el texto de Esquirol se

---

<sup>20</sup> Nosografía filosófica método aplicado a la medicina.

<sup>21</sup> Haciendo referencia a las demencias y a la furia intensa.

establece una clasificación que no se aleja del todo de la de su maestro, en ella propone cinco categorías: lipemanía, monomanía, manía, demencia e imbecilidad<sup>22</sup>. Como se puede apreciar, la psiquiatría surge en el contexto del positivismo francés que tiene como objetivo que el conocimiento científico sea demarcado por el uso del método hipotético-deductivo, como único método para la producción de conocimiento. Por lo que, como lo afirma Malpica (2012)<sup>23</sup>, “la medicina como una producción científica del saber, adopta esa posición -positivista- de la que no escapa la psiquiatría”. Dentro de las discusiones en Filosofía de la mente, la Psiquiatría en su dimensión biologicista, conserva un intento de romper con el dualismo mente-cuerpo<sup>24</sup>, exponen Rogelio Luque y José M. Villagrán en *Psicopatología Descriptiva* y afirman que en las ciencias de la mente predomina la visión monista<sup>25</sup>. En este sentido la psiquiatría biologicista plantea que los trastornos mentales pueden ser originados por fallas en el Sistema Nervioso Central, por cuestiones genéticas o heredadas, o por alguna cuestión física provocada por un traumatismo craneoencefálico o una enfermedad física-neurológica.

---

<sup>22</sup> Jean Etienne Dominique Esquirol (2015). Recuperado de: [http://lmentala.net/admin/archivosboletin/Jean Etienne Dominique.pdf](http://lmentala.net/admin/archivosboletin/Jean_Etienne_Dominique.pdf)

<sup>23</sup> Psiquiatra del Departamento de Salud Mental, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, Venezuela. Autor de los libros: Filosofía y psiquiatría y El enfermo mental ante la muerte: estudios clínicos de antropología psiquiátrica.

<sup>24</sup> Inicialmente la polémica del dualismo ha estado presente desde Descartes, quien propuso que el ser humano solo existe porque piensa.

<sup>25</sup> El monismo es una corriente filosófica que afirma que la totalidad de los fenómenos y de los seres del universo están constituidos por una sustancia primaria, en el caso de la psiquiatría biologicista esa sustancia es el cerebro. A partir de entonces, la mayor parte de las ciencias de la mente han adoptado una posición materialista y monista en el nivel ontológico (cerebro y mente se aplican a una única sustancia), misma que es adoptada por la psiquiatría biologicista. Recuperado de: <http://postpsiquiatria.blogspot.com/2011/06/epistemologia-psiquiatria.html> (12 agosto de 2018).

La dimensión biologicista de la psiquiatría pone en cuestión a la subjetividad y en su intención de crear un saber objetivo, elimina otras posibilidades de interpretación ontológica de la mente. Es decir, este enfoque de la psiquiatría parece omitir la historicidad, el desarrollo, las conexiones con el mundo y las relaciones del ser desde su nacimiento. La noción de ontología en el sentido de Martin Heidegger (1889-1976) apela a un reconocimiento del ser en el mundo, un ser conectado con los objetos de la realidad y con su contexto. Así, la forma en que se pregunta por el ser mismo debe responderse a través de esas relaciones, es decir, el ser no puede entenderse separado del mundo.

Retomando las ideas de Aurenque y Jaran, existe en la visión de Heidegger una noción del individuo que se aleja del biologicismo y que, por lo tanto, cuando a enfermedad se refiere Heidegger podría estar más cerca de una interpretación "holística" de la salud, como la que propone Lennart Nordenfelt, en la que el concepto de salud no solo hace referencia a la ausencia de enfermedad, sino a la capacidad de alcanzar metas vitales, en ese sentido, la enfermedad no es más que uno de los factores que impiden lograrlas, al igual que el sufrimiento y el dolor. Esta visión propone que la capacidad debe ser medida de acuerdo al agente, a sus metas y a las circunstancias o contexto en el que está inmerso, de esta manera la enfermedad no implica solo una disfunción de un cuerpo anatómico normal, sino una situación percibida como problemática.

Así, podría decirse que la enfermedad en términos Heideggerianos es vivida como existencial, es decir como una condición que genera posibilidad de ser en el mundo, en tanto que la enfermedad enfrenta a las personas con la falta de capacidad, y eso hace que surjan seres que reconocen su agencia y su propio

padecer, y que de esta manera, puedan generar cambios significativos en su existencia. Por ejemplo, una persona que pierde la movilidad en una pierna por un accidente. Es precisamente ese estado el que le hace reconocer la importancia de la movilidad y lo que implica el no poder hacerlo con libertad de manera cotidiana, eso le dará la posibilidad de buscar estrategias para adaptarse y continuar con la búsqueda de sus metas (Aurenque y Jaran, 2018). De esta manera, en términos heideggerianos la enfermedad en sí misma podría ser una posibilidad en términos de existencia, en tanto que abre camino a la pregunta por el ser<sup>26</sup>.

Por lo tanto, retomando esta elucidación, la psiquiatría desde el enfoque biologicista que no reconoce la historicidad, el contexto social, lo cultural y político de una persona, se aleja de cualquier interpretación ontológica del ser humano, lo que, como se verá más adelante, tiene implicaciones, en el mayor de los casos, negativas sobre el entendimiento, explicación y abordaje de la enfermedad mental. El enfoque biologicista actualmente se ha visto reforzado por la neurociencia y un ejemplo de ello lo podemos encontrar en programas de gran inversión económica como el *Human Brain Project*<sup>27</sup> en Europa y el *Brain Initiative*<sup>28</sup> en Estados Unidos<sup>29</sup>. Si bien, esos proyectos han mostrado avances muy positivos en relación

---

<sup>26</sup> En la entrevista-16 June (chilena 33 años) es un claro ejemplo de ello, pues para ella el síntoma inicial (desmayos y sensación de vértigo, fue el primer detonante que le abrió la pregunta por el ser. Fue a través del síntoma que reconoció que en su vida estaban pasando asuntos graves como vivir con un individuo violento, el tener una hija a los 17 años, que no eran compatibles con estudiar la carrera de teatro y que la llevaron a buscar respuestas, primero en el ámbito psiquiátrico que ante el fracaso, la llevaron a la autogestión de sus emociones, de sus estados de ánimo, buscando información en redes, libros de texto y en instituciones alternativas que le brindaron la posibilidad de comprender su situación y existencia en el mundo.

<sup>27</sup> <https://www.humanbrainproject.eu/en/> Recuperado mayo 2018.

<sup>28</sup> <https://braininitiative.nih.gov/>

<sup>29</sup> En estos programas se conjugan las neurociencias, la inteligencia artificial, con otras disciplinas como la ingeniería, las matemáticas y la psiquiatría. Buscando por medio de ese engranaje científico generar

con la biotecnología para atender diferentes tipos de padecimientos y condiciones, como en el caso del Alzheimer, y otro tipo de discapacidades que pueden mejorar con el uso de dispositivos; se puede afirmar que, en el ámbito de lo mental es un proyecto que quizá sea poco fructífero. No quiere decir que estos proyectos sean inútiles o innecesarios, sino que es importante señalar que una de las grandes desventajas que tienen es que en ambos proyectos, se deja fuera el estudio de los factores sociales de la salud los cuales recuperan una visión fenomenológica de la enfermedad y que, por su parte, tienen una gran influencia en la presencia de enfermedades como la depresión, la ansiedad, o los trastornos de personalidad<sup>30</sup>. Con esto podemos ver que el enfoque biologicista de la psiquiatría está lejos de ofrecer una explicación ontológica de la enfermedad mental y más cercana a una visión óptica o meramente descriptiva de la enfermedad mental y esto solo si hay huellas biológicas del padecimiento. Se ha mencionado anteriormente que una visión ontológica de la enfermedad -entendiendo el concepto "ontológico" desde una visión heideggeriana- recupera no solo la necesidad de señalar categorialmente algo, sino lograr la *comprensión*<sup>31</sup> de un fenómeno que en este caso son las "enfermedades mentales". Para eso, hace falta recuperar toda la

---

una reproducción digital exacta del cerebro humano, con la finalidad de entender completamente el por qué actuamos como lo hacemos y exactamente cuáles son las fallas orgánicas que pueden desencadenar algunas enfermedades como la esquizofrenia, la demencia senil, el parkinson, el estrés postraumático, etc.

<sup>30</sup> Tal como se encontró en la mayoría de las entrevistas realizadas, en las que la mayoría de las personas recóía haber transitado por una vida de carencias económicas, situaciones de violencia, de abuso sexual, abandono, entre otros factores que son parte de una historicidad personal que señala aspectos sociales desfavorecidos y que, de no haber estado presentes, las personas a las que se entrevistó no podrían ser las mismas.

<sup>31</sup> Las cursivas son de la autora, pues se hace un énfasis en la *comprensión* como un concepto de posibilidad que hasta ahora las ciencias "psi" no han logrado del todo.

experiencia del vivirse con una categoría, recuperar la trayectoria de quien padece, la relación que en la vida cotidiana establece consigo mismo y los demás en relación con el diagnóstico, etc.

En cambio, la tendencia de catalogar exclusivamente criterios descriptivos de la enfermedad mental nos aleja de la comprensión del fenómeno, fragmenta la realidad y no permite comprender la complejidad que representa el ámbito de lo mental. A pesar de ello, desde la aparición del DSM-III, se optó por un lenguaje ateorico aparentemente más "objetivo", libre de enredos metafísicos, o como lo es en este caso, metapsicológicos<sup>32</sup>. Esto, marcó un claro divorcio entre la Psiquiatría y el Psicoanálisis, que dejaría a este último en un espacio de marginalidad en tanto que subjetivo y no científico -desde la visión predominante de la época-. Por su parte, a la psiquiatría -biologicista-, al estar enraizada en el modelo médico hegemónico que le otorgaba el garante de ciencia, se le ha señalado de tener una visión reduccionista del ser humano, que lo hace ver como un cuerpo-máquina que, al mismo tiempo, influyó en la Psicología Conductista que adoptó esa visión a inicios del siglo XX, con la misma intención de conservar la categoría de conocimiento científico.

Esta visión de la psiquiatría favoreció el desarrollo de descubrimientos y avances biotecnológicos que se han utilizado lo mismo para el diagnóstico como para el tratamiento de las enfermedades mentales, como se hace mención en las siguientes líneas.

---

<sup>32</sup> La metapsicología Freudiana es una propuesta estructural del funcionamiento y alteraciones de la mente que, si bien, es uno de los conceptos más sobresalientes de la obra Freudiana, se le critica de misticismo y poca capacidad de comprobación empírica.

### 1.1.1 La psiquiatría biologicista y sus avances tecnológicos.

En relación con la dimensión biologicista, se han desarrollado a lo largo de la historia de la psiquiatría tecnologías que se enfocan en el tratamiento y búsqueda de la “cura” de los trastornos mentales. Las tecnologías que se desarrollaron en la primera mitad del siglo XX fueron: la terapia electroconvulsiva<sup>33</sup> (TEC), la lobotomía<sup>34</sup> y la psicofarmacología, entre otras técnicas de neuroimagen que se fueron desarrollando -ya en la segunda parte de ese siglo- con fines meramente diagnósticos como: el electroencefalograma, la tomografía axial computarizada, el mapeo cerebral, etc.

La terapia electroconvulsiva que se comenzó a utilizar a finales de los años 30 como tratamiento de algunas enfermedades mentales, fue una técnica que en sus inicios tuvo mucho auge dentro de la comunidad psiquiátrica, pues se le atribuían capacidades curativas y de control o desaparición de comportamientos agresivos.

Sin embargo, a causa de sus efectos secundarios desfavorables no tardó mucho en generar controversia, dentro de los más comunes se encontraba el letargo, la falta de coordinación motriz y en casos extremos provocaba estados vegetativos.

La aplicación de la TEC era indiscriminada<sup>35</sup>, no existía ningún criterio que regulara

---

<sup>33</sup> La Terapia Electroconvulsiva (TEC) es una técnica de tratamiento que se realiza mediante la electricidad al inducir una activación de las neuronas del sistema nervioso central, que debe ser repetida un determinado número de veces, para el tratamiento de algunas enfermedades psiquiátricas (Navarro, p.717).

<sup>34</sup> Tiene su origen en la palabra leucotomía, que por sus raíces etimológicas se divide en Leukos que significa ‘blanco’ y tome ‘corte’. Consistía en realizar dos agujeros en la parte frontal del cráneo, e inyectar alcohol directamente en el lóbulo frontal del cerebro a través de ellos. Años más tarde, esta práctica había pasado a llamarse lobotomía. Recuperado de: <https://psicologiyamente.com/neurociencias/lobotomia>

<sup>35</sup> Una de las psiquiatras que en Latinoamérica fue reconocida por su fuerte oposición a la aplicación de la TEC fue Nise da Silveira, que en 1944 como parte del equipo médico del Hospital Psiquiátrico de Rio de Janeiro, se declaraba incapaz para ejercer las prácticas de sus colegas que incluían la TEC, pues consideraba a esa práctica como una especie de tortura que no contribuía para nada a la integración de los pacientes psicóticos a la sociedad. Desarrolló así un sistema de abordaje terapéutico en contraposición a la TEC, al que dio

su uso, como lo que ahora se conoce como “consentimiento informado”. Fue hasta los años 50 cuando se comenzaron a generar medidas preventivas que evitaran lo más posible el daño, integrando a su aplicación anestesia y relajantes musculares. No obstante, la TEC ha sido una técnica empleada para tratar casos específicos como depresiones graves, estados delirantes o esquizofrenia y se sigue utilizando, pues gracias a los avances tecnológicos los efectos secundarios y la violencia que implicaba su uso han disminuido de manera significativa.

Por su parte, la lobotomía<sup>36</sup> fue frecuentemente utilizada en la primera mitad del siglo XX. Su pionero Egas Mogiz (1935) se hizo acreedor al premio Nobel de medicina en 1949 por esa innovación. Posteriormente Walter Fremman y James Watts (1939) entre otros, instauraron esta práctica quirúrgica en la psiquiatría con la finalidad de curar algunas enfermedades que no mejoraban con el uso de la terapia TEC, incluso se llegó a utilizar (por Fremman) de manera combinada con la TEC como sedación antes de la lobotomía. En general, las estadísticas que se tienen en Estados Unidos de esta práctica (entre 1950 hasta 1969) no son nada favorables, pues indican que, en muchos de los casos, más del 40% de los pacientes tenían resultados incluso más nocivos que con la TEC, llegando a provocar muchas muertes (Ballcels, M. 2014).

Fue hasta la segunda mitad del siglo XX, al ver los efectos tan violentos que tenían este tipo de intervenciones y con la llegada de los psicofármacos, que estas

---

nombre de “terapia ocupacional” que se continúa utilizando en algunas instituciones psiquiátricas (Portela, 2002).

<sup>36</sup> La etimología del término leucotomía sirve para hacernos una idea del objetivo con el que se realizaban las lobotomías; leuko significa blanco, y tome significa corte. Egas Moniz creía que ciertos desórdenes mentales podían ser curados haciendo que se rompiesen algunas zonas del cerebro en las que el lóbulo frontal se comunica con otras del encéfalo. Es decir, dañando partes de materia blanca del cerebro, llamada así porque en ella predominan los axones (las partes de la neurona que se alargan para comunicarse con células nerviosas lejanas). Recuperado de: <https://psicologiamente.net/neurociencias/lobotomia>. (mayo, 2018).

prácticas fueron reguladas y hubo intentos de erradicarlas, excepto en casos específicos (como en estados delirantes y de esquizofrenia crónica).

El uso de los fármacos en el campo de la psiquiatría inició en 1952 avalado por el descubrimiento de la neurofisiología, sobre la acción bioquímica en el funcionamiento de la sinapsis: los neurotransmisores serotonina, noradrenalina, acetilcolina, dopamina, histamina, etc. se encontraron como el soporte químico de la transmisión sináptica. Ese descubrimiento del funcionamiento de los neurotransmisores dio la pauta para elaborar medicamentos: anticonvulsivos, tranquilizantes, antidepresivos y posteriormente antipsicóticos (Postel y Quétel, 2000).

Como se puede ver hasta aquí, el enfoque biologicista de la psiquiatría se ha acompañado de los avances de la biotecnología, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, fortaleciendo así la idea de objetividad.

Finalmente, dentro de este esquema biologicista, no se puede dejar de lado la incursión actual de la Neurociencia, que con base en sus investigaciones y descubrimientos invita a la unificación de la psiquiatría y la neurociencia.

Desde finales del siglo pasado Steven E. Hyman y Josep T. Coyle (1996), en su artículo *Neurociencia y Psiquiatría* del *Tratado de psiquiatría* sugieren que la psiquiatría como especialidad médica, debería incorporarse a los caminos de la neurociencia y la tecnología. Puesto que, sus logros científicos deberían estar basados en el crecimiento algorítmico de la investigación neurocientífica, relacionados con los progresos en el conocimiento de la estructura, organización y funcionamiento del cerebro. Esto podría llevar a un avance y mejora de métodos

para el diagnóstico, más objetivos y precisos, que tendrían el potencial de aclarar la fisiopatología de enfermedades psiquiátricas.

Esto último está determinando un nuevo momento en la psiquiatría biologicista en el que incluso se pretende encontrar el tratamiento personalizado, a través de intervenciones que desde la biotecnología promueven la intervención del cerebro por medio de modificaciones genéticas. Lo cual supone un reduccionismo que deja de lado otro tipo de factores como los sociales, culturales, religiosos, etc. en la noción de la enfermedad mental.

1.2 La psiquiatría como construcción social: una visión culturalista de los trastornos mentales.

Como se acaba de señalar, la dimensión biologicista de la psiquiatría persigue un modelo médico tradicional hegemónico, en el que al psiquiatra le apremia no perder la identificación con dicho modelo. Es por ello que busca en criterios “objetivos” signos de trastornos o entidades de enfermedad mental establecidas en manuales diagnósticos como el DSM 5. A partir del diseño de esos manuales pretende establecer un juicio clínico, un pronóstico y su respectivo tratamiento, que comprende el uso de psicofármacos o el internamiento de los pacientes en instituciones psiquiátricas.

Desde esa perspectiva, la psiquiatría como rama de la medicina, ha tenido la intención de curar el malestar mental en tanto que enfermedad; lo cual llevó a que durante mucho tiempo los médicos enfocaran su atención al entendimiento de la “locura” como el objeto de estudio, dejando de lado a la persona que padece y sus condiciones: sociales, culturales, económicas, de posibilidades etc. De esta

manera, era mucho más factible que se propiciaran las condiciones de posibilidad para el surgimiento de situaciones de abuso o iatrogenias.

Un ejemplo que funciona para ilustrar tal situación, lo presenta la asociación civil "Documenta" en el Informe titulado *¿Por razón necesaria? Violaciones a los Derechos Humanos en los Servicios de atención a la Salud Mental en México*<sup>37</sup>, pone especial interés en que hay detrás de la consigna "por razón necesaria" y señala cómo a partir de ella se permiten muchos casos de sobremedicación<sup>38</sup> ["para ver qué medicamento pega<sup>39</sup>"] u otro tipo de acciones que disfrazadas de frases como "por razón necesaria" justifican el uso de sujeción mecánica, terapia electro convulsiva, aislamiento, incremento en la medicación, hasta casos de esterilización forzada, en los usuarios de servicios de salud mental en México. El documento evidencia casos como el siguiente:

una mujer que mencionó que debido a que sufría claustrofobia y trastorno bipolar no podía estar en condiciones de aislamiento, situación que hizo del conocimiento de las autoridades y no fue tomada en cuenta. Poco tiempo después tuvo una crisis e intentó quitarse la vida.

---

<sup>37</sup> Véase [Por razón necesaria](#). Recuperado enero 2022.

<sup>38</sup> El asunto de la sobremedicación o polifarmacia no es un problema exclusivo de la psiquiatría, sino de la medicina en general, específicamente el concepto surgió en el contexto del abordaje clínico de los adultos mayores. Sin embargo, es importante resaltar que en esta investigación se pone especial atención al tema, debido a que como parte de los datos que se arrojaron en el trabajo de campo, era frecuente encontrar que las personas diagnosticadas con TLP tienen un esquema de medicación que no solo rebasa el número de medicamentos que establece la OMS como polifarmacia (5 fármacos), sino que además, pueden estar tomando dos antidepresivos o dos antipsicóticos al mismo tiempo bajo indicación médica. Ese es un problema que además de los efectos secundarios, puede generar otros problemas de adicción a la sustancia que se consume. Este problema será abordado en detalle en el capítulo IV.

<sup>39</sup> Testimonio de un psiquiatra adscrito del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente que hace referencia al actuar de algunos miembros de su gremio.

En este caso, en la nota médica se narra lo siguiente:

en este momento deambula, grita, exige, amenaza y es necesario contener físicamente porque tiende a provocar a otros pacientes. Por ello, recorro a solicitar apoyo a enfermería y vigilancia:

- Aplicar la dosis de medicamento ya indicada.
- Sujetar de cintura y miembros a su cama.
- Manejo sin cambios.
- Mantener en área de pacientes en estado crítico
- hasta nueva orden. (Vásquez, *et. al.* 2020, p. 142)

Este caso como otros que se narran en el Informe de Documenta, ponen en evidencia muchas de las prácticas que aún se siguen perpetuando como dinámicas de poder, sobre todo institucional, Foucault en *Vigilar y castigar* ponen sobre la mesa las dinámicas de poder que se suelen generar en "las instituciones del encierro" como las cárceles y los hospitales psiquiátricos. De ello, habrá que rescatar que el fenómeno de violencia institucional, en tanto dinámicas, son perpetuadas no solo por los psiquiatras, sino por médicos, enfermeras, vigilantes, etc. soportados tanto por el modelo médico hegemónico, como por la institución, y, además, por los propios familiares de los usuarios de los servicios de salud mental. Ahora bien, considerando que para Foucault la sociedad también tiene una participación en esa dinámica del poder, también habría que reconocer que la psiquiatría no tendría tanta presencia en sociedad, si no existieran personas que por un lado demandaran la asistencia médica para entender su malestar mental y por otro, personas a las que no les funcionaran ciertos procedimientos.

Sin embargo, en esta investigación se reconocerá, dentro del abanico de posibilidades formas de ser de los usuarios de los servicios de salud mental, a los usuarios que también se hacen cargo de su autocuidado y no solo dejan en manos

de las instituciones de salud a su bienestar. Para Foucault, el concepto de *epimeleia (cura sui)* que significa cuidado de uno mismo, es una cuestión del sujeto y de su autoconocimiento; es una práctica en la que el autoconocimiento como consecuencia exige el ocuparse de uno mismo (Foucault, 1994), sin dejar de considerar que las posibilidades de autocuidado depende de condiciones que están social e históricamente influidas, para que las personas desarrollen la facultad del cuidado de sí, lo cual hace mucho más compleja la trama entre las demandas sociales y la psiquiatría.

Foucault es de los críticos más sobresalientes y citados en los estudios de la psiquiatría por defender una concepción culturalista de las enfermedades mentales. En *La historia de la folie à l'âge classique* (1961) da cuenta de una postura fenomenológica de la comprensión de la enfermedad mental y describe cómo la locura debía ser despojada de su aparente naturalidad y evidencia, remitiéndola a sus condiciones históricas y estructurales de aparición (Novella, 2009, p. 94). En su obra marca una separación clara de la posición biologicista y propone un estudio que niega el carácter científico de la psiquiatría, dando la pauta para entenderla y analizarla como un espacio de vigilancia, disciplina y control social.

La postura más radical de Foucault (1975), que se puede encontrar en *Vigilar y castigar*, es comparar a las instituciones psiquiátricas con el sistema carcelario, pues equipara la vigilancia de las cárceles con la vigilancia de la institución psiquiátrica, que favorece a la exclusión social de los pacientes psiquiátricos por medio del encierro, del que participan no solamente el juez, sino también en paralelo expertos psiquiatras o psicólogos, magistrados, educadores y funcionarios

de la administración penitenciaria se reparten el poder legal de castigar (Foucault, 2009).

La idea de “orden o control social” en la obra de Foucault en este sentido, tendría que entenderse como una cuestión dialéctica y dinámica más que piramidal, puesto que distintos son los actores que comparten la designación de criterios sobre normalidad o anormalidad. En contraste con su visión, se pueden encontrar otras nociones sobre el control social, como la de Peter Conrad (1945) quien considera al control social en dos formas: a) el control social informal, que opera a través de la autoconsciencia y por medio del señalamiento social, es decir, de la mirada de los otros, ambas cosas generan la inhibición de conductas que podrían interpretarse como “desviadas”; b) el control social formal, que está dado por aquellas instituciones encargadas de elaborar leyes, regulaciones y acuerdos sociales para la inhibición de conductas desviadas que están fuera de la voluntad del propio individuo, y estas pueden ser reguladas por medio del encierro.

Su última visión sobre el control social se acerca a la referencia foucaultiana, en la que el ámbito de las instituciones de manera coercitiva incide en el comportamiento de sus miembros. En el caso de la institución psiquiátrica que determina de esta manera las características de los anormales.

Ahora bien, durante los años 70 dentro de la misma psiquiatría, surgió el movimiento de “Antipsiquiatría” iniciado por David Cooper (1976), que aunado al trabajo de Foucault (aunque no hay evidencia de que Cooper haya tenido contacto con la obra de este último o viceversa), defiende una postura crítica ante la aparición de fármacos psiquiátricos como formas de control social. Uno de los objetivos de Cooper era cuestionar de manera profunda el diagnóstico como

etiqueta, por ello, propone concepciones y procedimientos como antítesis de la psiquiatría convencional de la época, haciendo manifiesto un interés en el “rótulo” (diagnóstico) que se le asigna a una persona, señalando cuáles son los efectos que ese rótulo tiene en el ‘rotulado’ (persona diagnosticada). Su interés principal era indagar en la forma violenta que tiene la psiquiatría al designar a las personas dentro de ciertas categorías que, para este autor, no son más que la prolongación de la violencia social que lleva a la exclusión y a la invalidación de las personas (Cooper, 1976, p. 7).

Además de Cooper trabajos como el de Tomas Szasz (1920-2012) *El mito de la enfermedad mental y la fabricación de la locura: un estudio comparativo de la inquisición con el movimiento de salud mental*, se planteaba también la idea de la enfermedad mental como una metáfora médica para describir una conducta perturbadora. Szasz consideraba a la psiquiatría como una pseudociencia, que utiliza un lenguaje disfrazado de términos médicos para describir un fenómeno que no entiende. Para este autor la psiquiatría es una institución diseñada para mantener el orden social; en su estudio muestra cómo los internamientos psiquiátricos funcionaban como una conspiración del silencio hacia aquellos que incomodaban con sus comportamientos anormales (Vásquez Rocca, 2011, p.31).

Como parte del movimiento antipsiquiatría Robert Castel en *L'orde Psyquiatrique* en 1975 también formó parte de una nueva visión de la psiquiatría construida, con fines de “orden social” y que refuerza el “poder de la normalización” (Huertas, 2014, p. 20). Ese poder de normalización que, en palabras de Cooper, tiene que ver con el invalidar la palabra del otro que es etiquetado como “enfermo mental”, puede tener repercusiones incluso en términos de justicia.

En el ámbito del Derecho, por ejemplo, cuando a las personas se les considera como *enfermos mentales* pierden la capacidad de decidir por sí mismas, no pueden tomar decisiones de manera autónoma, o bien, en el caso contrario, si cometen un delito, no se les aplica el mismo peso de la ley que a otras personas con sus capacidades mentales íntegras<sup>40</sup>.

Para este autor ese es uno de los resultados de la “técnica de invalidación de los otros” que ejerce la psiquiatría y que es ampliamente valorada, pues tiene “la bendición de la ciencia médica”, como parte constitutiva de su ejercicio (Cooper, 1976).

Es importante en este momento diferenciar que lo que Cooper pone en escena es una crítica a la praxis de la psiquiatría, el establecimiento de diagnósticos que para él son innecesarios y que lo único que generan es, por un lado, la segregación de los usuarios (pacientes), y por otro, la identificación de los usuarios con dicho diagnóstico; identificación que los lleva a actuar tal como han sido “rotulados”. A pesar de que esa afirmación es muy problemática, puesto que implica una relación causal diagnóstico-comportamiento, es algo que se mantendrá en discusión con la propuesta de Ian Hacking sobre la forma de “hacer personas”.

Por su parte lo que Foucault persigue es anular la concepción de la psiquiatría como una ciencia, que más allá de sus prácticas, existen intereses de poder para restablecer el orden social que demandan las instituciones.

Actualmente como parte de nuevas formas de antipsiquiatría uno de los movimientos más importantes (y que se describirá con detalle en el siguiente

---

<sup>40</sup> Quienes deciden qué personas tienen sus capacidades mentales íntegras, o qué personas tienen un trastorno mental, son los psiquiatras que funguen como peritos legales, estableciendo un diagnóstico que puede impactar de manera positiva o negativa en la realización de un juicio.

capítulo) es la *Red crítica antipsiquiátrica*. Una de sus representantes Joanna Moncrieff que en su libro *Hablando claro: una Introducción a los fármacos psiquiátricos* propone que el modelo psicofarmacológico actual es el “modelo basado en la enfermedad”. A lo largo del texto se dedica a argumentar por qué no ha funcionado, y en cambio, propone un “modelo basado en el fármaco” y describe sus beneficios y las implicaciones positivas que tendría su aplicación.

En términos generales, la crítica al primer modelo es que los fármacos psiquiátricos al situar los trastornos mentales en el cerebro se les trata como una enfermedad física, es decir, el tratamiento indicado son los medicamentos, cuando en realidad los estudios que Moncrieff ha realizado para medir los beneficios a la salud, muestran que no cuentan con indicios suficientes que ataquen directamente a la enfermedad, sino que la modificación química de los medicamentos es solo resultado de sus efectos sedantes y de intoxicación, como lo puede hacer cualquier otra droga como el alcohol, los cigarros, los opiáceos, etc. En ocasiones ese efecto puede ser positivo para algunos trastornos psiquiátricos, pero no para todos, ni tampoco su indicación es necesaria para toda la vida.

[...] no existe una base para aceptar un modelo centrado en la enfermedad para los tratamientos farmacológicos psiquiátricos. En otras palabras, no hay indicios satisfactorios de que los trastornos y síntomas psiquiátricos estén causados por un desequilibrio químico, y ninguna prueba de que los fármacos psiquiátricos corrijan tal desequilibrio. Por lo que, en lugar propone:

[...] un modelo «centrado en el fármaco» que proporcione una perspectiva más convincente de la naturaleza de los fármacos psiquiátricos. De acuerdo con dicho modelo, los medicamentos psiquiátricos se ven como sustancias psicoactivas

cuyos efectos de intoxicación suprimen o enmascaran los problemas denominados trastornos psiquiátricos (Moncrieff, 2008: 157).

Los problemas principales que identifica Moncrieff en el modelo centrado en la enfermedad, tienen que ver con los efectos de los medicamentos psiquiátricos y la forma en la que se mercantilizan.

En cuanto a la difusión de los fármacos psiquiátricos, pone sobre la mesa los agentes que participan en los intereses, que hacen que ese modelo predomine.

En primer lugar, habla sobre el deseo de los psiquiatras de mantener su estatus científico entre las disciplinas médicas y, en segundo lugar, señala cómo las industrias farmacéuticas, desde que surgieron los primeros psicofármacos en 1950, encontraron una fuente económica inagotable. Por ello se han ignorado en mayor medida los efectos nocivos que tienen los fármacos psiquiátricos.

Dentro de los que se encuentran, solo por mencionar algunos de manera general:

- Reducción del movimiento físico
- Reducción del nivel de consciencia
- Aplanamiento o desinterés afectivo
- Somnolencia
- Entorpecimiento de la actividad mental
- Lentitud de pensamiento
- Disminución de la materia gris
- Fallas en la memoria
- Alteraciones cardíacas, entre otras afecciones meramente físicas dependiendo de la naturaleza del fármaco (2008:78-86).

Esa lista indica una serie de afecciones que conllevan los antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, etc., sin que claramente se expliquen esos efectos a los pacientes en el momento de indicarlos.

Moncrieff (2008) apela a una honestidad psiquiátrica (más que a la anulación de los medicamentos), que permita que el paciente pueda tomar una decisión más libre sobre su tratamiento puesto que “los medicamentos psiquiátricos no revierten las anomalías biológicas subyacentes, como afirma la perspectiva ortodoxa «centrada en la enfermedad»; de hecho, los fármacos crean una anomalía” y es esa anomalía es la que genera cambios conductuales.

Sin embargo, esa visión apegada al “modelo centrado en la enfermedad” está tan arraigada no solo en la psiquiatría, sino también la sociedad, por ejemplo, en el caso de las personas que son diagnosticadas con esquizofrenia se considera “inverosímil” que no sean tratadas con medicamentos, tanto en el campo de la psiquiatría como fuera de ella. E incluso, usualmente los mismos usuarios demandan de los psiquiatras un tratamiento químico para contrarrestar el sufrimiento que implica su condición o la de sus familiares. Esto no implica responsabilidad directa ni culpabilidad de ninguna de las partes, sino que se entiende como resultado no solo de un modelo médico hegemónico, sino de una cultura social y médica que se corresponden.

No obstante, lo que es importante señalar como parte de esta investigación, son otro tipo de posibilidades de intervención terapéutica, con base en un modelo distinto que favorezca la democratización del conocimiento, en lo que refiere al uso de fármacos en psiquiatría.

Moncrieff señala que existen diferentes alternativas de tratamiento que no necesariamente tienen que incluir psicofármacos, tanto en diferentes tipos de psicosis, como en otros diagnósticos psiquiátricos<sup>41</sup>. Por lo que “puede que las personas que se rehúsan al tratamiento (psicofarmacológico) a largo plazo o quienes deciden interrumpirlo, no se estén comportando irracionalmente como se cree por lo general, sino que podrían estar tomando una decisión perfectamente legítima y bien fundada” (Moncrieff, 2008).

El “modelo centrado en el fármaco” que propone Moncrieff invita a la democratización del conocimiento, pues sugiere que la relación entre el paciente y el prescriptor debería ser diferente. Los usuarios del servicio, sus amigos, familia y cuidadores no deberían limitarse a aceptar el diagnóstico del médico y el tratamiento que este considera adecuado. Deben preguntar y debatir con el médico acerca de qué estado inducido por el fármaco puede ser útil en su situación particular (2008). Así de manera autónoma el paciente podría decidir si consume o no un medicamento, reconociendo que hay personas en las que el dolor emocional o el cansancio mental es tan grande, que aceptarían sin reparo el letargo mental que implica callar las voces, las ideas intrusivas o disminuir el dolor que hacen al sufrimiento inconciliable. Si es el caso, habría que permitir que el propio usuario decida con autonomía si se medica o no.

Finalmente, esta visión no niega que en los trastornos mentales existan alteraciones cerebrales, sino más bien apela a que no existe ningún tratamiento tal

---

<sup>41</sup> El caso del Hospital Psiquiátrico de Asgard que apoyado por el Ministerio de Salud de Noruega, desde el 2017, tiene implementado en su modelo de terapéutico una vía de tratamiento para pacientes con diferentes diagnósticos incluidas las psicosis, en la que los usuarios no son medicados sino que se les trata con otro tipo de intervenciones.

que disminuya ningún síntoma por sí mismo, sino en cambio, lo que provocan es una mera intoxicación una “camisa de fuerza mental” (Moncrieff, 2008) por todos los efectos nocivos que los psicofármacos generan. Muchas veces esos efectos de sedación mental se confunden con una disminución de los síntomas o con una cura de enfermedad. En ese entendido, existen otros intentos dentro de la misma psiquiatría de plantear otras alternativas que recupere tanto el enfoque de construcción social, como el de los factores biológicos de la enfermedad mental: el enfoque integrativo, que se describe en seguida.

### 1.3 Concepción integrativa de la psiquiatría

El enfoque integrativo de la psiquiatría asume que la enfermedad mental puede tener influencias biológicas en casos específicos e incluso genéticas, pero que eso no determina el desarrollo de ésta, considera que lo que puede desencadenar un trastorno mental es el contexto social y cultural en el que la persona se desarrolla, que en ocasiones coincide con algún antecedente genético o biológico.

Esta visión es muy parecida de inicio a lo que Joanna Moncrieff defiende, sin embargo, la diferencia estriba en que en esta concepción se sigue pensando desde un modelo basado en la enfermedad, del cual se han discutido sus limitaciones.

Existen estudios que proponen incluso una ‘filosofía de la praxis psiquiátrica’; que de acuerdo con Ramírez-Bermúdez J, *et al.* tiene como primera fuente a la interdisciplina y la práctica clínica. (Ramírez-Bermudez, *et. al.*, 2017).

Por un lado, se continúa trabajando de la mano con las neurociencias y todo el aparato biotecnológico que esto implica en el establecimiento de diagnósticos -es decir, desde un modelo basado en la enfermedad- y, por otro lado, en la práctica

clínica se integran modelos terapéuticos como el psicoanálisis, la terapia cognitivo conductual, etc.

Esta concepción la conforman psiquiatras que están involucrados o formados no solo en psiquiatría sino también en algún tipo de terapia. Tal es el caso de la psiquiatra Maribel Rodríguez, de la Universidad Mística de Ávila, España, refiere que desde su formación como psiquiatra, pero también como psicoterapeuta, afirma que la psiquiatría integrativa deberá tomar en cuenta: la dimensión biológica y dentro de ella el cuidado del cuerpo y la medicación. La dimensión psicológica con la que se refiere meramente a la psicoterapia, la dimensión espiritual, que rescata la medicación y la contemplación (*mindfulness*), la dimensión social que integra el estudio de relaciones humanas, los aspectos culturales y sociales. Finalmente, para esta psiquiatra es importante considerar también la dimensión ambiental, es decir, la relación que establecen los individuos con la naturaleza y el medio ambiente<sup>42</sup>.

La propuesta integrativa de la psiquiatría se reconoce como una disciplina que aborda la complejidad de la enfermedad mental, sus posibles implicaciones biologicistas, pero también sus implicaciones culturales y la participación de todos los agentes que participan en la construcción de sus categorías. Más que un campo de conocimiento médico con un interés puramente científico se puede considerar como un cuerpo híbrido de carácter dinámico, atravesado por distintos saberes.

---

<sup>42</sup> Rodríguez, M. (2018). ¿Qué es la psiquiatría integrativa? Ampliando la mirada en la salud mental. Recuperado de: <https://maribelium.blogspot.com/2018/02/que-es-la-psiquiatria-integrativa.html>. (mayo, 2019)

Sin embargo, lo que se planteará en esta investigación es un enfoque como el integrativo aún no es suficiente para poder entender la complejidad del ser humano sufriente, puesto que esa visión continúa privilegiando solo el conocimiento especializado y no se plantea, como Moncrieff sugiere, un modelo que integre la agencia de los usuarios y no solo eso, sino que además se considere su experticia por experiencia como una fuente de conocimiento válida e integrada al cuerpo mismo de la psiquiatría.

## Capítulo II

### Marco teórico del caso de estudio

En este capítulo inicialmente se analizará el problema que implica categorizar en criterios (con pretensiones objetivas) aspectos tan complejos del mundo subjetivo (mental) para categorizarlos en enfermedades o trastornos mentales.

Utilizando el TLP como estudio de caso, se describirán sus características y trayectoria. Se puntualizarán, también, los criterios diagnósticos que constituyen al TLP para señalar la vaguedad su vaguedad y cómo ésta influye tanto en el diagnóstico diferencial como en la comorbilidad, que facilitan a falsos positivos. Para ello, se ha hecho énfasis en la propuesta de Wakefield (2018) sobre el concepto de *Harmfull Dysfunction* (disfunción dañina), a partir del cual se pondrá en cuestión las propiedades del TLP, con el objetivo de señalar cómo impacta su designación en las personas que son diagnosticadas sobre todo en términos de vivencia, identidad y elección de tratamiento.

De manera paralela, se discutirá sobre la forma que tiene la psiquiatría de clasificar en categorías psiquiátricas aspectos tan complejos como la subjetividad mental; para ello, se hará inicialmente un repaso de los antecedentes del DSM-5, al planteamiento de conceptos de salud y enfermedad en términos psiquiátricos y la forma en que influyen los factores sociales en la construcción de categorías como el TLP.

#### 1. Clasificar la subjetividad

El gran desafío al que se ha enfrentado la psiquiatría ha sido tratar de clasificar y objetivar la subjetividad, pues es uno de los aspectos más complejos cuando se pone en términos de categorías psiquiátricas. La subjetividad es uno de los

elementos que están intrínsecamente relacionados con la enfermedad mental, por lo que no es casual que al momento de crear categorías diagnósticas la psiquiatría se sumerja en un mar de enfoques teóricos y explicativos que pueden resultar contradictorios entre sí. Sin embargo, en el afán de dar objetividad a la subjetividad, la psiquiatría al igual que la psicología han diseñado instrumentos de medición como las escalas de Binet para medir la inteligencia, diversas pruebas para medir la personalidad, para señalar indicadores de daño orgánico cerebral, escalas de medición para la depresión, la ansiedad, el trastorno bipolar, etc.

### 1.1. Subjetividad e Instrumentos de medición

La intención principal de los instrumentos de medición, así como avances biotecnológicos (descritos en el capítulo I), ha sido dar objetividad al diagnóstico clínico tanto en psiquiatría como en psicología, puesto que los síntomas o señales de enfermedad mental, se conocen de primera mano por la narrativa del sujeto, que está impregnada de subjetividad, y aunado a eso, el proceso diagnóstico también está atravesado por la subjetividad del propio especialista que, además de un marco teórico, cuenta con sesgos personales que pueden intervenir en la interpretación de dichas narrativas.

Desde el DSM-III (1980) hasta el actual DSM-5 (2013), se han integrado para la evaluación diagnóstica formatos de entrevista estandarizados y escalas de funcionalidad, por ejemplo, en el DSM-5 la escala utilizada para evaluar la funcionalidad de las personas es el WHODAS 2.0<sup>43</sup> (cuestionario para la evaluación

---

<sup>43</sup> WHODAS 2.0 es un instrumento de evaluación genérico y práctico, que puede medir la salud y la discapacidad en la población y en la práctica clínica. WHODAS 2.0 capta el nivel de funcionamiento en seis dominios de la vida (3): • Dominio 1: Cognición – comprensión y comunicación • Dominio 2: Movilidad –

de la discapacidad); se considera sustituto del diagnóstico multiaxial. Sin embargo, sería ingenuo pensar que con ese solo instrumento y aplicación de criterios, es suficiente para eliminar la subjetividad del proceso diagnóstico totalmente; por ello, es importante desarrollar con más cuidado el tema y el por qué resulta tan complejo.

El problema de la subjetividad dentro de la filosofía se puede encontrar en diversas discusiones, desde el personalismo, la filosofía de la religión, feminismo, fenomenología etc. como un término que permea el concepto de persona, de identidad y que está presente en las teorías del Yo. Sin embargo, se ha elegido el uso socio-antropológico del término ya que recupera la conexión de la subjetividad con la cultura y con lo social, como algo que antecede al individuo, como se deja ver enseguida:

la subjetividad es un medio por el cual los sujetos pueden ser captados como tales en su integridad vital y existencial. No obstante, no se puede entender meramente como una cuestión esencialista como algo inmaterial que emana de las personas por sí mismas, sino como algo que es parte del individuo en su relación con la cultura y su conexión con los demás (Paula Sibilia, 2008, p. 20).

Desde esa perspectiva, la subjetividad no es algo que pertenece solo al individuo, sino que es parte de una red que se entreteje socialmente a través de la historia.

---

movilidad y desplazamiento • Dominio 3: Cuidado personal – cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer, y quedarse solo • Dominio 4: Relaciones – interacción con otras personas • Dominio 5: Actividades cotidianas – responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo y escuela • Dominio 6: Participación – participación en actividades comunitarias y en la sociedad. (OMS. 2015).

La subjetividad de acuerdo con Sibilía, se puede abordar desde tres grandes dimensiones: la que da cuenta de lo singular, se enfoca en el análisis de la trayectoria personal de cada sujeto como único e irrepetible la dimensión universal que engloba las características del ser humano como especie y una dimensión particular que se encuentra entre las dos primeras, que busca detectar los elementos comunes a algunos sujetos, pero no necesariamente inherentes a todos los seres humanos; dentro de los que se considera los elementos culturales, históricos, políticos, económicos que promueven las diversas formas de estar y de ser en el mundo (Sibilía, 2008).

Para la autora, la tercera de esas dimensiones es la que vale la pena discutir, por su complejidad que señala un engranaje de una subjetividad construida por diversas esferas que se sitúan en un tiempo y un espacio. En este entendido, se podría plantear la dificultad que refiere al intento de dar objetividad a la subjetividad, cuando está inmersa dentro de un sistema de fenómenos interdependientes.

Tanto en el caso de la psicología como de la psiquiatría, se han tratado de generar herramientas que ayuden a clarificar el funcionamiento de ese engranaje, la cuestión es que ambas se han quedado sólo en el nivel de la primera dimensión; en donde el estudio de la subjetividad se deja en el marco de individuo como objeto único, y, si bien hay un reconocimiento de las cuestiones culturales e históricas, lo que apremia en el establecimiento del diagnóstico clínico es la individualidad y en el mejor de los casos, la forma en la que el sujeto se concibe a sí mismo en su relación con los demás. De ahí que los criterios para dar objetividad a lo que se

nombrada “enfermedad mental” frecuentemente sean insuficientes, debido a la vaguedad de los términos utilizados en los instrumentos de medición como el caso del WHODAS 2.0. Integrado al DSM 5.

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
<b>Comprensión y Comunicación</b>						
D1.1	<u>Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.2	<u>Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.3	<u>Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.4	<u>Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.5	<u>Entender en general lo que dice la gente?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.6	<u>Iniciar o mantener una conversación?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
<b>Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)</b>						
D2.1	<u>Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.2	<u>Ponerse de pie cuando estaba sentado(a)?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.3	<u>Moverse dentro de su casa?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.4	<u>Salir de su casa?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.5	<u>Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Imagen tomada del cuestionario para la evaluación de discapacidad WHODAS 2.0

Escalas y pruebas de ese estilo no dejan la posibilidad de que las personas contesten de una manera más precisa y detallada lo que se les pregunta, por ejemplo, de la capacidad para “moverse en su entorno” una de las preguntas como se aprecia en la imagen es ¿Cuánta dificultad ha tenido para moverse dentro de su casa? La pregunta en sí misma es vaga, moverse en qué sentido, si la persona que contesta a esa pregunta vive en hacinamiento, podrían contestar en la escala de severa, sin embargo, la causa no es interna, sino se debe a una situación

socioeconómica que le imposibilita tener más libertad de movimiento. Así podríamos revisar cada una de las preguntas del cuestionario y seguramente encontraríamos graves problemas de vaguedad y ambigüedad.

De manera que este tipo de escalas o cuestionarios, junto con la construcción de manuales diagnósticos como el DSM 5 o el CIE 10, si bien pretenden objetivar el diagnóstico en la práctica clínica, están muy lejos de lograrlo.

En relación con ello, cabe discutir como se hará en el siguiente apartado la forma en que algunos autores como Ian Hacking sugieren respecto a la emergencia de categorías psiquiátricas que por un lado, no existe una conciliación homogénea en el mundo “psi” para nombrarlas (trastornos o enfermedades) y por otro lado, el señalamiento de condiciones mentales históricas o temporales.

## 1.2. Hacer personas: la construcción de categorías psiquiátricas.

La idea de construcción de categorías ha generado interés en diferentes disciplinas, en el caso de la Filosofía de la Ciencia, Ian Hacking ha sido uno de los interesados en estudiar la construcción de categorías psiquiátricas, tratando de considerar muchos de los aspectos de la subjetividad.

Hacking parte esencialmente de una idea de construcción que no invalida la existencia, ni lo real que pueden resultar dichas categorías, sino de los contextos históricos culturales en los que éstas surgen. Además, apela a un realismo científico que no corresponde a la dimensión biologicista y reduccionista, sino un a realismo que no está desconectado del contexto social y cultural, ni del momento histórico en el que surge una enfermedad mental, ni de la subjetividad del individuo

mismo que es diagnosticado, es decir, recupera la ontología de la enfermedad mental.

En *Historical Ontology* subraya la forma que tiene el diagnóstico de “hacer/construir personas”, esa propuesta está influenciada por Michel Foucault quien en *Las palabras y las cosas* (1966) hacía referencia a la propia insuficiencia de las palabras al nombrar las cosas (objetos, sujetos, animales, plantas, etc.), pues señala que en una sola palabra no cabe lo que se puede decir sobre lo que una cosa es. Hacking mostró especial interés en esa apreciación foucaultiana puesto que de la misma manera, señala que si bien es importante nombrar (a través de las palabras) una cosa, persona o fenómeno para que exista, el nominalismo no es suficiente, se necesita además de ello, las condiciones de posibilidad y el reconocimiento del contexto socio histórico que le da el contenido y significado a aquello que se nombra. Como lo indica en el caso de las “enfermedades transitorias” por las que mostró especial interés.

“Por una enfermedad mental transitoria, me refiero a una enfermedad que aparece en un momento, en un lugar y luego se desvanece. Se disgrega de un lugar a otro y aparece de vez en cuando [...] No quiero decir que se vaya este o aquel paciente, sino este tipo de locura surge en ciertos momentos y lugares”<sup>44</sup>

(Hacking,1998).

En *Mad Travelers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illnes* Hacking (1998) se concentró en el estudio de dos categorías: *mad travelers & multiple personality disorder*, para entender su nicho ecológico señala la importancia de

---

<sup>44</sup> (La traducción es propia).

reconocer cuatro vectores en relación de cómo se construyen las categorías por un lado y a las personas por otro.

Dichos vectores apuntan a diferentes direcciones y determinan la aparición y evolución de las categorías.

- 1) Vector lingüístico: consiste en que “la enfermedad” debe encajar en algún sistema taxonómico, ocupando un lugar específico en el contexto de una determinada clasificación monográfica ya establecida, debe poder ser nombrada y reconocida, de acuerdo con el lenguaje científico en uso.
- 2) Vector de polaridad cultural: la enfermedad debe ubicarse entre dos elementos, entre dos polos culturales antitéticos; lo malo y lo bueno, el vicio y la virtud, siendo a la vez objeto de admiración colectiva y testimonio de un comportamiento degradado que crea inquietud o repulsión.
- 3) Vector de observabilidad: la enfermedad ha de ser “visible” o identificable como desorden y/o como sufrimiento, como ‘comportamiento patológico’ en suma tanto para los expertos como para la población en general.
- 4) Vector de liberación- agregación: dicho comportamiento patológico debe permitir lograr ciertos objetivos vitales que sería imposible alcanzar de una manera normalizada, lo que ayudaría al reclutamiento social de los individuos que padecen la enfermedad. (Huertas, 2011, p. 445).

El primer vector, pertenece al modelo médico [hegemónico] en el que los expertos certificados<sup>45</sup> son los encargados de darle un nombre a los fenómenos de la

---

<sup>45</sup> Para la elaboración del DSM-IV, se conformaron 13 grupos de trabajo, responsables cada uno de una sección del manual. Cada grupo estuvo constituido por 5 o más miembros, y sus opiniones eran analizadas por entre 50 y 100 consejeros (representantes de un amplio abanico de perspectivas y experiencias). Los grupos informaban a un comité elaborador, que constaba de 27 miembros (muchos de los cuales también presidían algún equipo particular). Recuperado de: [https://es.wikipedia.org/wiki/Manual diagn%C3%B3stico y estad%C3%ADstico de los trastornos mentales](https://es.wikipedia.org/wiki/Manual_diagn%C3%B3stico_y_estad%C3%ADstico_de_los_trastornos_mentales)

subjetividad. Por medio de una taxonomía intentan determinar criterios o características que describen lo normal o anormal de lo mental y, al clasificarlo como parte de su taxonomía, los ubican en el plano de la enfermedad de manera biologizada. Para esos fines, en el caso de la psiquiatría, la taxonomía que se utiliza para clasificar se compila en manuales como el CIE-10 (Clasificación Internacional de las enfermedades propuesta por la OMS), el DSM-5, la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (APAL, 2012), etc.

Respecto al vector de polaridad cultural, los criterios de normalidad y anormalidad se enmarcan no solo en lo biológico, sino en parámetros que no son exclusivamente médicos o psiquiátricos, sino también sociales, culturales con una carga de juicio moral; en tanto que, la definición del comportamiento deseado o indeseado se conecta de manera directa con estereotipos y parámetros socialmente establecidos. Así, las categorías que surgen dentro de la psiquiatría también son inherentes a los sistemas simbólicos de la cultura.

El tercer vector apela a la *observabilidad*, que en el plano de la enfermedad física puede ser más manejable, pues la mayoría de las veces el signo localizado da pie a una evidencia que justifica el diagnóstico. En el caso de las enfermedades mentales, son el discurso, el comportamiento "errático" comparado con los parámetros sociales de comportamientos deseados, las emociones desbordadas, las percepciones alucinatorias, etc., los indicadores que funcionan como rasgos de enfermedad mental.

En general, la descripción de los vectores que señala Hacking, constantemente se cruzan y no se pueden entender por separado, sino que forman parte de un mismo *nicho ecológico*.

Una de las críticas al trabajo de Hacking radica en el concepto de “desaparición” de algunas categorías psiquiátricas, de acuerdo con Rafael Huertas una cosa es que una categoría cambie su denominación o se transforme por efectos de su uso y otra que desaparezca, advierte que la *monomanía*, que era entendida como una *obsesión*, es decir, una idea determinada que aparece de manera recurrente, ya no aparece más en los manuales diagnósticos de la psiquiatría; sin embargo, se transformó en delirio paranoico. Es decir, no es que la categoría haya desaparecido, sino simplemente cambió de nombre, como una evolución del concepto (Huertas, 2011).

Otro ejemplo de ello es la Histeria como una categoría que no desapareció, sino que se transformó en lo que se conoce como Trastorno histriónico de personalidad, así también, los propios ejemplos de Hacking el trastorno múltiple de la personalidad desaparece del DSM-IV pero lo sustituye otra categoría que es la de Trastorno de identidad disociativa.

Hacking (1998) propone, en cambio, que la interpretación fuerte de su argumento sobre el concepto de “desaparición”, se relaciona con trastornos que categóricamente desaparecen del lenguaje de la psiquiatría, es decir, son categorías eliminadas de su nosología. Afirma que categorías que suplantán a las anteriores, ya son en efecto otras, aunque compartan características similares su nicho ecológico es distinto, por lo tanto, no se pueden comparar.

Más adelante, lo que propone Hacking es reconocer la *ontología histórica*, esto es, examinar “las formas en que surgen en la historia las posibilidades de elección y de ser <sup>46</sup>”. (Hacking 2002, p. 23). Es decir, las condiciones o los criterios que permiten

---

<sup>46</sup> La traducción es propia.

“hacer personas”, tanto las disposiciones contextuales o nicho ecológico, como la propia forma en que los individuos se narran y se conciben a sí mismos.

De esa manera, la discusión que Hacking emprende, al postular una clasificación de la enfermedad mental y su aplicación, pueden provocar en las personas un fenómeno de *looping effect*. Es decir, tal como lo señala Z. Yébenes (2014) *la manera de ser y de actuar, la subjetividad y las acciones de los individuos diagnosticados, no son independientes de cómo son descritas y clasificadas [...] las interrelaciones entre la gente y las formas en que la enfermedad mental es clasificada. De manera que los individuos al ser diagnosticados reaccionan a la categoría psiquiátrica tienden a conformarse, a permanecer incluso a creer, en el ámbito clasificatorio en el que han sido descritas o diagnosticadas (Yebeenes, 2014). Modificando su conducta e incluso adaptando su narrativa a ella en forma de un looping-effect.*

Uno de los casos que Hacking toma como ejemplo es el de la homosexualidad, puesto que la forma en la que se viven muchos homosexuales en el siglo XXI dista mucho de la que asumían en siglos anteriores, en los que incluso -la homosexualidad- era considerada como una enfermedad mental.

Asimismo, además de la condición de tiempo, el autor señala las condiciones de posibilidad del espacio o geográficas, pues no es lo mismo ser homosexual en Pakistán, en Irak, en la India, que en Canadá o México, etc., en cada país la persona homosexual se vive con diferentes posibilidades, la cuales se determinan en marcos no solo de aceptación social, sino también legal, que al mismo tiempo genera a que una categoría se actualice.

Entonces, la idea de *looping effect* es un tipo de interacción dialéctica que se da en ese contexto socio-histórico entre las clasificaciones y qué o quiénes somos. Particularmente, señala las interrelaciones de las personas que participan en la construcción de las categorías, las personas nombradas, pero también las instituciones como agentes que tienen un papel determinante en ese proceso. Ahora bien, como parte de la dinámica de la creación de categorías y la creación de personas, Hacking señala una serie de “motores” que hacen posible el engranaje que constituye el nicho ecológico: 1) contar, 2) clasificar, 3) crear normas, 4) correlacionar, 5) medicalizar, 6) biologizar, 7) generalizar, 8) normalizar, 9) burocratizar y 10) recuperar nuestra identidad (Hacking, 2006).

El primer aspecto, literalmente hace referencia al conteo de cifras de personas con algún padecimiento como la obesidad, el autismo, el TLP, etc. es decir, cuantas personas de una población se pueden nombrar bajo esas categorías.

El segundo hace referencia a los sistemas de medición, escalas, parámetros o métricas que indican criterios de enfermedad de manera “objetiva”, por ejemplo, los parámetros de índice de masa corporal (IMC) en los obesos, o en el caso de los trastornos de personalidad, valoraciones propuestas en el DSM-5 como la valoración basada más en conductas que en rasgos o disposiciones a través de entrevistas estructuradas, tales como el SCID-II (Spitzer, Williams y Gibbon, 1989) y el IPDE (Loranger, 1995) en conjunto con algunas pruebas de personalidad (Esbec, Echeburúa, 2014).

El tercer punto “crear normas”, hace referencia al establecimiento de criterios, entre lo normal y lo patológico, que se desprenden de la desviación de la norma. El cuarto punto señala la creación del coeficiente de correlación de Francis Galton en

1870 y la afirma, cómo a partir de ello, se crea la posibilidad de señalar relaciones causa efecto justificadas en el marco de lo científico.

El quinto motor, la “medicina clínica” que favorece la medicalización de cuestiones que antes no se consideraban enfermedad, por ejemplo, en la obesidad.

El sexto y el séptimo biología y genética, ambos relacionados, en tanto que ponen en escena a la “desviación encarnada”, la enfermedad como parte del cuerpo o de la herencia genética, afirma Hacking “uno de los grandes beneficios morales de la biologización es que libera a una persona de su responsabilidad. Si comer en exceso se atribuye a un desequilibrio químico, deja de ser un defecto moral” (2006, p.6).

El siguiente motor de normalización, es la tendencia a partir del aparato de terapias psiquiátricas, terapéuticas, etc. tratar de que la desviación vuelva a la “normalidad”.

El penúltimo “la burocratización, denota la manera en que se institucionalizan las categorías y son validadas en el marco de la certificación.

El último motor, señala la participación de las personas nombradas, son ellas para Hacking quienes completan el bucle.

En ese sentido Hacking asume el peso que tiene la sociedad en la construcción de ciertas categorías sobre enfermedades psiquiátricas y no psiquiátricas, todos los aspectos señalados forman parte del nicho ecológico. Con ello, Hacking señala cómo a pesar de que una categoría puede ser construida socialmente, eso no implica que no exista, reconoce de esa manera, no solamente, una postura realista de esta cuestión, sino también una ontología histórica de su construcción (Hacking, 1999).

Si bien Hacking delimita los elementos que conforman la construcción de categorías, es pertinente identificar a los actores que participan de ello en el nivel institucional y en esta investigación se ha puesto especial atención al gremio de la psiquiatría. La pregunta que interesa desarrollar ahora es ¿cómo los psiquiatras señalan categorías? ¿Qué sucede cuando se transforma una narrativa en un cuadro clínico? Declaraciones como: ‘estoy muy triste, tengo un sentimiento de vacío, de soledad’ etc. ¿en qué momento se traducen al plano de la enfermedad? ¿cómo medir o traducir la tristeza, el vacío, la soledad? Si para Hacking, parte importante de la creación de categorías, son los instrumentos de medición [científica] ¿cuáles son esos parámetros de medición y objetividad en la psiquiatría?

Como ya se ha descrito, ha habido intentos de la Psicología específicamente a través de la psicometría y, dentro de la Psiquiatría las escalas diagnósticas, que tienen la finalidad de clasificar y medir la subjetividad, es decir, dar objetividad a la subjetividad<sup>47</sup>. El emitir un diagnóstico (guiado por ese tipo de escalas, técnicas psicométricas y en mejores circunstancias por una entrevista), refiere al cuarto vector, de la propuesta de Hacking, que es de *liberación-agregación*. Es en éste, que se concreta y delimitan los criterios para definir si una persona está dentro o fuera de las categorías nombradas.

Allan Frances (2014) psiquiatra ex-miembro del comité organizador del DSM-IV y DSM-IVTR, cuestionó la forma en la que se determinan los criterios de enfermedad mental y calificó el proceso de arbitrario y poco objetivo. Al ser publicada la quinta

---

<sup>47</sup> Se pueden encontrar escalas para medir los niveles de depresión como la [Escala de Hamilton para la depresión](#), el [Inventario para la ansiedad de Beck](#), el [Examen internacional de los trastornos de la personalidad](#), etc.

versión del DSM, Frances tomó una postura crítica que publicó en un libro *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría* en el que ofrece un análisis sobre los procesos de elaboración de categorías en psiquiatría y la tendencia al reduccionismo biológico.

Para Frances esa visión única visión de la enfermedad mental es obsoleta, pues pretende reducirla solo al buen o mal funcionamiento del cerebro, cosa que ha sido muy discutida y difícil de aceptar como única causa.

El hecho de aceptar el sustrato biológico como lo más importante, en el caso de la enfermedad mental, impide el avance de otro tipo de investigaciones basadas en modelos alternativos en psiquiatría. Sin embargo, Frances no niega que lo biológico sea importante, pero al igual que Joanna Moncrieff admite que hay muy pocas investigaciones que realmente cumplan con los criterios de validez respecto a las causas biológicas de la enfermedad mental.

Respecto a ello, J. Moncrieff (2018) analiza un estudio publicado por la revista *The Lancet* en 2016: *Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis*, que aparentemente "resuelve las dudas" sobre el funcionamiento y eficacia de los antidepresivos. En dicho artículo, la autora identifica diversas inconsistencias y lo describe como una estrategia de mercadotecnia, desde el nombre mismo, que favorece a las farmacéuticas más que a los usuarios, señalando lo siguiente:

- 1) El estudio incluye personas que ya tomaban o han tomado antidepresivos y eso puede aumentar su efecto respecto al placebo.

2) El análisis consistió en comparar las tasas de "respuesta" entre las personas que toman antidepresivos y las que toman placebo. Pero la 'respuesta' es una categoría artificial que se basa en la Escala de calificación de Hamilton para la depresión (HRSD) de uso común. Refiere que el análisis de categorías aumenta las diferencias. Cuando se comparan las puntuaciones reales [de dicha escala], las diferencias son triviales, suman alrededor de 2 puntos en la HRSD que tiene una puntuación máxima de 54. Es poco probable que estas diferencias sean clínicamente relevantes.

3) Las investigaciones que comparan los puntajes de HRSD con puntajes en una calificación global de mejora sugieren que tal diferencia ni siquiera se notaría, y necesitaría una diferencia de al menos 8 puntos para registrar una "mejoría leve".

4) El análisis se realiza en un periodo de ocho semanas, cuando las personas suelen utilizar antidepresivos por más de dos meses e incluso años.

5) El análisis no tiene la capacidad de mostrar los efectos secundarios del uso de antidepresivos a largo plazo. (Moncrieff, 2018).

De esta manera la autora advierte sobre la forma sesgada que tienen muchos de las investigaciones referentes a la biologización de las enfermedades mentales como la depresión, la ansiedad o la esquizofrenia.

Por otro lado, Frances (2014) problematiza cómo los niveles de inteligencia y sus categorías, se pretenden medir e interpretar bajo los criterios de pruebas psicológicas estandarizadas que indican los niveles de normalidad en el coeficiente intelectual (C.I.). Esas pruebas tienen una intención de objetivar el nivel intelectual, pero a pesar de sus altos estándares de control en cuanto a validez y confiabilidad, tienen graves problemas. El más importante es que a pesar de que puedan emitir

un rango de C.I. determinado -normal, superior o por debajo de la media- no puede afirmar casi nada de quien ha sido clasificado. Sin embargo, de manera más específica el problema que quizá sea más importante en el ejemplo que usa Frances, es que en realidad cuando se habla de capacidad intelectual como algo genéticamente heredado, en realidad a lo que lleva con más facilidad es a reforzar dinámicas de estigmatización de lo que se espera de una persona con un C.I. de 70 que equivale a un nivel medio bajo, a una con un C.I. De 120 que indica un nivel Superior de inteligencia.

En realidad, esos parámetros nos dicen poco sobre la funcionalidad de las personas, o sobre cómo solucionan los problemas en la vida cotidiana; tampoco, dice nada sobre su adaptación social, o de los logros que podrían o no, alcanzar. Es decir, aunque las investigaciones afirmen que el C.I. está biológicamente heredado, en niveles de funcionalidad o de adaptación a la realidad no determina ni la toma de decisiones ni quién es o qué puede hacer una persona.

De la misma forma, Frances critica fuertemente los criterios que se utilizan para jerarquizar y clasificar la enfermedad mental y los instrumentos que se desarrollan para ello. A pesar de haber contribuido a la construcción del DSM-IV, le genera preocupación enmarcar a las personas en términos de normalidad y anormalidad como si se tratara de una fórmula matemática.

Ubica actualmente dos sistemas de diagnóstico el DSM-5 (traducido en 22 lenguas) y la CIE-10<sup>48</sup> desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), traducido en 42 lenguas. Ambos manuales en realidad son muy parecidos respecto

---

<sup>48</sup> Clasificación internacional de enfermedades en su décima versión.

a los diagnósticos de trastornos mentales, pero a pesar de ello el DSM ha sido el sistema más utilizado en la investigación y en el trabajo clínico (Frances, 2015).

Para Frances esa pretensión de clasificación y medición del comportamiento de la psique humana no lleva más que a la patologización de la humanidad pues ese tipo de medidas son formas de generalización que no abarca la complejidad de la enfermedad

no dispondremos de indicadores biológicos para trazar la línea divisoria entre normalidad y trastorno mental hasta que entendamos los innumerables mecanismos que provocan las diferentes formas de patología. No habrá un Newton, un Einstein o un Darwin que aporte una teoría biológica unificadora al respecto, sino solo pacientes científicos trabajando durante décadas para dilucidar una minúscula parte de un enorme rompecabezas de un billón de piezas” (Frances, 2015, p. 41).

Como se puede apreciar, el autor refleja un gran escepticismo respecto a que se logre trazar una línea clara entre normalidad y enfermedad mental. A pesar de los trabajos e investigaciones que se puedan realizar, parece que no han sido suficientes para explicar el surgimiento de la enfermedad mental solo con medidas que responden a estándares biológicos.

Más adelante, afirma que en la actualidad cuanto mayor sea el número de especialistas en salud mental, mayor será el número de condiciones vitales que serán consideradas como trastornos. Es decir, entre más especialistas existan, más posibilidades de diagnosticar puede haber y, por lo tanto, existirán más personas que se identifiquen con dichos diagnósticos. Lo que, por otro lado, deja abierto el asunto de si entonces, la subjetividad del especialista influye de alguna manera, o no, en el señalamiento y construcción de los trastornos mentales.

Hasta aquí, vemos la preocupación de los mismos especialistas que encuentran grave realizar esa extensión del concepto de enfermedad, pues de acuerdo con Frances, es probable que la mayoría de las personas se puedan considerar insanas y por lo tanto necesitadas de un tratamiento.

Uno de los datos interesantes que se encuentran en el texto de Frances, es que a causa de lo que llama “inflación diagnóstica” un excesivo número de personas ha pasado a depender de el uso de medicamentos psicotrópicos. Señala que una de cada cinco personas en EE. UU. consume al menos uno de ellos, provocando que el 6% de la población en ese país sea adicto a ese tipo de sustancias a causa de una diagnosis demasiado vaga<sup>49</sup>.

En esa línea de análisis se puede rastrear ese incremento de categorías que desde el siglo XIX se han enmarcado en nosologías de los manuales diagnósticos<sup>50</sup> que influidos por el sistema de clasificación de E. Kraepelin (1889) se han desarrollado. Este psiquiatra reconocido como el padre de la psiquiatría por su publicación *Manual de Psiquiatría*, estableció un sistema para constituir grupos de pacientes con sintomatología homogénea que constituían un síndrome. Siguiendo el sistema

---

<sup>49</sup> Esa evidencia, para el autor, ha sido suficiente para problematizar el aumento de categorías psiquiátricas, que desde el siglo XIX se han multiplicado, puesto que en dicha inflación se encuentra un factor facilitador importante que predispone a la medicación y al consumo abusivo de los fármacos (Frances, 2014), motivo por el cual en esta investigación también se dio lugar al análisis de las dinámicas que establecieron los usuarios de los servicios de salud mental con el uso de medicamentos.

<sup>50</sup> Además del sistema krapeliano la Clasificación Internacional de Enfermedades(CIE-10) también fue precursora del DSM. La CIE-10 tiene su origen en la «lista de causas de muerte», cuya primera edición la realizó el Instituto Internacional de Estadística en 1893 y la OMS se hizo cargo de dicha lista en la sexta edición de 1948. En materia de enfermedades mentales, esta clasificación fue casi desplazada después de la segunda guerra mundial (sin que se haya dejado de utilizar) sobre todo en Latinoamérica, ante el arribo y la presencia del DSM-I, publicado por la American Psychiatric Association (APA) en 1952 (Del Barrio, 2009).

krapeliano Benjamin Rush, así como de los hermanos Menninger, dieron a luz al primer DSM (Wolfe, 2015).

Ahora bien, una de las aristas de ese tipo de clasificación en psiquiatría es que trata de simplificar o reducir la complejidad de la vida mental que está formada por la subjetividad, intersubjetividad, lo social, lo cultural, lo histórico, socioeconómico, etc., es decir, la clasificación de trastornos en estos manuales queda reducida a una descripción meramente óptica<sup>51</sup>, es decir, que no recupera suficientemente los fenómenos que pueden determinar el sufrimiento mental.

Por otro lado, la clasificación específicamente en el ámbito de la psiquiatría, en tanto representante de un modelo médico hegemónico, como lo infiere Menéndez (2020) llevan a simplificar y opacar parte de las complejidades de los procesos de salud-enfermedad.

El asunto es que para clasificar la subjetividad misma, el mundo interno de los individuos, ese espacio de lo privado, en tanto es cruzado por una historicidad, el contexto social, cultural, de la aprehensión y capacidades interpretativas individuales, etc., los manuales resultan ser insuficientes. Sin embargo, se utilizan y no se puede obviar la importancia que han tenido -mayormente el DSM- en las prácticas de médicos psiquiatras, por ello, en el siguiente apartado se hace un recorrido de los cambios y modificaciones de sus diferentes ediciones.

---

<sup>51</sup> El sentido de lo óptico que se recupera de la distinción heideggeriana, en este aspecto hace referencia a la forma descriptiva que -no solo la psiquiatría- sino que es característico de otras ciencias, señalan el mundo y al ser en el mundo solo de una manera clasificatoria y que si bien ayuda a nombrar las cosas, no alcanza solo nombrarlas para su comprensión. Heidegger en el apartado 3. "La primacía ontológica de la pregunta por el ser" explica que aunque un sistema disponga de una riqueza de categorías, es ciego y contrario a la finalidad de la comprensión del ser (1917/2018).

## 2. Antecedentes del DSM-5

En esta sección se realizará una breve reseña de los antecedentes y desarrollo de las distintas versiones del DSM, con la finalidad de que el lector identifique cómo - desde sus inicios- se han originado disidencias y contradicciones entre los propios especialistas. Lo cual evidencia el señalamiento de Hacking, sobre la forma en que las categorías se transforman con el tiempo y son entendidas de maneras distintas. Además, se hará especial énfasis -recuperando el señalamiento de Frances- en la forma en que han cambiado y aumentado las categorías psiquiátricas, en cómo ante la pretensión de limpiar de aspectos “subjetivos” a dichas categorías se comenzaron a desarrollar descripciones ateóricas del malestar mental.

En consecuencia, se marcó una clara división entre la Psiquiatría y el Psicoanálisis, lo cual es de relevancia para indicar, por una parte, que existen distintas formas de entender y tratar a las afecciones mentales por ejemplo como el TLP y, por otra, que estas diferencias descriptivas y conceptuales tienen efectos en la forma en que son nombradas las personas que acuden a los especialistas en salud mental.

Aunque, la literatura a cerca de la historia del DSM es basta, se ha distinguido aquí el trabajo de Edward Shorter por su cuidadosa investigación y la actualidad de los datos que proporciona.

### 2.1. Historia del DSM y la aparición del TLP.

En *History of DSM* (2013) E. Shorter hace referencia que en la clasificación de enfermedades mentales, existe un principio que se encuentra detrás de la creación de la nosología psiquiátrica, que es el lema "sin diagnóstico no hay tratamiento", esa afirmación está soportada en una noción de autoridad epistémica, que defiende la intención de tratar las dolencias y la forma para alcanzar esa meta

consiste en que un grupo de expertos crea diferentes indicadores para cada grupo de enfermedades.

Las series del DSM, de acuerdo con el autor, se basan en esa tradición autoritaria más que por consenso entre experticias (certificadas y por experiencia). Esa manera autoritaria de construir un conocimiento tan complejo e inacabado, refuerza la idea de Menéndez (2020) de cómo la psiquiatría busca legitimación a partir de estigmatizar o excluir otras formas de entender el fenómeno de lo mental -no científicas- que pueden incluir otras disciplinas e incluso las experticias por experiencia. Tal fue el caso de la exclusión de la jerga psicoanalítica que se hace manifiesta en el DSM-III.

Como un ejemplo del autoritarismo epistémico Shorter refiere cómo Menninger - encargado del departamento de psiquiatría de la armada de Estados Unidos durante la segunda guerra mundial-, publicó, sin consultar a nadie, una lista de diagnósticos psiquiátricos llamada “boletín técnico médico N° 203”. Esa lista tenía un fuerte enfoque Freudiano y su eje fundamental giraba alrededor de la condición ansiedad inconsciente y en cómo en ésta operaban los mecanismos de defensa<sup>52</sup> en las afecciones neuróticas. Kraepelin adhiere a esa lista diferentes tipos de “psicosis”, todo aún en el marco de la teoría psicoanalítica.

---

<sup>52</sup> Los mecanismos de defensa son diferentes tipos de operaciones yoicas que tienen como finalidad de liberarse de la incompatibilidad del yo con una representación [angustiante]. En el estudio de los mecanismos de defensa que hace Anna Freud se encuentran: la represión, regresión, aislamiento, formación reactiva, proyección, introyección, sublimación, etc. (Laplanche y Pontalis, 1983, p. 222).

Después de 7 años la lista de Menninger pasó a formar parte de la primera publicación del DSM-I en 1952 (Shorter, 2013) a la que en 61 años le han seguido otras 6 ediciones<sup>53</sup>.

En 1968 se publicó el DSM-II, casi al mismo tiempo que la publicación de la Clasificación Internacional del Enfermedades en su octava edición (CIE-8); en el DSM-II creció la influencia del psicoanálisis y el comité organizador se consideraba el grupo de neokraepelianos: Ernst Gruenber profesor de la universidad de Columbia, el psicoanalista Lawrence C. Kolb director del instituto psiquiátrico de Nueva York y la psicoanalista Henriette Klein formaron conjuntamente el comité de clasificación (Del Barrio, 2009).

Los cambios del DSM-I al DSM-II no fueron significativos, puesto que ambos manuales se sostenían en la teoría psicoanalítica, se conservó la condición de neurosis histérica, la neurastenia pasó a ser neurosis neurasténica y las llamadas "reacciones esquizofrénicas" pasaron a unificarse en un solo término "esquizofrenia"<sup>54</sup>.

En estos dos manuales la depresión se planteaba de dos formas; desde la visión Kraepelliana, la enfermedad maniacodepresiva, fue considerada como trastorno afectivo mayor, como parte de la esquizofrenia. Lo cual significó que se tomaran en cuenta dos polaridades de la depresión, lo que dio pie a la melancolía bipolar y unipolar que se agrupaban conjuntamente. Por otro lado, la depresión neurótica era

---

<sup>53</sup> DSM-II (1968), el DSM-III (1980), el DSM-III-R (1987), el DSM-IV (1994) y el DSM-IV-TR (2000) y DSM 5 (2013).

<sup>54</sup> Shorter. *op. cit.* p. 7

parte de las neurosis, junto con la neurosis fóbica, la neurosis obsesivo-compulsiva, etc.<sup>55</sup>.

Ante la inconformidad de los miembros del comité sobre la prevalencia de conceptos psicoanalíticos que predominaban en los dos primeros manuales, rápidamente se comenzó a pensar en un manual que fuera ateórico, apelando a la falta de objetividad del psicoanálisis en la clasificación de enfermedades. Entonces se propuso un nuevo comité liderado por Robert L. Spitzer. A partir de entonces, una de las categorías que más se discutió fue la de esquizofrenia, pues se consideraba que estaba sobre utilizada, sobre todo por su relación con el diagnóstico “maniacodepresivo”. Lo que se notaba era según Spitzer era mucha ignorancia.

Así que, tras una revisión libre de la teoría psicoanalítica, se publicó el DSM-III en 1980. Fue en la conferencia “*The Psychobiology of Depressive Illnesses*” impartida por Katz. M. jefe de la clínica de investigación del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) que se dio un giro a décadas en las que predominó el psicoanálisis en la psiquiatría. Esta versión hacía énfasis en el origen biológico de la depresión<sup>56</sup>. Los objetivos que tenía esta edición eran: expandir el uso del DSM a todos los profesionales, diferenciar los niveles de severidad de los trastornos, mantener la compatibilidad con la CIE-9 editado en 1978, establecer criterios diagnósticos con bases empíricas y evaluar las quejas emitidas por profesionales y pacientes representativos<sup>57</sup>.

---

<sup>55</sup> \_\_\_\_\_ .*op. cit.*

<sup>56</sup> Shorter. *op.cit.* p. 8

<sup>57</sup> Del Barrio. *op. cit.* 8

Algo importante del DSM-III es que se incorporó a la técnica de diagnóstico una escala de evaluación a la que se le nombró "sistema diagnóstico multiaxial". Ese sistema implicaba una evaluación en varios Ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información personal, que tenía la intención de ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. En ese sistema se consideraban los siguientes ejes:

Eje I Síndromes y condiciones no atribuibles a un trastorno mental, pero que son focos de atención o códigos de comorbilidad.

y II. Trastornos de personalidad específicos de los trastornos del desarrollo.

Eje III. Integra las condiciones y trastornos físicos. En este eje se trata de hacer una distinción entre "*organic disorders*" y "*physical disorders*", ya que el primero podría implicar la ausencia de síntomas psicológicos o mentales en los trastornos y en el segundo se trató de señalar la tan cercana frontera entre lo orgánico y lo psicológico.

El eje IV y V (indicador de severidad de los estresantes psicosociales y niveles de adaptabilidad funcional). Se utilizaban exclusivamente para el uso de investigación clínica y los Ejes I, II y III se utilizaban para planificar el tratamiento y pronóstico. (APA, 1980).

En este manual los llamados "trastornos de personalidad" de manera sistematizada, considerando tres grupos:

- Grupo A de los extraños o exóticos: paranoide, esquizoide y esquizotípico
- Grupo B de los dramáticos, emocionales o erráticos: histriónico, narcisista, antisocial y límite.
- Grupo C de los miedosos o ansiosos: evitativo, dependiente, obsesivo y

pasivo agresivo<sup>58</sup>.

Fue entonces en el DSM-III que surge el TLP como categoría diagnóstica, aunque desde 1938, se encontraba tal denominación descrita por Adolf Stern, como un trastorno limítrofe entre la neurosis y psicosis (Fernández-Guerrero, 2017).

Una de las críticas que recibió el DSM-III fue el haber integrado más de doscientas categorías y, en especial, los psicoanalistas protestaron ante la ausencia de un eje que incluyera los mecanismos de defensa. Además, fue en este manual que Rene Spitzer ante las protestas sociales que se dieron por considerar a la homosexualidad como una enfermedad, hizo posible que la categoría de “homosexualidad” fuese eliminada. Si bien Spitzer dio voz a esa petición, continuó trabajando en terapias de conversión hasta el año 2011 y tres años antes de su muerte se disculpará por ello (Spitzer, 2003).

Más tarde en 1987 surgió el DSM-III-R, edición revisada. Nuevamente muy cerca de la publicación del CIE-10<sup>59</sup>. En esta edición se reorganizaron algunas categorías, cambia la denominación del eje V de niveles de adaptabilidad a la evaluación de funcionamiento global (*Global Assessment of Relational Functioning*) que considera una visión más integrativa en el entendimiento de la enfermedad mental<sup>60</sup>.

En 1994 surge el DSM-IV, bajo la dirección de Allen Frances, (quien después fuera crítico de la forma en que se clasifica la enfermedad mental), en colaboración con

---

<sup>58</sup> La categoría de trastorno de personalidad pasivo agresivo desaparece del DSM en su IV versión. Cabe mencionar que en el DSM 5 aparecen el F07.0 Cambio de la personalidad debido a otra afección médica (310.1), F60.89 Otro trastorno de la personalidad especificado (301.89) y el F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado (301.9), dentro de la clasificación de trastornos de personalidad (APA, 2013).

<sup>59</sup> Shorter. *op.cit.* p.14

<sup>60</sup> Del Barrio, *op. cit.* p. 9

otros grupos que a nivel internacional cuidaron su compatibilidad con el CIE. Tuvo cambios concretos, los *mood disorders*, se nombraron como *affective disorders*. Se distinguió también con más precisión el trastorno por agorafobia del ataque de pánico<sup>61</sup>.

En esta versión los objetivos fueron muy precisos: a) brevedad de criterios, b) claridad de lenguaje, c) declaración explícita de constructos, d) recolección de datos empíricos recientes y e) coordinación con CIE-10. (Spitzer *et al.*, 1994).

En el año 2000 se publicó el DSM-IVTR al que se anexaron criterios más específicos en los diagnósticos de trastornos infantiles.

### 2.1.1 El DSM-5 y sus controversias:

La publicación del El DSM-5 abre nuevamente la puerta a la polémica, sobre todo, entre especialistas de la psiquiatría. Marca una división que, si bien había sido latente, con la publicación de esta edición se hizo más evidente.

En esta nueva versión se clasifican una serie de categorías agrupadas de manera muy similar al DSM-IVTR:

1. Trastornos del neurodesarrollo.
2. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
3. Trastorno bipolar y trastornos relacionados.
4. Trastornos depresivos.
5. Trastornos de ansiedad.
6. Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados.
7. Trauma y otros trastornos relacionados con factores de estrés.
8. Trastornos disociativos.
9. Trastorno síntomas somáticos y trastornos relacionados.
10. Trastornos de la alimentación.
11. Trastornos del sueño vigilia.
12. Disfunciones sexuales.

---

<sup>61</sup> Shorter. *op. cit.*

13. Disforia de género.
14. Trastornos del control de impulsos y conductas disruptivas.
15. Trastornos por uso de sustancias y trastornos adictivos.
16. Trastornos neurocognitivos.
17. Trastornos de personalidad.
18. Trastornos parafílicos.
19. Otros trastornos mentales
20. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (APA, 2013).

De acuerdo con Shorter (2013), la construcción de este manual para algunos auguraba altas expectativas, tales como ver a las personas no solo como casos clínicos a evaluar. A diferencia de esa postura optimista respecto a la aparición de dicho manual otros psiquiatras, como Robert Kendell en Edimburgo y Assen Jablensky en la Universidad del occidente Australia, pusieron en cuestión dicha afirmación, ambos exponen un marcado escepticismo sobre si realmente existen los trastornos psiquiátricos y los límites para identificar los criterios de validez en la clasificación de enfermedades mentales. Lo cual deja ver el espíritu dividido que se hizo más presente en el DSM 5.

El DSM 5 ha sido muy criticado tanto por disciplinas independientes de la psiquiatría como por sus propios miembros. En su comentario algunos de los miembros del comité organizador hicieron manifiesta su disidencia Allen Frances es un ejemplo de ello, puesto que ante su inconformidad con esta última versión del manual publicó su manifiesto contra los abusos de la psiquiatría. Asimismo, otros psiquiatras hicieron evidente su desconcierto dejando de usar el manual y como acto de resistencia continuaron utilizando la antigua versión el DSM-IVTR.

Los cambios que han sido objeto de mayor disputa guardan relación con la nominación y su estructuración. En primer lugar, se removió el sistema multiaxial

que era el método de diagnóstico utilizado hasta el DSM-IVTR, por medio del cual la gravedad y la etiología del trastorno se podían ubicar por medio de ejes.

Este esquema diagnóstico se había considerado un logro atribuido a Theodor Millon<sup>62</sup> (1928-2014) quien trabajó en una investigación sobre los trastornos de personalidad y logró separarlos de otro tipo de patologías psiquiátricas por medio de un sistema que permitiera darle un estatus distinto de la psicosis y otras enfermedades propiamente médicas. (Cardenal, V., Sánchez, M. y Ortiz-Tallo, M., 2007).

La remoción del sistema multiaxial puso en el mismo nivel a los trastornos psiquiátricos (Eje-I), a los trastornos de personalidad (Eje-II) y a otras condiciones médicas (Eje-III) (Silva, 2014), hay quienes defienden que ponerlos al mismo nivel “da la oportunidad de abrir nuevos campos de investigación dentro de los grupos diagnósticos y a través de ellos, con la esperanza de avanzar en la comprensión de sus relaciones” (Silva, Hernán 2014). Sin embargo, como en el caso de Frances, otras posturas defienden que puede ser causa de mayor confusión en el momento de emitir un diagnóstico o de clasificar a una persona, pues si todos forman parte del campo médico de enfermedades, pueden ser susceptibles de medicar, por lo tanto el peligro que esto conlleva es que se orienta a “la medicalización de la normalidad”.

---

<sup>62</sup> Psicólogo estadounidense que trabajó con el estudio de Trastornos de la personalidad.

2.2. Criterios de salud y enfermedad en el diagnóstico psiquiátrico: influencia de las dimensiones no biológicas en la construcción de categorías.

Los intentos de clasificación de enfermedad mental, como hemos visto tienen su raíz en el modelo médico (hegemónico), utilizado para señalar síntomas y signos que en su conjunto conforman un diagnóstico.

Annemarie Jutel (2009) define el diagnóstico como: “el conjunto de categorías preexistentes acordado por una profesión médica [la psiquiatría en este caso] para designar una condición específica que considera patológica y el proceso o juicio deliberado, por el cual se aplica una etiqueta”. La autora señala que los beneficios del diagnóstico son crear orden social, organizar la enfermedad, identificar opciones de tratamiento, facilitar el pronóstico y ofrecer una explicación estructurada. Puede utilizarse también, con fines administrativos como: permitir el acceso a los servicios de salud, asegurar el reembolso de medicamentos controlados, ayuda a que se concedan licencias por enfermedad, etc. (Jutel, 2009). De la misma manera, para Janet B. W. Williams (1996), el contar con un sistema de clasificación diagnóstica en psiquiatría cumple tres propósitos generales, así como muchas funciones específicas de tipo clínico, administrativo, legal y científico. Esos aspectos refieren 1) a la necesidad de crear un lenguaje común entre expertos, 2) a diferenciar la comorbilidad entre categorías y 3) ayuda a establecer un tratamiento adecuado<sup>63</sup>.

En medicina general y la mayoría de sus especialidades el diagnóstico por mucho tiempo ha ofrecido claridad sobre diversos tipos de enfermedades y condiciones.

---

<sup>63</sup> *Ibidem*

Aún con sus propias limitaciones, como en el caso de las enfermedades raras<sup>64</sup> el diagnóstico médico ha sido, en su mayor parte, un soporte importante en el tratamiento de muchas enfermedades.

No obstante, cuando se incursiona en el terreno de la psiquiatría que intenta definir, nombrar y diagnosticar las condiciones mentales, el campo de exploración es mucho más pantanoso, puesto que delimitar parámetros de medición diagnóstica sobre el dolor o el malestar emocional, es mucho más complejo que evaluar un signo o condición orgánica, debido a que en la primera tenemos una situación de subjetividad que se puede representar a través de acciones o por medio de la cognición, y en la segunda un rasgo objetivo que da una clave de evidencia física para su estudio.

En las enfermedades médicas, el signo es una evidencia objetiva de una enfermedad o trastorno y en cambio, los síntomas que refieren las personas usuarias de los servicios de salud mental son manifestaciones narrativas, que indican una condición anormal o estado mental, esto lo convierte en una descripción meramente subjetiva de la percepción de la enfermedad. En ese sentido, es el psiquiatra quien tiene que traducir en términos objetivos los síntomas que refiere la persona a través de su narrativa para determinar un diagnóstico.

Sin embargo, en ese proceso de “traducción de la narrativa” en donde el discurso se convierte en una clasificación de síntomas, en la que el psiquiatra toma lo que le es “útil” desde su marco teórico, podría llevarlo a sesgar información importante

---

<sup>64</sup> Es una enfermedad que tiene una baja frecuencia en la población. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen cerca de 7.000 enfermedades raras que afectan al 7% de la población mundial. Esto significa 3 millones de españoles, 27 millones de europeos y 42 millones de personas en Iberoamérica. Recuperado de: <https://enfermedades-raras.org/index.php/enfermedades-raras/glosario-de-terminos>

desde la experiencia de la primera persona; pues en muchos casos el marco teórico del psiquiatra, más que unos lentes que le ayuden a ver con claridad, puede ser un velo en la aprehensión del otro.

De esa manera, si bien, “el diagnóstico confiere legitimidad a los síntomas [puesto que el psiquiatra es el intermediario], no necesariamente se adhiere o es fiel a la narrativa del paciente” (Jutel, 2009).

Winston Chong, citado por Jutel, sugiere que el poder del diagnóstico es tal que puede investir la identidad del paciente. En un sentido positivo, el paciente al saber que otros también comparten su padecer, se aleja del aislamiento y el sufrimiento, lo que podría ayudarle a formar redes potenciales de apoyo. Sin embargo, podría decirse que, en su aspecto negativo, el diagnóstico genera tal injerencia en la identidad, que las personas con enfermedades mentales podrían tener una justificación moral de sus acciones, o bien, quedar conformes con el discurso de los especialistas sin hacer valer su agencia en la búsqueda de bienestar.

Queda claro entonces, con esta exposición que establecer criterios claros u objetivos en la evaluación del diagnóstico psiquiátrico, no es para nada una tarea que se pueda llevar a cabo solo con el establecimiento de categorías, que tienden a perseguir parámetros universales o globales como los que propone la OMS o la *American Psychiatric Association* (APA), por ejemplo, la OMS define a la salud mental como:

“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de

forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”<sup>65</sup>.

Esta definición resulta ser poco clara, en primer lugar, deposita toda la responsabilidad a las capacidades del individuo para “afrontar las tensiones de la vida”, pero cuando esas tensiones son dadas por la pobreza, la discriminación, la violencia social, etc. puede que las solas capacidades del individuo no sean suficientes para alcanzar una vida de bienestar. Por otra parte, resulta imposible universalizar el concepto de bienestar sin tomar en cuenta el contexto, en general el nicho ecológico en el que se desarrolla cada individuo.

De esta misma manera, para Diana Aurenque (2018), partiendo de la definición de salud mental anterior que proponía la OMS “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 2001) resulta muy amplia y se convierte más bien en un ideal o discurso utópico sobre cómo se puede entender la salud mental, “en la mayoría de los casos muy pocas personas (o sus médicos) afirmarían tener un estado de completo bienestar físico, mental y social. Por ello, la definición de la OMS ha sido considerada como un concepto límite”.

Como concepto límite se puede entender, de acuerdo con la teoría lingüística de la vaguedad, un modelo de casos dudosos, puesto que se resisten a la investigación (Sorense, 2018). Asimismo, en el caso de la palabra “bienestar” al evaluarla, se podría iniciar con la pregunta ¿cuáles son las situaciones que generan bienestar?, ¿bienestar para quién? Una persona adicta a la cocaína puede afirmar que siente bienestar cuando la consume, eso evidentemente no se puede considerar un

---

<sup>65</sup> Recuperado de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

estado de salud, aunque el adicto a la cocaína exprese que se siente bien física, mental y socialmente, existen indicadores biológicos que la sustancia misma podría indicar el deterioro físico y mental. El peligro de utilizar términos tan vagos para delimitar los criterios de normalidad o anormalidad podrían provocar discusiones interminables.

Por otro lado, pensar que para la OMS una persona que no tiene un estado de “equilibrio”, que no puede enfrentar las “tensiones normales de la vida” o no trabaja de forma productiva, etc. no es una persona sana, ¿se podría implicar con ello que es o tiene una enfermedad mental? No necesariamente, pues las circunstancias por las que un individuo pueden ser tan adversas que, aunque lo desee, quizá no pueda alcanzar ese estándar de “bienestar”.

Ahora bien, la OMS reconoce las determinantes sociales de la salud en general, sin embargo, lo hace solo de forma indicativa, es decir, señala que pueden generar un problema para la salud física y mental; dicho reconocimiento está lejos de establecer estrategias que ayuden a la creación o modificación de políticas públicas que pongan atención en disminuir los factores de riesgo sociales.

### 2.3. Condiciones y predisponentes sociales de la salud mental:

El estudio sobre las determinantes sociales de la salud ha sido vastamente analizado por diferentes personajes del ámbito académico con diferentes posturas. En 2005 la Organización Mundial de la Salud se pronunció al respecto, rescatando la importancia de reconocer los factores sociales que influyen en el estado de salud. Sin embargo, el interés por las determinantes sociales de la salud surge desde la época de los años 70 en América Latina, en donde nace el concepto de

Medicina Social, posteriormente en Canadá, Inglaterra, etc. comenzaron también a asumir una postura respecto al tema (Acero A, Caro R, Henao K, Ruiz E, & Sánchez V, 2013).

En relación con la evolución de los determinantes sociales de la salud, Jonathan Wolff en *Ethics and Public Policy* asume dos olas en la primera, se consideraban los factores físicos y materiales como la desigualdad, la pobreza, las condiciones o estilo de vida y las condiciones materiales del trabajo y, en la segunda, se identifican, además de los factores materiales, los factores psicológicos como: la alta demanda laboral, el bajo poder de control, la baja recompensa [social o material], el bajo apoyo [de redes sociales en el trabajo o externas] como una combinación “tóxica” que causa el estrés crónico (Wolff, 2011).

En el capítulo dedicado a la “salud” Wolff describe, por un lado, la dificultad de señalar parámetros claros en el concepto de salud y por otro, afirma que los más graves problemas de salud dependen de la desigualdad económica y los factores sociales. Examinando como estudio de caso las políticas de salud en Reino Unido y Estados Unidos, que son de los países que más invierten en salud de su PIB. Wolff concluye que, a pesar de ello, existe una gran desigualdad marcada por las clases sociales, en donde los seguros médicos, a pesar del lema de “salud para todos”, no cubren lo mismo, ni de la misma forma las necesidades de salud de personas de clases bajas.

Wolff (2011) señala cómo ciertas posiciones sociales generan cierto tipo de enfermedades, o por lo menos, son más vistas y se les da más importancia dependiendo de la jerarquía y el nivel de influencia social que se tenga. Por ejemplo, cuando un ejecutivo tiene un ataque al corazón provocado por exceso de

estrés, es visto y escuchado en todos los medios, pero cuanto más baja sea su jerarquía, menos impacto tiene su enfermedad [a nivel social].

Por lo tanto, el estado de bienestar que propone la OMS está determinado por una serie de factores y diferencias sociales que si bien, puede tomar en cuenta, no es suficiente con señalarlas, sino que, en su mayoría dependen del Estado y sus políticas de distribución económica.

No se puede demeritar la intención de la OMS de visualizar los aspectos no biológicos de la salud mental. Sin embargo, el término "determinantes" tienen una carga fuerte respecto al peso de la prueba, en relación el problema epistemológico "causa-efecto" en las investigaciones<sup>66</sup>. Motivo por el cual, en lo que sigue se hablará de "condiciones y predisponentes de la salud mental" puesto que dichos términos tienen una capacidad explicativa más flexible que la de los "determinantes en salud" que implica un hecho más definitivo.

En ese sentido, es necesario ampliar el concepto de salud y abordarlo desde sus dimensiones fenomenológicas, tal como lo hace la propuesta de Nordenfelt, que como ya se dijo anteriormente, considera las valoraciones subjetivas, culturales y éticas. Desde esta perspectiva no es suficiente con dar datos estadísticos o cuantitativos sobre la salud, sino una visión holística que hable de una evaluación del estado general de una persona. La cual implica el contexto en el que se

---

<sup>66</sup> Algunas de las críticas que recientemente se han planteado al tema de las "determinantes sociales en la salud" provienen de la medicina social latinoamericana. Las críticas más frecuentes hacen referencia a la epidemiología clásica y su fundamentación epistemológica positivista sustentada en los modelos causales que se concretan en la perspectiva de factores de riesgo; otra crítica dirigida al modelo de los determinantes sociales de la salud, continúa configurando otro causalismo, el cual, sin desconocer su visión crítica hacia la perspectiva más restrictiva de la epidemiología convencional, no plantea un cambio de paradigma, en la medida en que termina convirtiendo las estructuras en variables y en niveles de factores de riesgo. [...] además, hablar de determinantes o de determinación requiere abordar el debate determinismo-indeterminismo planteado por la filosofía occidental desde la era greco-helenística (Peñaranda, 2013).

encuentra, la evaluación de sus metas y su capacidad para alcanzarlas, que dan una dimensión existencial a la percepción de la enfermedad (Aurenque y Jaran 2018).

Desde esa perspectiva parece muy complejo tender un puente entre los teóricos que se atribuyen al ámbito normativo o de construccionismo social y los biologicistas. Sin embargo, Jerome Wakefield es uno de los que ha pretendido construir los cimientos sobre los cuales construir ese puente.

“he propuesto una consideración híbrida para el análisis de la *Harmfull Dysfunction* (disfunción nociva) del concepto de trastorno mental. De acuerdo con el análisis de *Harmfull dysfunction* (HD), un trastorno es una HD, en donde el “*harmful*” es un término de valor, que hace referencia a los juicios negativos medidos por estándares culturales y “*dysfunction*” es un término científico, que refiere a la falla del funcionamiento diseñado biológicamente. (Wakefield, 2007, p. 149).

En el artículo *The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis* -del mismo autor- explica que la idea de considerar la disfunción dañina para la clasificación de los trastornos mentales podría ser crucial para delimitar qué es lo que hace que una condición humana sea un trastorno, pues una de sus preocupaciones radica en que el concepto de enfermedad mental se extienda a tal grado que cualquier malestar de la vida cotidiana sea convertido o nombrado una enfermedad. Primero define al daño como un indicador de valor, existe un daño cuando un comportamiento no es aceptado en términos interculturales y, por otro lado, la disfunción la describe como una falla de un mecanismo para cumplir con su función natural. En este sentido, expone, el

aparato perceptor ayuda a que las personas tengan una aproximación a la realidad, las alucinaciones por lo tanto son una disfunción del mecanismo de la percepción.

De esa manera, para Wakefield el concepto de disfunción es un asunto fáctico, que ayuda a la psiquiatría en términos de criterios objetivos al delimitar los trastornos mentales. Sin embargo, reconoce que si bien el criterio de disfunción dañina aplica para mecanismos mentales como la cognición, percepción, capacidades lingüísticas, afectivas y motivacionales; “descubrir lo que de hecho es natural o disfuncional (y, por lo tanto, lo que está desordenado) puede ser difícil y puede estar sujeto a controversia científica, especialmente con respecto a los mecanismos mentales, sobre los cuales aún ignoramos” (Wakefield, 2007).

A pesar de ello apela a que las explicaciones funcionales pueden ser útiles y plausibles, incluso cuando se ignora o se sabe poco sobre el mecanismo natural de una función.

Como caso de estudio, se basa en los criterios para definir la tristeza como un malestar de la vida cotidiana y la depresión como una enfermedad discapacitante. De acuerdo con la OMS el pronóstico para este año 2020 era que la depresión fuera la enfermedad más discapacitante, sería una de las enfermedades que ocasionaría más deserción laboral, profesional, aislamiento, etc. Precisamente, en 2020 el año en que el COVID-19 se levantó como la gran peste del siglo XXI, se ha hecho manifiesto en las redes sociales, en artículos de revistas y noticias, que se avecina la pandemia de las enfermedades mentales y, se habla sobre la vulnerabilidad que representa para las personas que ya padecen un diagnóstico psiquiátrico, el riesgo de que cuadros como la depresión y la ansiedad aumenten; lo cual, refuerza la idea de que la depresión no es una cuestión de disfunción

meramente orgánica, sino que, resulta de una serie de factores sociales y en este caso la percepción del riesgo, el encierro y el cambio abrupto de la cotidianidad están haciendo eco en la salud mental de las personas<sup>67</sup>.

Lo anterior le da pertinencia al estudio de Wakefield sobre la depresión, puesto que pone en evidencia la necesidad de establecer criterios más claros que, en el caso de la depresión, integren no solamente el señalamiento de condiciones biológicas, sino también aspectos de las propias dinámicas y exigencias sociales.

De esa manera, el criterio de disfunción dañina podría permitir solamente medicar aquellos casos que efectivamente están siendo causa de discapacidad social, interpersonal, psicológica, física, etc. y que tienen un origen biológico.

No obstante, ¿cómo podría ayudar el concepto de disfunción dañina para entender al Trastorno límite de la personalidad? Es que ¿puede existir ese criterio para delimitar qué personas deben y tienen que ser tratadas bajo esa categoría? En el caso del TLP, parece algo mucho más complejo de delimitar, como se verá en la siguiente sección.

#### 2.4. Trastornos de la personalidad y el TLP

Los trastornos de personalidad aparecieron como categorías psiquiátricas en el DSM-III, y son definidos en el DSM 5 como:

<<un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo,

---

<sup>67</sup> En el apartado 6.2 de este capítulo se tratará de discutir sobre este punto, puesto que la depresión y la ansiedad son trastornos que tienen comorbilidad con el TLP.

que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar al malestar o al deterioro>>. (APA, 2014, p. 645).

Los trastornos de personalidad se componen por diez entidades diagnósticas divididas en tres grupos<sup>68</sup>. Sin embargo, antes de la aparición del DSM, como se había mencionado antes, Stern otorga el adjetivo de trastorno a los casos considerados como "límite" por Reich y desde la propuesta de Stern en 1938 a la fecha, el término ha sido utilizado para señalar una entidad clínica (Selahattin Şenol 2019).

Por lo regular, el TLP ha sido una categoría que se había asignado a personas que no encajaban en ningún otro diagnóstico psiquiátrico conocido, o bien, a usuarios con resistencia a ciertos tratamientos o terapias (Meza-Rodríguez, 2007).

Este trastorno ha sido caracterizado por inestabilidad en las relaciones interpersonales, inestabilidad en la autoimagen, en la afectividad, acompañada de una gran impulsividad (López-Garza, 2004). Ha tenido diferentes significados que parten desde enfoques teóricos distintos. El enfoque descriptivo, que pertenece al ámbito psiquiátrico, está ligado a la explicación óptica por criterios que integran rasgos y conductas específicas y el enfoque psicoanalítico o psicodinámico, por su parte, ofrece una propuesta estructural en donde el origen del trastorno está relacionado con procesos relacionales y de desarrollo infantil (Gómez, 2000).

Si bien en la literatura podemos encontrar estas distinciones, lo que hemos propuesto hasta el momento, es que el origen de las clasificaciones psiquiátricas se encuentra en ambos lenguajes (el psiquiátrico y el psicoanalítico), siendo hasta

---

<sup>68</sup> Véase el inciso 2.1 del este capítulo.

el DSM-III que se dio una ruptura entre estos dos campos teóricos de manera determinante.

Dicha ruptura entre expertos de la salud mental, ha impactado en las diferentes formas de entender y tratar a esta entidad, por un lado, algunos psiquiatras afirman la necesidad de medicar a las personas con TLP, pues consideran que “se benefician con el uso de medicamentos para la impulsividad, los estados psicóticos, la inestabilidad afectiva y la depresión” (Chávez-León y Ontiveros, 2018), a diferencia de otros que prefieren tratarlos por medio de otro tipo de intervenciones como la psicoterapia, o bien, algunos combinan ambas.

Uno de los retos más importantes de la psiquiatría, de acuerdo con Wakefield (2007), es establecer criterios claros sobre trastornos mentales, ya que señalar diagnósticos y en consecuencia asignar tratamientos, hace de la psiquiatría una disciplina médica. Sin embargo, la terminología que utilizan los especialistas para nombrar padecimientos no precisamente es la más clara u objetiva como sucede en el caso del TLP, que en la actualidad es uno de los diagnósticos más controvertidos en esta disciplina.

Bajo el paradigma del psicoanálisis los el TLP de acuerdo con Otto Kernberg (1997) es considerado como una frontera entre la neurosis y la psicosis, que se representa por el caos y la inestabilidad. Al ser el TLP una categoría que se creó para describir un grupo dispar de pacientes que compartían características en común con los trastornos psicóticos, pero que no podían ser entendidas de la misma manera, hay quienes niegan que sea un diagnóstico de la personalidad, sino más bien, que tiene que ser entendido desde los trastornos afectivos (García López *et. al.*, 2010).

Los trastornos de la personalidad en general se han considerado como una serie de síntomas psicológicos, hasta el DSM-IVTR estaban separados de los demás trastornos clínicos clasificados en ese manual y, por la complejidad que cada uno tiene, han sido foco de atención y estudio, sobre todo en la práctica clínica. Actualmente, el TLP en la CIE-10 es descrito como un “Trastorno emocionalmente inestable de la personalidad” (OMS, 1992). En esa clasificación, la categoría es dividida en dos tipos (tipo impulsivo y tipo límite) que comparten un patrón general de impulsividad y descontrol, la existencia de inestabilidad afectiva, poca capacidad para planificar las cosas y episodios de ira intensa y comportamientos explosivos (Caballo, Vicente y Camacho, 2000).

En cambio, en el DSM-5 a partir del DSM-5 que ha optado por un diagnóstico sin ejes, el TLP ha quedado como parte del grupo de trastornos psiquiátricos y trastornos orgánicos, definido como:

un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta, que está presente en diversos contextos y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

- a) Esfuerzos desesperados por evitar el abandono real o imaginario. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
- b) Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
- c) Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
- d) Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
- e) Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).

- f) Sensación crónica de vacío.
- g) Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p.ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- h) Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. (APA, 2013, p. 663).

Como parte del *cluster* B<sup>69</sup> denominado el de los “dramáticos, emocionales o erráticos” (APA, 2014), es importante señalar que esa descripción descalifica de forma intrínseca la expresión del sufrimiento de las personas que han sido diagnosticadas en ese grupo. Haciendo un análisis de la descripción de ese grupo desde la Filosofía del lenguaje, autores como J. L. Austin (1955) proponen que las palabras importan cuando enunciadas en una oración no solo por ser portadora o no de verdad, puesto que un enunciado puede tener también fuerza interpretativa y no necesariamente para ser evaluado como verdadero o falso, sino también como un “acto del habla”. De esta manera la palabra tiene una fuerza que le otorga quien la emite como parte de un enunciado, pero también quien la recibe<sup>70</sup>. Por lo tanto, de los enunciados o las palabras se tiene que recuperar su intencionalidad o el

---

<sup>69</sup> Si bien el diagnóstico multiaxial fue eliminado en el DSM 5 no así, la división tripartita de los trastornos de personalidad que se continúan manteniendo de la misma forma *cluster* A, B y C. Con la única diferencia que ha sido eliminado el trastorno de personalidad pasivo agresivo del grupo C, pero en su lugar han anexado a “otros trastornos de la personalidad” en que se encuentran los “cambios de la personalidad debido a otra afección médica”, “otro trastorno de la personalidad no especificado” y “trastorno de la personalidad no especificado” (APA, 2014. P. 369-371).

<sup>70</sup> Por ejemplo supongamos que le digo a alguien en un metro lleno de gente: “Estás parado sobre mi pie”. Lo más probable es que esté tratando de transmitir el mensaje de que debe moverse. Sin embargo, lo que digo literalmente es solo que el destinatario en cuestión está parado sobre mi pie. Este es el contenido de mi enunciado (Mitchell, 2021. p. 7) la cuestión que discute aquí Mitchell es que lo que significa para mí un enunciado puede ser captado o no por el otro, puede que en consecuencia, el a quién emito esa oración actúe en consecuencia y quite su pie, pero también puede que no lo haga si literalmente lo toma como una oración enunciativa o locucionaria. Es por ello que además de lo que la oración indica independientemente de su contenido de verdad, es importante especificar la noción de “significado del hablante” (Mitchell, 2021) y del interlocutor.

propósito del hablante, además se tiene que recuperar el contexto de la afirmación y su semántica (Austin, 1955).

Si no se considera que “muchas, si no la mayoría, de oraciones gramaticales compuestas de palabras significativas expresan más que el contenido de esas oraciones” (Mitchell, 2021. p.7) se pueden cometer lo que Austin llama “falacia descriptiva” (1955) es decir, podemos cometer el error de tomar las cosas tal cual se describen sin recuperar el contenido semántico de las palabras o enunciados.

Esto lleva a plantear ¿Qué nos indica entonces que en psiquiatría se utilicen las palabras “teatral, errático, dramático, extraños, excéntricos”, etc. para describir a los grupos de trastornos de personalidad y adjudicarlos a las personas? y en el caso concreto de las personas diagnosticadas con TLP ¿qué les significa ser etiquetadas bajo esos términos?

La palabra “drama”, en su origen en griego, significa *actuar* y surge en el contexto del teatro. Un drama puesto en escena denota la exageración de la realidad, lo que lleva a que el espectador sepa que esa puesta en escena es una representación falsa, que si bien puede cautivar o inducir a la reflexión, conserva ese halo de ficción que hace que se mantenga una línea divisoria entre espectador y actor.

Entonces, el término “drama” es muy importante porque, por un lado, cuando se atribuye al diagnóstico de TLP sugiere una anulación y desacreditación de la expresión emocional que tienen las personas, en términos de Austin, la palabra “dramático” parece indicar más que una descripción trivial de la exageración de las emociones, pues además de ello señala implicativamente<sup>71</sup> una forma falsa y

---

<sup>71</sup> El concepto de implicatura, de acuerdo con el trabajo sobre Austin de Green Mitchell, describe el “acto de significar una cosa al decir otra, o el objeto de ese acto. Las implicaturas pueden estar determinadas

exagerada de reaccionar ante determinadas situaciones; cuando en el caso del TLP esas mismas situaciones podrían ser en sí mismas detonantes de reacciones que correspondan a experiencias traumáticas -pasadas o presentes-, esto es, que lo que se pudiera considerar como reacciones dramáticas o teatrales no son más que actitudes reactivas a las propias experiencias de los sujetos diagnosticados.

Lo anterior, se puede observar en comentarios como: “lo que necesitan es atención, quieren ser vistos y por eso exageran”, enunciados que son muy comunes no solo en el ámbito de los no expertos, sino también, de los mismos especialistas del gremio “psi”. Esto da cuenta del problema que implica utilizar términos tan vagos al momento de crear categorías que pretenden ofrecer objetividad y que contrario a ello refuerzan dinámicas de discriminación y estigma que como se verá no solo surge en el ámbito social, sino también, en el profesional.

#### 2.4.1. La vaguedad en el TLP

Si bien la vaguedad y la ambigüedad son características comunes del lenguaje natural (Sorensen, 2018) ¿qué implicaciones se pueden observar cuando para dar objetividad a lo subjetivo se utilizan en la ciencia? La vaguedad señala en general, la imposibilidad de dar respuesta a casos límite resistentes a la prueba. Roy Sorensen (2018) en la entrada de “*Vagueness*” de la *Stanford Encyclopedia of Philosophy* señala el concepto de vaguedad de Pierce:

---

por el significado de la oración o por el contexto conversacional, pueden ser convencionales o no convencionales (Mitchell, 2021).

*A proposition is vague when there are possible states of things concerning which it is intrinsically uncertain whether, had they been contemplated by the speaker, he would have regarded them as excluded or allowed by the proposition. By intrinsically uncertain we mean not uncertain in consequence of any ignorance of the interpreter, but because the speaker's habits of language were indeterminate. (Peirce, 1902, p.748).*

Como se puede apreciar, diferencia de la ambigüedad, la vaguedad es un asunto de una falta de claridad intrínseca en el uso de ciertos términos en el lenguaje. La diferencia entre la ambigüedad y la vaguedad radica en que, en el primer caso, la falta de claridad se puede cuestionar y es el hablante quien podría dar precisiones sobre lo que afirma. En cambio, en la vaguedad el hablante es incapaz de establecer esos criterios y tampoco hay formas de cuestionarlo sin caer en el *reductio ad absurdum*<sup>72</sup>.

Por ejemplo si hacemos ciertas preguntas a especialistas en psiquiatría tales como: ¿cuál es el parámetro para determinar si una persona es dramática o impulsiva? ¿bajo qué circunstancias se puede determinar que un comportamiento es dramático? ¿dramático para quien actúa o para quienes observan tal comportamiento? ¿Quiénes son los actores y cómo participan?

Seguramente, dichos especialistas tendrá algunas respuestas comunes: “que una persona se corte la piel intencionalmente o, que tenga intentos suicidas -dentro de las conductas más graves-, que un comportamiento dramático depende de las circunstancias que el usuario describa y que los implicados tanto el usuario como los familiares participan en la descripción de tales conductas”, etc.

---

<sup>72</sup> Ibidem, p. 5

Sin embargo, tales respuestas llevarían a cuestionar en primer lugar, si este tipo de conductas no se pueden observar también en otros cuadros diagnósticos como depresivos, de ansiedad, de una crisis existencial por pérdidas o cambios fundamentales en la vida etc. Es decir, ninguna de ellas podría determinar si en efecto son síntomas que indiquen directamente la presencia del TLP.

En segundo lugar, si se afirma que los usuarios con TLP son dramáticos o teatrales, como se afirmó en líneas arriba, de manera implicativa el diagnóstico en sí mismo se convierte en un juicio de valor que estigmatiza y anula la vivencia o la propia experiencia.

En tercer lugar, ¿en qué grado se podría valorar más el juicio de un familiar o pareja cuando en muchos casos, son ellos mismos quienes podrían provocar el comportamiento o las escenas dramáticas de una persona diagnosticada con dicha categoría?

Es por ello, que se considera como vagos o imprecisos a los términos utilizados para describir las características del TLP. En ese sentido, el problema de la vaguedad impacta en la forma de emitir el diagnóstico y en su comprensión tanto para los especialistas como para los usuarios de los servicios de salud mental, y en consecuencia en la asignación de un tratamiento exitoso.

#### 2.4.1.1 El TLP bajo la mirada de la *Harmful Dysfunction*

Como ya se ha escrito Jerome Wakefield define el término de “*Harmful Dysfunction*”, como un indicador que puede dar luz a la clasificación de enfermedades mentales ya que puede evitar que el término de “trastorno mental” se extienda de tal manera que cualquier afección o preocupación provocada por los desafíos de la vida

cotidiana se traduzcan en lenguaje psicopatológico. El término de *Harmful Dysfunction* en relación con el TLP facilita algunas ponderaciones que de hecho ponen en duda su estatus de trastorno. Si se considera el criterio de disfunción en el sentido biológico del TLP, se puede afirmar que hasta este momento no existe ninguna referencia definitiva a un daño meramente orgánico que sea causante del TLP.

Existen estudios que tratan de relacionar el desarrollo del TLP a factores neurológicos, en los que se asume que “el trauma psicológico y social pueden producir cambios en ciertas áreas del cerebro, gracias a mecanismos epigenéticos y fenómenos de neuro-plasticidad del cerebro social” (Guendelman, et. al., 2014). Sin embargo, esto indica que cualquier experiencia o fenómeno de la vida social puede generar cambios en el funcionamiento del sistema nervioso<sup>73</sup> por su propiedad de plasticidad, sin embargo esto no determina ninguna certeza respecto a los determinantes neurobiológicos del TLP en específico.

Por otra parte, respecto a estudios sobre la carga genética Guendelman *et. al.* concluyen que debido a diseños de corte transversal y la gran heterogeneidad en la comorbilidad de este trastorno, estos estudios no pueden ser concluyentes.

Así que esto lleva a plantear que de entrada el criterio de “disfunción” no ha pasado aún la prueba de función biológica que, sería necesario cumplir para que el TLP, en términos de Wakefiel, pueda ser considerado como un trastorno.

---

<sup>73</sup> Trabajos como los de Alda-Hereida (2014-2015) [Trastorno límite de la personalidad](#) describen sistemáticamente la implicación de diferentes áreas del cerebro en el desarrollo del TLP. Las más estudiadas por su implicación en el procesamiento emocional e impulsividad han sido el lóbulo frontal, la amígdala y el giro cingulado, entre otras.

Con todo, trastorno o no, al TLP lo encontramos en los manuales de clasificación de enfermedades psiquiátricas y su nominación ya ha permeado en la vida de las personas. Por lo que habrá que indagar en la precisión y supuesta objetividad de cada uno de sus criterios, tal como se indica enseguida:

- A. Criterios 1 y 2: Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado y Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.

Estos dos criterios se encuentran íntimamente relacionados y el problema principal que se puede observar es que estas formas indican una comorbilidad en personas que son diagnosticadas con depresión mayor, trastorno dependiente de la personalidad, personas problemas de adicciones, personas con trastorno histriónico de la personalidad, con trastorno narcisista, trastorno bipolar, etc. De hecho, este criterio se puede observar hasta en personas no diagnosticadas.

Estas formas de relación se pueden encontrar como característica particular de una cultura que fomenta formas de relación basadas en el amor romántico, donde la demanda por la presencia del otro, los celos y la dependencia son sinónimos de “amor verdadero”. Eva Illouz (2009) describe que el amor romántico se puede considerar como una ideología que va de la mano con el capitalismo industrial y eso mismo permite la apropiación de formas de comportamiento romántico que tomaron fuerza a principios del siglo XIX, enmarcada en rituales de cortejo encaminados al matrimonio.

Actualmente, las relaciones interpersonales y de pareja se ven atravesadas también por propuestas novedosas como dinámicas de relación poliamorosa<sup>74</sup>, o por prácticas en la propia sexualidad más abiertas en donde lo que antes devenía como perversión ahora se pueden entender como neosexualidades<sup>75</sup>, pero que generan tensión constante con las formas tradicionales de relacionarse y que fácilmente podrían despertar los mismos conflictos que en el amor romántico u otro tipo de problemas propios de su dinámica.

Entonces, tener una relación de pareja estable, madura y sólida o relaciones interpersonales en las que el conflicto pueda resolverse por la vía del diálogo, resulta ser la diferencia es decir “lo anormal”.

Ahora bien, respecto al TLP se atribuyen conflictos interpersonales no solo en el ámbito de pareja sino también en sus demás esferas vitales, en este sentido solo para considerar un ejemplo, en el caso de muchas condiciones de trabajo que son dadas por instituciones tanto públicas como privadas, en sí mismas encubran dinámicas de relación conflictivas que forman parte de un sistema que tradicionalmente se identifica como autoritario y nocivo para el bienestar emocional<sup>76</sup>.

---

<sup>74</sup> El Poliamor es una nueva forma de vincularse que se puede considerar revolucionaria, surge ante el modelo de relaciones hegemónico heteronormado impuesto en la sociedad occidental. Se entiende como la práctica de amar a varias personas simultáneamente de forma consensuada, ética, responsable, honesta y no-posesiva (Aldana, 2018).

<sup>75</sup> Las neosexualidades de acuerdo con Nancy Chodorow son nuevas formas de sexualidad que manifiestan aspectos inventivos y teatrales que componen el drama y proporcionan una respuesta imaginaria a los enigmas del deseo y al problema de la alteridad que pueden considerarse como un proceso creativo. (1994, p. 270)

<sup>76</sup> Tal ha sido el problema que las medidas que se han tenido que tomar para señalarlo ha sido a través de mecanismos de certificación que supervisen a las empresas, sobre todo en el ámbito privado, que los medios físicos, materiales e interpersonales en el trabajo sean adecuados. En México en 2018 surgió la

Estos son solo algunos de los motivos para poder señalar que estos dos criterios no pueden entenderse desde la *harmful dysfunction*, puesto que si bien, una persona puede “no funcionar” en sus diferentes esferas vitales, no necesariamente se tienen que atribuir mecanismos orgánicos que determinen el desequilibrio emocional o la manifestación del sufrimiento.

#### B. Criterio 3: Alteración de la identidad.

El tercer criterio, “alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo” -quizá el más complejo- nos motiva a plantear qué significa la identidad.

La identidad es un término que ha sido abordado en muchos niveles, desde el filosófico, el psicológico, social y parece que la psiquiatría, en este criterio, hace referencia a un ámbito de lo privado, esto es, a la creencia que tiene el sujeto de sí mismo. La identidad es una compleja construcción que se da en el ámbito de lo social, a partir de formas en las que el sujeto se relaciona con los demás, en que es tratado, nombrado, formado, educado, etc. La identidad es algo que tiene que ver con las construcciones de género, con los estereotipos sociales, con los mandatos de la familia o de las propias etnias.

Desde la noción psicoanalítica, la identidad es una construcción que el sujeto va forjando de sí mismo, a partir de su tránsito por diferentes etapas de desarrollo y es

---

[Norma oficial mexicana 035](#) para evaluar los riesgos psicosociales, que posibilitan la presencia de estrés laboral, burnout, depresión, trastornos de ansiedad, etc.

en la consolidación de la etapa genital<sup>77</sup>, cuando el individuo ha formado una identidad definida de quién se es. A partir de un proceso identificación con “objetos persona (asimilación de un yo ajeno), o con objetos parciales (rasgo de una persona), esto es, un proceso de identificación entre A y B que no es global, sino *secundam quid*. (Laplanche, 1983). Ahora bien, Freud en *Psicología de las masas y análisis del yo* reconoce que la participación de los ideales culturales y que corresponde a una identificación recíproca de los individuos entre sí.

Desde el ámbito filosófico, para Hegel “la formación del yo [lidentidad] práctico está ligada al presupuesto del reconocimiento recíproco entre sujetos; esto es, sólo si los individuos se ven confirmados [por otros], en el establecimiento de su identidad, pueden llegar a un entendimiento de sí, en tanto que yo individualizado y autónomamente activo”. (Honneth, 1997, p. 87). Para la formación de la identidad práctica desde esa perspectiva, se necesita la presencia de tres tipos de relaciones de reconocimiento (amor, derecho y eticidad) que hacen posible la confirmación de personas individualizadas y autónomas en modos cada vez más elevados (Honneth, 1997).

Esto nos lleva a plantear que la identidad se constituye a través de un proceso dialéctico, que se construye entre individuos que se reconocen mutuamente y que como parte de un mundo enmarcado dentro de lo cultural y lo social, no se podría plantear la idea de una identidad única o genuina, sino como una identidad formada por la especulación o espejamiento con otredades, que abre múltiples formas de ser de un individuo.

---

<sup>77</sup> La etapa genital es la última de las cinco etapas propuestas por S. Freud sobre el desarrollo psicosexual (Oral, anal, fálica, latencia y genital). Inicia en la pubertad y alcanza su punto álgido en el momento que inicia la vida adulta, en la que el sujeto logra consolidar su identidad.

Entonces, cuando se plantea el criterio de la alteración de identidad o una inestabilidad de la autoimagen y del sentido del yo, se podría pensar que una persona tiene que permanecer o mantener una identidad única que no puede cambiar bajo ciertas circunstancias o que las personas tienen un conocimiento pleno de sí. Sin embargo, parece erróneo suponer que esto es así, pues a pesar de que se mantenga una imagen más o menos estable ante los demás, existen situaciones límite que llevan a que las personas muestren un aspecto de sí, provocado por el contexto, que ni ellas mismas conocían.

Un caso ejemplar de cómo la identidad tiene que ver con los constructos sociales y culturales de cada sujeto, es el de las personas “Muxes”, que pertenecen a una de las delegaciones del estado de Oaxaca, el Istmo de Juchitán. Muxes son personas que nacieron con el sexo biológico masculino, pero desde pequeños muestran interés por las actividades de las mujeres, de sus formas de ser, etc. y las familias en respuesta, les educan e instruyen conforme a la caracterización de un tercer género: el Muxe.

Las identidades “Muxe” usualmente son asumidas en la sociedad juchiteca por sujetos biológicamente hombres y que en algunos casos adoptan el género femenino aludiendo a personas trans, pero en otros, a algunos hombres homosexuales y/o bisexuales que se adjudican este calificativo como descriptivo de su identidad zapoteca (Marcial-Zavala, 2015, p.13).

En este caso, es importante reconocer que la ubicación geográfica también juega un papel importante respecto al ser o vivirse Muxe, puesto que en una zona urbana como lo es Ciudad de México, (o en otras ciudades del mundo) podrían tener grandes dificultades sociales para poder afirmarse en un género que no corresponde a su sexo biológico.

En cambio, en el Istmo de Juchitán estas personas son reconocidas, aceptadas y se estimula su *ser Muxe*, puesto que son consideradas como una bendición o privilegio y eso determina su identidad e impacta en su identidad, la forma en la que se relacionan con el mundo y su realidad. (Marcial-Zavala, 2015).

De esta manera, se puede pensar que una persona Muxe no tendría ningún problema consigo misma ni con los demás, en un lugar en el que es reconocida [en su persona y derechos], aceptada y querida, pero al cambiar de escenario geográfico del Istmo a otro estado del país, o a otros países como Pakistán, India, etc. su identidad entraría inmediatamente en conflicto, un conflicto que no tiene que ver con la creencia de sí mismo, sino que, surge como producto del rechazo y discriminación social y no por la forma en que asimila su identidad.

Análogamente, respecto a las personas diagnosticadas con TLP se tendría que considerar en primer lugar, cuáles son los problemas que puede tener la identidad, en relación con el diagnóstico, si es posible hablar de aspectos de la identidad por separado como la identidad sexual, de género, etc. De ser así, no queda claro en el DSM a qué aspecto de la identidad se hace referencia, ni tampoco respecto a quién es el problema, si frente a sí mismos, frente a los demás, a la sociedad o frente a las instituciones.

Como se ha dicho antes, uno de los factores que se puede observar como un común denominador en personas con TLP es el trauma, que muchas veces refiere no solo a un evento, sino a un cúmulo de exposiciones a eventos traumáticos, como lo es el caso de quienes han sufrido de abuso sexual, no enfrentan solo el trauma del abuso, sino también, el trauma de ser señalados por su agresor como responsables del abuso, el trauma del ser “descubiertos” -cuando es así-, pues

niños y niñas suelen repetir las conductas que están viviendo, con sus compañeras o compañeros de clase, primos o hermanos, entonces viven y reviven el trauma con sentimientos de vergüenza y la culpa.

Esa cadena de eventos, que por lo regular se va haciendo más grande, sugiere más que un problema de identidad, factores que tienen como consecuencia la formación de identidades que no corresponden a los estereotipos esperados por las instituciones y por los especialistas. Entonces, se podría decir que las personas con TLP no tienen problema en sí con lo que son, sino con la forma en que se les ha señalado “dramáticos, teatrales, erráticos” en relación con su narrativa de sufrimiento.

Todo ello hace que hablar de “problemas de identidad” resulte impreciso en la descripción de criterios categoriales del TLP, pues el conflicto con la identidad puede ser más de carácter social, un conflicto que surge por lo que se espera de los sujetos y no, de lo que son. Por lo tanto, no es un criterio que pueda ser medible, ni que determine solo y exclusivamente al diagnóstico de TLP.

Hasta aquí se han analizado los primeros criterios del TLP y en relación con la *harmful dysfunction* no dicen algo que pueda servir como un parámetro objetivo del TLP.

C. Criterios 4 y 5: Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas y comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.

Los dos criterios siguientes tal vez sean los más objetivos, por su carácter conductualmente observable. Ambos, apelan a un daño autoinflingido como conductas autolesivas que se pueden presentar desde excesos como adicción a

sustancias, compras compulsivas que pongan en riesgo su economía, conductas sexuales de riesgo, hasta daños físicos más directos como cortarse la piel (*cutting*), o tener intentos suicidas.

Sin embargo, este tipo de conductas si bien tienen una propiedad autodestructiva (apoptósica) que podría dar cuenta de un desequilibrio en términos de bienestar, son conductas que también se encuentran mediadas por un contexto, por circunstancias sociales e individuales que las atraviesan<sup>78</sup>.

En ese reconocimiento hay quienes consideran que la apoptosis es una característica normal de los humanos, en psicoanálisis, incluso, se afirma que el instinto *thanático* es inherente a las personas, e idealmente tiene que ser moldeado por las vivencias del desarrollo, con el objetivo de equilibrar las fuerzas vitales y funcionamiento del individuo<sup>79</sup>.

Ahora bien, lejos de que la pulsión de muerte sea naturalizada o no, también existe una tendencia a desacreditar todo lo que las personas establecen como sus propios mecanismos de defensa para poder sobrevivir. E. M. Ciorán, por ejemplo, en términos psiquiátricos tal vez pueda ser considerado como un hombre depresivo o de carácter distímico, sin embargo, fue uno de los filósofos más vitales del siglo

---

<sup>78</sup> El *cutting* por ejemplo, es una práctica en la que las personas se hacen cortes comúnmente en la piel de brazos y piernas abdomen. Los cortes en la piel denotan el sufrimiento de los sujetos, pero al darle la palabra al síntoma o expresión, se encuentra que se trata de una defensa contra la angustia, ansiedad y situaciones de estrés ante las dificultades propias de la existencia (Flores-Correa, 2016. p. 96). Aparece por lo regular en la infancia tardía o la adolescencia como una práctica que se utiliza para apaciguar el dolor emocional. Las y los adolescentes al no poder manejar o solucionar las situaciones afectivas que les genera dolor como violencia en sus diferentes dimensiones, abuso sexual, el alcoholismo de sus padres, su situación socioeconómica, etc. optan por este tipo de prácticas que con el tiempo se convierten en actos repetitivos que se desplazan a otras situaciones de su vida cotidiana.

<sup>79</sup> Como referencia a los trabajos de pulsión de muerte (Thanática) se pueden revisar los trabajos de metapsicología en la obra de S. Freud "Más allá del principio de placer" en el Tomo XVII y "Pulsiones y destinos de pulsión" del Tomo XIV.

XX, a pesar de que llegó a plantear el suicidio como un proyecto digno de vida "cuando ya se hizo y logró todo lo que se ha querido". En una entrevista planteaba:

“Cuando uno tiene la visión del suicidio, la conserva para siempre. Vivir con esa idea es una cosa muy interesante. Incluso diría que estimulante. Miré, hará unos siete años me encontré con un señor que quería suicidarse. Estuvimos dando vueltas y vueltas, horas y horas. Le estuve diciendo que mejor valía que atrasara su suicidio, que en el fondo ésa era una idea muy vital que había que aprovecharla<sup>80</sup>.”

Esa forma de pensar puede ser contradictoria con las creencias o el imaginario de lo que significa ser normal, saludable o vivir en un estado de bienestar. Sin embargo, parece que existe de manera velada en la clasificación de la enfermedad mental juicios morales y estéticos, del que se desprende el estigma de lo que resulta raro o extraño.

#### D. Criterio 5: Inestabilidad afectiva.

Respecto al quinto criterio "inestabilidad afectiva" (polaridad de los afectos), es uno de los criterios que mayor confusión causan en el momento del diagnóstico, debido a la familiaridad con el trastorno bipolar. Además, algo importante de señalar, es que este criterio está relacionado íntimamente con aspectos sociales propios de la historia del individuo. Si una persona vive en un contexto de pobreza, violencia, abuso en la infancia o adolescencia, si la *confianza básica*<sup>81</sup> no se establece a causa de malos cuidados, etc. la inestabilidad afectiva podría entenderse como una respuesta natural o esperada en ese ámbito, así como las reacciones impulsivas

---

<sup>80</sup> [https://elpais.com/diario/1987/11/28/cultura/565052411\\_850215.html](https://elpais.com/diario/1987/11/28/cultura/565052411_850215.html) Recuperado en agosto de 2019.

<sup>81</sup> Este concepto hace referencia a la presencia constante de la o las personas que se encargan de la crianza de un niño, surge por la satisfacción oportuna de las necesidades primarias (básicas) y emocionales del niño. Cuando la confianza básica no se da por parte de los cuidadores, la autoconfianza resulta negativamente afectada (Bordignon, 2005)

del criterio d), los intentos autolesivos del criterio e) y podría generar también, intensos brotes de ira que se clasifican en el criterio h). La cuestión aquí es si en efecto, bajo esas circunstancias no sería completamente normal sentirse o reaccionar de manera inestable o poco asertiva.

E. Criterios 6 y 7: Inestabilidad afectiva y sensación crónica de vacío.

Respecto a la inestabilidad afectiva se han dado en los criterios anteriores razones suficientes para examinar la objetividad de este criterio en relación con los factores psicosociales y ambientales que los pueden suscitar, como la falta de trabajo, el pobre acceso a las oportunidades, servicios públicos o de un trabajo digno, entre otras condiciones podrían desencadenar “inestabilidad afectiva” además de la “sensación crónica de vacío”.

Esa sensación de vacío también podría señalarse como un criterio vago que solo se puede explicar a partir de la narrativa de las personas diagnosticadas. Es decir, establecerlo como un criterio descriptivo para este diagnóstico contradice la intención de la psiquiatría de establecer criterios objetivos y claros sobre las enfermedades mentales.

F. Criterios 8 y 9: enfado intenso o dificultad para controlar la ira e Ideas paranoides transitorias.

Como hemos visto hasta ahora los diferentes criterios que conforman el TLP son características de actitudes reactivas a un medio hostil que imposibilita el desarrollo del ser humano y su bienestar. En ese sentido, la dificultad para controlar el enfado y la ira no pueden entenderse solamente en términos de disfunción dañina, sino también en las condiciones del contexto que posibilitan la exposición de emociones como el enfado o la ira.

El último criterio "ideas paranoides transitorias" relacionadas con el estrés y a los "síntomas disociativos graves", quizá el más justificado, puesto que se presentan cuando las personas se vuelven a sentir vulnerables ante una situación presente, que relacionan con su pasado traumático. Sin embargo, tampoco son precisas en tanto que las ideas paranoides pueden manifestarse en una persona a través de celos, por falta de confianza y miedo al abandono; o bien, literalmente afirmar que se es perseguido por alguien que desea hacer daño.

Aunque ambos niveles pueden coexistir en una persona, no se trata de algo que se pueda generalizar en todos los casos, ni que se manifiesten de la misma manera. Además, los celos entendidos como ideas paranoicas que señalan la desconfianza hacia el otro, no necesariamente se presentan como un problema ligado a una infancia disfuncional, sino que se podrían también manifestar en las personas a causa de un conjunto de entramados, tensiones y contradicciones culturales (Illouz, 2012) como parte de la dinámica de llamado "amor romántico".

Hasta aquí se ha señalado que la mayoría de los criterios que conforman la personalidad limítrofe de acuerdo con el DSM-5 resultan ser poco precisos, vagos y carentes de contexto cultural; cosa que puede generar que tanto los profesionales de la salud emitan falsos positivos, como las personas diagnosticadas se sientan confundidas sobre si tienen un trastorno y, por tanto, si el diagnóstico es en sí mismo adecuado o no.

## 2.5 Incidencia del TLP en México: mexicanos al límite <sup>82</sup>

Tal como lo indica el DSM 5, la prevalencia del TLP en la población que acude atención primaria es de un 6%, en centros de atención de salud mental del 10% y el 20% de personas hospitalizadas en entidades psiquiátricas (APA, 2014, p. 665).

Respecto a la epidemiología, presenta una prevalencia del 1% al 2% en la población en general (Torgersen *et al.*, 2001; Gabbard *et al.*, 2003; Molina *et al.*, 2003).

Gabriela García Laguna, miembro de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM), afirma que específicamente en México la población con TLP es del 1.5%, lo que equivale a más de dos millones de mexicanos, de los cuales, según José Ibarreche Beltrán<sup>83</sup> psiquiatra del hospital Psiquiátrico Fray Bernardino del 76 al 80% son mujeres y de acuerdo con un artículo publicado por la Agencia Informática de Conacyt<sup>84</sup>, e índices de prevalencia el TLP es el tercer trastorno psiquiátrico diagnosticado en México, después de la depresión y la ansiedad.

Según Escribano (2006) citando a Álvarez *et al.* el TLP es uno de los trastornos de la personalidad más frecuentes hoy en día, afectando aproximadamente en torno al 30% y 60% de los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad.

---

<sup>82</sup> Es el nombre del artículo publicado por Conacyt abajo citado. El uso de este nombre pretende señalar la forma sensacionalista que tienen los medios de hablar sobre el asunto de enfermedades en general y de manera particular de las enfermedades mentales. Este señalamiento es importante debido a que, también es parte de la forma en la que se construye la noción de enfermedad mental, en donde los medios de comunicación como los periódicos, revistas, televisión etc. Forman parte del estigma generado alrededor de las enfermedades mentales. Si bien, la nota parece bastante informativa, el nombre puede resultar alarmante.

<sup>83</sup> <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/2-millones-mexicanos-sufren-trastorno-borderline> Recuperado en febrero de 2019.

<sup>84</sup> <http://www.cienciamx.com/index.php/ciencia/humanidades/23174-mexicanos-al-limite> Recuperado en Septiembre 2019.

Señala que la afirmación de que es más frecuente en mujeres que en hombres, le parece sospechosa, ya que, considera podría estar sesgada por la selección de la muestra de los pacientes y a que las mujeres demandan con más frecuencia ser atendidas por profesionales<sup>85</sup>.

### 2.5.1 El sesgo de género del TLP

En relación con el alto índice de prevalencia respecto al género, se describirán en este apartado algunos factores que pueden estar relacionados con la alta incidencia en el género femenino: el caso del abuso sexual infantil y la interpretación que a nivel cognitivo y emocional representa para hombres y mujeres, aspectos del estigma relacionados con la propia categoría -como el diagnóstico de “la chica mala” (Ruiz y Vairo, 2008)-, las diferencias marcadas en relación a la apertura cultural para expresar las emociones en hombres y mujeres, entre otros que si bien no se profundizarán en esta investigación, pueden ser aliciente para el desarrollo de futuras investigaciones.

El abuso sexual infantil se considera como un factor importante puesto que la mayoría de las personas diagnosticadas con TLP lo vivieron. En un estudio realizado en el Instituto de Investigaciones de Ciencias de la Salud, sobre los trastornos mentales de hombres y mujeres que habían sufrido abuso sexual infantil, se encontró que de la muestra seleccionada el 95.5% eran mujeres (Arrom Suhurt, *et al.* 2015). Ese índice podría indicar que el TLP además de constituirse por criterios reactivos en relación con estresores psicosociales, económicos, etc.

---

<sup>85</sup> Sin embargo, a pesar de que Escribano ponga en tela de juicio la prevalencia de mujeres diagnosticadas con TLP, en el apartado de resultados de esta investigación, se verá que un alto índice de participación en las comunidades virtuales y en la entrevista profunda, está compuesto por mujeres.

también puede representar una problemática que mayormente presenta en las niñas y mujeres como lo es el tema del abuso sexual<sup>86</sup>.

Esto no es indicador de que los hombres o niños no sean vulnerables a sufrir este tipo de violencias, por lo que habría que considerar un elemento relevante al respecto, esto es, la forma en que se conceptualiza el abuso tanto en mujeres como en varones.

No obstante, en una cultura que se rige por sistemas religiosos, el abuso, por lo regular, no se interpreta de la misma forma. En las niñas está el falso imaginario del “himen roto” como un factor de honorabilidad no solo de la niña sino del grupo familiar al que pertenece, el himen roído como prueba de haber sido mancilladas, como si su valor como personas fuera arrancado, un valor que por lo regular está ligado aún en la actualidad, al concepto de lo virginal y “que se erige como falsa memoria de la sexualidad de las mujeres y las niñas” (Brunner y Grande, 2021).

El peso de ese imaginario representó por mucho tiempo la imposibilidad para denunciar el abuso o acusar al abusador con las personas cercanas, el secreto del abuso sexual en la infancia entonces se resignifica, se elabora con los recursos cognitivos y socioculturales que se van adquiriendo a lo largo del desarrollo y cuando esos recursos no son suficientes o están dados por el propio grupo social desde el juicio y el estigma, crea huellas en el carácter y la autoestima de las mujeres que lo han sufrido.

---

<sup>86</sup> En la Facultad de Psicología de la UNAM, en 2002 se atendieron 824 casos de abuso sexual infantil de quienes el 77 % de las víctimas eran mujeres y habían sido abusadas en un promedio de 5.7 años de edad. Se encontró que sus abusadores principalmente eran personas cercanas como hermanos el 19 %, padrastros el 18 %, tíos 16 % y padre 15 %. (Marques y Rocha, 2016).

Aún en la actualidad hay algunos estados en diferentes países que promueven las “pruebas de virginidad” que de acuerdo con la ONU violan derechos humanos como ser discriminados por razón de sexo, derecho a no sufrir tortura, crueldad, tratos o penas inhumanos o degradantes, el derecho a la infancia o el derecho a la salud<sup>87</sup>.

En cambio, en los varones el acto de abuso, en ocasiones, está interpretado casi como un ritual necesario para que el niño devenga viril. Cuando el varón comunica que una mujer mayor lo ha tocado, es aplaudido por sus pares, e incluso, llegan hasta envidiar su posición. La experiencia entonces cambia completamente, no surge una narrativa de víctima sino de conquistador, pues no hay nada mancillado que sea representante de honor, por el contrario, la iniciación sexual en los varones se solía generar a edades tempranas y sin que se les de el peso pertinente.

En una ocasión, un hombre en consulta privada, atormentado por su sexualidad y por la dificultad para establecer vínculos profundos con las mujeres, llegó a relatar que cuando tenía seis años la niñera que lo “cuidaba”, lo había tocado y literalmente el hombre dijo “fuimos amantes desde que yo tenía seis años hasta los 10 que dejó de trabajar en casa”. Su expresión no fue “abusó de mí, o fui víctima de abuso de una mujer de 30 años” sino “fuimos amantes”, al preguntarle sobre la experiencia, relató la forma en que sus compañeros aplaudían su temprana virilidad, cuando él les contó (dubitativamente) sobre la experiencia.

Lo que no quiere decir, que la vivencia en sí no lo hubiera afectado emocionalmente, sino que se había establecido una dinámica engañosa, que correspondía a las exigencias sociales de virilidad, que le otorgaba la posición del

---

<sup>87</sup> *ídem*

chico conquistador de una mujer de 30 años, a la imagen de un niño víctima de abuso sexual por parte de una mujer adulta.

Por otro lado, la incapacidad que tienen los hombres en expresar sus emociones como lo sugiere Álvarez, podrían llevar a una interpretación de la experiencia para los hombres muy distinta del abuso sexual infantil, lo cual no quiere decir que el abuso sexual infantil en los niños varones no tenga repercusiones, sino que la forma de elaborarlo podría reprimirse, o bien, excusarse en la estereotipada virilidad.

A diferencia de que en nuestra sociedad, como lo rescatan Ruiz y Vairo (2008) en *Trastorno Límite de la Personalidad. Reino de mujeres, tierra sin hombres*, a las mujeres “se les permite” con más apertura expresar sus emociones, al contrario de los varones que suelen reprimirlas, lleva a que se las clasifique como intensas o emocionalmente inestables, descalificando de esa manera sus vivencias y emociones. Lo anterior, orienta a “mantener las nociones estereotipadas de la débil salud mental de las mujeres” (Ordorika, 2009, p. 661).

Asimismo, dentro de los estudios sociológicos de la salud mental con perspectiva de género, una de las preocupaciones que existe es la naturalización social de las mujeres (Esteban, 2006), esto es, señalar la forma en que los estereotipos sociales y las desventajas a las que ese enfrentan en la vida cotidiana, son abordadas como si formaran parte de la constitución misma del ser mujer y de las funciones que tienen que cumplir, dentro de una sociedad atravesada por un sistema patriarcal que lleva a medicalizarlas en lugar de atender a las circunstancias desfavorables por las que constantemente son desafiadas.

Ruiz y Vairo, señalan que en los últimos tiempos se ha caracterizado al TLP en la psiquiatría como diagnóstico de “la chica mala”, que confirma por un lado la idea de naturalización de los estereotipos sociales y por otro, la forma en que la psiquiatría también en sí misma resulta ser parte de los dispositivos del estigma social de los que tanto de ha tratado de librar.

En ese mismo sentido Clare Shaw & Gillian Proctor, en su artículo *Women at the Margins: a Critique of the Diagnosis of Borderline Personality Disorder* (2005), manifiestan una postura desde los estudios feministas que supone un sesgo de género importante.

Estas autoras, hacen notar que en la definición del TLP existe de facto una negación de los factores sociales que están presentes en la patologización de las mujeres. De acuerdo con estas autoras, el TLP se ha considerado por mucho tiempo como una patología mayormente femenina y argumentan que el diagnóstico de TLP distrae de la importante etiología del trauma ocasionado por el abuso sexual infantil, como se ha mencionado antes.

La idea que persiguen en ese argumento es que el abuso sexual en la infancia es uno de los criterios determinantes para realizar el diagnóstico de TLP y eso conlleva a que al crear esa categoría se minimicen los daños que ocasiona el abuso sexual en la vida de las mujeres.

De hecho, consideran como algo normal que una persona que ha sido abusada sexualmente genere una actitud socialmente reactiva, como la falta de productividad, desorganización de los afectos, la falta de confianza y seguridad y todos los demás criterios que definen al TLP.

Esencialmente reflexionan que el TLP no es más que una categoría construida socialmente, que forma parte de la historia de patologización de la conducta reactiva de las mujeres ante la desigualdad, como lo era en el caso de la histeria. Retomando a Showalter, afirman que dicha categoría no era más que una respuesta a la falta de poder y crecientes expectativas contradictorias acerca de la conducta femenina que ha sido normada por la sociedad. De la misma manera el TLP tiene en sus bases la desigualdad de género, desigualdad marcada en una sociedad patriarcal y que no crea las mismas oportunidades para todos (Shaw y Proctor, 2005).

Esta discusión representa el problema que señala A. Stolkiner (2013) sobre la forma en que una vivencia dolorosa, o en el caso del TLP un conjunto de vivencias dolorosas, se traducen en patología o enfermedad, que muestran la presencia de la medicalización en las prácticas discursivas.

Peter Conrad (2007) en su libro *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Condition into Treatable Disorders*, intenta alcanzar una mejor comprensión de los cambios que se ha producido en la medicalización de la sociedad en las últimas décadas.

Puntualiza que su preocupación más que afirmar si un problema es realmente médico o no, subyace en entender los fundamentos sociales de la expansión de la jurisdicción médica y sus implicaciones políticas e individuales. Afirma que “la medicalización describe un proceso mediante el cual los problemas no médicos se definen y tratan como problemas médicos, generalmente en términos de enfermedades y trastornos” (Conrad, 2007).

Por su parte Conrad asume que “a los críticos les preocupa que la medicalización transforme aspectos de la vida cotidiana en patologías, reduciendo el rango de lo que se considera aceptable” [...] y afirma que “el mayor poder de control social proviene de tener la autoridad para definir ciertos comportamientos, personas y cosas” (Conrad, 2007, p. 9). Ese poder en el caso de las enfermedades mentales se encuentra en manos del mundo “psi”, que se encargan de la demarcación de criterios de normalidad-anormalidad y de salud-enfermedad y que, en esta cuestión, suelen devaluar la importancia de condiciones y predisponentes sociales en el malestar mental.

En ese sentido si se piensa al TLP en los términos de Clare Shaw y Gillian Proctor su argumento resulta interesante, puesto que señalan la manera sesgada de establecer dicha categoría, algo que podría sumar a su crítica, es que es un trastorno que pertenece al grupo de los “dramáticos e inestables”, que como ya se dijo además de ser un término vago, se remarca una visión teatral, simulada, con la que la opinión de las mujeres es devaluada y además esa “opinión o percepción errónea” tiene que o necesita ser medicada.

El análisis de género en esta categoría es de suma importancia, puesto que muestra la influencia de criterios sociales y culturales en la construcción de categorías diagnósticas, como el caso del TLP.

## 2.6 Comorbilidad y diagnóstico diferencial

En los apartados anteriores se puntualizó en el problema de vaguedad con la que se describen los criterios diagnósticos del TLP, se desglosó un análisis a partir de un aparato crítico por medio de la propuesta del *Harmful Dysfunction* de Wakefield

las controversias que despierta respecto al género y lo que ahora queda por señalar es el diagnóstico diferencial y la comorbilidad para comprender de qué manera han influido en destinos del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. El TLP tiene una característica ortogonal<sup>88</sup>; pues establece una relación entre todos los criterios de los demás grupos de trastornos de personalidad e incluso trastornos del afecto. Esa característica en ocasiones es causa de los falsos positivos en el diagnóstico, por su parecido con otros diagnósticos (Caballo & Camacho, 2000).

Como lo señala el DSM 5 habrá que distinguir al TLP de los siguientes diagnósticos: trastornos del afecto (depresivos y bipolares), trastornos de la personalidad histriónico, paranoide, esquizotípico, narcisista, antisocial, dependiente y de trastornos por uso de sustancias.

Además, presenta altos índices de comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar, con el trastorno de ansiedad generalizada y trastornos de alimentación como la anorexia o la bulimia. (APA, 2014).

A partir de tales datos, nos continuamos haciendo la misma pregunta ¿cómo entonces se puede diferenciar de un diagnóstico a otro? Lo cierto es que ese discernimiento queda comúnmente en manos del psiquiatra que debe decidir por juicio propio, los niveles de “intensidad” o frecuencia de aparición de ciertos criterios para discernir entre un diagnóstico u otro.

Existe también la posibilidad de que los psiquiatras que se han formado como psicoterapeutas o en otros modelos teóricos, se ayuden de modelos de diagnóstico

---

<sup>88</sup> La proyección ortogonal, se denomina dentro de la geometría Euclidiana al resultado de dibujar la totalidad de las rectas proyectantes perpendiculares sobre cierto plano. Al realizar la proyección, se establece un vínculo entre los puntos del componente proyectante y los puntos del elemento proyectado. Recuperado de: <https://definicion.de/ortogonal/> En este entendido, la concepción del TLP como ortogonal hace referencia a su capacidad de ser proyectado con facilidad con las características o criterios de otros diagnósticos.

que no forman parte del DSM 5, como el modelo de diagnóstico estructural propuesto por Otto Kernberg (1928).

Kernberg propuso un modelo diagnóstico en el que considera al espectro limítrofe como parte de una organización de la personalidad que puede tener características narcisistas o antisociales, es decir, para este autor no habrá necesidad de diferenciar entre esas categorías, sino observar los niveles de prevalencia en las personas de acuerdo con sus necesidades.

Esto, lo propone debido a que considera que la manera descriptiva del diagnóstico usada en el DSM puede resultar engañosa, pues solo se centra en criterios y conductas observables. En cambio, el diagnóstico estructural que propone, a pesar de ser más complejo, tiene la virtud de comprender lo que acontece en la estructura mental. Para ello, ubica tres características de análisis predominantes: 1) el grado de integración de la identidad, 2) los tipos de operaciones defensivas que [los sujetos] habitualmente emplean y 3) su capacidad para la integración de realidad.

Para Kernberg una estructura no limítrofe comprende un yo integrado, su organización defensiva se centra en mecanismos de defensa<sup>89</sup> secundarios o elaborados [como la sublimación] y la prueba de realidad no se encuentra alterada. En contraposición, las organizaciones límite presentan un yo desintegrado, sus

---

<sup>89</sup> Los mecanismos de defensa que se consideran primitivos son la escisión, la identificación proyectiva, negación, idealización, etc. (que predominan en estos casos), la prueba de realidad y otros criterios secundarios como la falta de control de impulsos, carencia de tolerancia a la frustración, ausencia de vías sublimatorias, alteración de relaciones objetales y persistencia de precursores primitivos del superyó (López-Garza, 2004, p. 9).

mecanismos de defensa son primitivos -como la *Spaltung* (escisión)<sup>90</sup>- y su percepción de realidad está gravemente deteriorada (Kernberg, 1984).

Este autor describe como parte de la estructura límite la ansiedad crónica y difusa, presencia de neurosis polisintomática (fobias múltiples, síntomas obsesivos-compulsivos, síntomas conversivos, hipocondría, tendencias paranoides), tendencias sexuales perversas polimorfas, estructuras prepsicóticas (hipomanía y ciclotimia), conductas adictivas, reacciones caóticas e impulsivas. En esa clasificación agrupa al grupo B de los trastornos de personalidad (trastorno narcisista, antisocial e histriónico), puesto que considera que tienen la misma estructura de funcionamiento psíquico.

El diagnóstico estructural, que propone Kernberg sobre el TLP, podría ser valiosa en el sentido de que ofrece un entendimiento fenomenológico del diagnóstico sin embargo, su propuesta no resuelve del todo el problema de que se pueda confundir con otras categorías psiquiátricas, ni tampoco se pueda presentar en comorbilidad con otras.

Existen numerosos estudios que ubican comorbilidad del TLP<sup>91</sup> además de los diagnósticos considerados por el DSM 5, como: el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y otro tipo de trastornos del Eje I como el Trastorno por estrés postraumático y el trastorno obsesivo compulsivo.

---

<sup>90</sup> La *Spaltung* es un fenómeno señalado inicialmente por Freud como el hecho de que una persona en uno u otro aspecto, se divide con respecto de sí misma. Es el resultado del conflicto y plantea el problema por el cual el sujeto consciente se ha separado de una parte de sus representaciones (cuando éstas le resultan inconciliables). (Laplanche y Pontalis, 1983).

<sup>91</sup> Véase Cabeza Monroy y Palomino Huertas [Comorbilidad con el Eje I y el TLP](#), Gasulla-Vellido [Revisión bibliográfica sobre la comorbilidad del TLP con otros cuadro clínicos](#), Ramos-Quiroga et. al. [Comorbilidad del TLP con el TDA-H](#).

Para Escribano (2006) esta categoría debería de ser una sub-categoría del trastorno por estrés postraumático debido a que la mayoría de los usuarios con TLP han sufrido eventos traumáticos recurrentes sobre todo, en la infancia y adolescencia.

Una de las dinámicas que podría presentarse ante la vaguedad y alto nivel de comorbilidad del TLP es el autodiagnóstico, es decir, que personas que no hayan sido diagnosticadas por algún especialista se sientan identificadas con esta categoría, sin que en realidad tengan el trastorno; esto reforzado por el hecho de que el saber de la psiquiatría, en general, ha traspasado las barreras institucionales.

Como se verá en el capítulo IV, la formación de comunidades virtuales en el caso específico del TLP, da cuenta de la proliferación del discurso psiquiátrico en las redes, un discurso que ya no es solo del dominio de especialistas, sino que forma parte de imaginario social sobre la enfermedad mental y que además de favorecer al autodiagnóstico puede en consecuencia motivar a la automedicación.

Lo anterior, puede ser aún más problemático debido a que una de las discusiones respecto al tratamiento del TLP es sobre si las personas que son diagnosticadas deberían ser medicadas o no, pues al no existir un medicamento que sea exclusivo para los trastornos de personalidad, se suelen indicar fármacos como antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos y anticonvulsivos, por lo regular, todos al mismo tiempo.

Eso hace que en muchas ocasiones los usuarios terminen afectados no solo por el TLP, sino por los efectos secundarios del uso de fármacos a largo plazo y de la

polifarmacia. Por ello, en el siguiente apartado abordará en diagnóstico de TLP en relación con la medicación.

#### 2.6.1 El diagnóstico del TLP y la medicación.

El aumento de categorías psiquiátricas ha motivado la mejora de psicofármacos que eviten los fuertes efectos secundarios que, comúnmente, los medicamentos como antipsicóticos primera generación provocaban (retardo psicomotor, aplanamiento afectivo, indiferencia y aquietamiento emocional, lentitud de pensamiento, etc.). Sin embargo, en lo sucesivo se verá cómo, a pesar de los esfuerzos, esos efectos solo se han sustituido por otros en los llamados psicofármacos de segunda generación.

En el caso del TLP hay quienes consideran necesario medicar para el control de estados de ansiedad, impulsividad o los cuadros depresivos que con frecuencia acompañan al diagnóstico. Incluso en ocasiones se les llega a medicar por medio de antipsicóticos y anticonvulsivos, para combatir el alto grado de impulsividad o las ideas paranoides. Sin embargo, los resultados no siempre son los deseados.

El asunto de la medicación como propuesta de tratamiento para el que TLP se puede analizar en dos niveles: 1) la demanda de medicamentos de las personas usuarias de los servicios de salud mental y 2) la relación de la institución médica/psiquiátrica con la industria farmacéutica.

En el primer nivel, tenemos que un factor importante en la prescripción de los medicamentos es la misma demanda de los usuarios de los servicios de salud mental, puesto que algunos están en situaciones que ambientalmente no pueden modificarse y otras simplemente intentan acallar sus pensamientos y no

encuentran otra posibilidad para manejar la angustia. Existe otro grupo de usuarios que no los demandan, pero aceptan los medicamentos por confianza en la autoridad médica y, que a pesar de los efectos secundarios, prefieren tomarlos para no sentirse angustiados y otros más que aceptan tomarlos, pero que al sentir los efectos secundarios terminan por abandonarlos. En este último caso, se encuentran varias de las personas que fueron entrevistadas, que como se verá en el capítulo IV relatan que los efectos de los medicamentos bloquean la capacidad de respuesta a las demandas simples de la vida cotidiana, por el sueño, cansancio, la pesadez corporal, etc.

En un segundo nivel de la discusión, que implica al vínculo estrecho entre la institución médica y el ámbito farmacéutico, se ubican las demandas de los especialistas por la creación de nuevos y “mejores” medicamentos que disminuyan los efectos secundarios que los psicofármacos de primera generación producían. El problema que esto conlleva es que son medicamentos de alto costo y, por otro lado, se ha encontrado que algunos medicamentos como los “antipsicóticos de segunda generación” generan otro tipo de enfermedades como diabetes, riesgo cardio metabólico y aumento de peso (Guzmán, 2020).

En el caso del TLP una de las discusiones entre especialistas versa sobre la medicación del trastorno, quienes (Chávez-León y Ontiveros, 2018) afirman la necesidad de asignar tratamiento psicofarmacológico suelen indicar como ya se ha dicho antipsicóticos y anticonvulsivos para el control de los impulsos, lo cual genera un riesgo para desencadenar otro tipo de cuadros clínicos, en los que se hacen presentes enfermedades físicas que pueden agravar la condición emocional.

Sin embargo, cabe señalar que hasta ahora no existe un acuerdo generalizado en el ámbito de la psiquiatría sobre el tipo de tratamiento para el TLP, quienes se decantan por la medicación utilizan frecuentemente:

- Los antidepresivos y ansiolíticos, como segunda opción, se recomiendan los antidepresivos tricíclicos y, como último recurso, un inhibidor de la MAO (monoamino oxidasa). inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, para disminuir la irritabilidad y la agresividad y, en menor grado, la depresión (fluoxetina) y la labilidad emocional (fluvoxamina).
- Los antipsicóticos (haloperidol y olanzapina) para disminuir en algún grado los síntomas depresivos, la impulsividad y la agresividad.
- Los anticonvulsivantes (carbamazepina, valproato y topiramato) mejoran los síntomas de depresión y el control sobre la agresión.
- La clozapina y el litio para los casos resistentes. (Chávez y Ontiveros, 2006, p. 18).

En el caso de las personas con TLP existe una gran variedad de opiniones desde el gremio de especialistas, hasta los propios pacientes que en ocasiones están convencidos de necesitar medicamentos ya sea porque el psiquiatra lo ha indicado o por recomendaciones de otros que tienen TLP o han vivido de cerca la experiencia con un familiar diagnosticado. Esto hace que los psiquiatras y la industria farmacéutica respondan a esas demandas sociales con la creación de nuevos medicamentos.

Ahora bien, no existe un fármaco que sea específico ni único para el tratamiento del TLP, a pesar de ello Patricia Ontiveros y Chávez-León -entre otros- sugieren que los psicofármacos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina son útiles

para disminuir la irritabilidad y la agresividad y, en menor grado, la depresión con el uso de fluoxetina y la labilidad emocional con fluvoxamina. Refieren que los antipsicóticos como el haloperidol y la olanzapina disminuyen en algún grado los síntomas depresivos, la impulsividad y la agresividad. Los anticonvulsivantes (carbamazepina, valproato y topiramato) mejoran los síntomas de depresión y el control sobre la agresión. (Chávez-León y Ontiveros, 2006, p. 20).

Recomiendan iniciar el tratamiento con dosis bajas y aumentarlas progresivamente, sin cambiar o agregar medicamentos antes de haber esperado un lapso razonable, que oscila de tres a seis meses, en el caso que no se observe mejoría la combinación de medicamentos y las dosis se pueden modificar y aumentar. Aquí el problema es saber si en realidad lo que empeora a las personas se deba precisamente a la polimedicación, como lo sugiere J. Moncrieff (2008), o bien se deba a una resistencia orgánica o psicológica de las personas tratadas.

De hecho, como ya se ha dicho antes, no existen indicios suficientes que avalen la mejora de estas personas utilizando medicamentos, ni tampoco los suficientes estudios que muestren su origen orgánico o genético de las enfermedades mentales, a pesar de los intentos de investigación en tal caso.

A pesar de ello, cabe mencionar que además de la medicación se ofertan otro tipo de terapias, para el abordaje clínico del TLP en las que, por lo regular, se sugieren un acompañamiento farmacológico; entre las más utilizadas por los usuarios de las comunidades virtuales están: la psicoterapia basada en la transferencia<sup>92</sup>, la terapia

---

<sup>92</sup> La relación transferencial en psicoanálisis está relacionada con las emociones, sentimientos, fantasías, etc. que el paciente deposita en el psicoanalista y que, están directamente conectados con sus relaciones primarias, desde el nacimiento hasta la adolescencia. El tratamiento basado en la transferencia ha sido objeto de varias investigaciones una de las más conocidas por su influencia es: "Psicoterapia Focalizada en la

cognitivo conductual<sup>93</sup>, la terapia racional emotiva, la terapia narrativa, la terapia dialéctico-conductual, etc. (García *et. al.*, 2010). En su mayoría parten de marcos teóricos diferentes y varían en el énfasis que se le hace ya sea al síntoma o al origen del trastorno.

Finalmente, es importante señalar que la psiquiatría no niega la importancia del discurso de los usuarios. Sin embargo, parece que algo está fallando en el proceso no solo diagnóstico, sino de entendimiento de la enfermedad mental, pues como se dijo anteriormente, el velo que representa el discurso psiquiátrico pesa más que la narrativa de los usuarios sobre la vivencia de su malestar. Por lo que, en el siguiente capítulo se hará una descripción sobre los niveles de experticia y las formas en que se pueden entender a los expertos por experiencia en la psiquiatría.

---

Transferencia para pacientes Limítrofes” una investigación de David N. López Garza que fue publicada en 2004.

<sup>93</sup> El tratamiento cognitivo conductual en las personas con TLP, está basado en el reconocimiento de los pensamientos irracionales y las conductas caóticas. El terapeuta por lo general va estableciendo tareas concretas, planteando metas con tiempos establecidos, etc. Es común por otro lado, que los terapeutas cognitivos conductuales, se apoyen en el tratamiento con la interdisciplina, es decir, del apoyo de psiquiatras que mediquen a las personas que están tratando.

## Capítulo III

### El problema de la experticia: el mundo de los expertos "Psi"

En este capítulo, se discute el problema de la experticia en el campo de lo "psi". Se hace énfasis en lo que se ha considerado "experticia por experiencia", considerando dentro de ese espectro a los movimientos de usuarios sobrevivientes a la psiquiatría -que surgieron a partir de la corriente de antipsiquiatría- y la importancia que han representado para poder plantear la posibilidad de "una nueva psiquiatría".

Se discutirá sobre cómo el concepto de "experto por experiencia" si bien supone la vivencia del padecer, en sí mismo, no alcanza a describir la complejidad de lo que representa la situación epistémica de los usuarios de servicios de salud mental.

Se propone, en cambio, discutir sobre un nuevo tipo de "usuario-experto" que no solo son versados por su vivencia del TLP, sino que, además pasan por una formación que la propia trayectoria diagnóstica les demanda. De esa manera, desarrollan la capacidad no solo a establecer un diálogo con la psiquiatría o con el gremio "psi", sino que, ellos mismos se convierten también en formadores de otros usuarios dispuestos a escuchar<sup>94</sup> y que pueden poner sobre la mesa más y mejores

---

<sup>94</sup> Frecuentemente se ha encontrado que uno de los graves problemas del médico en general y el psiquiatra en particular, escuchan lo que es pertinente para establecer un diagnóstico, como ya se ha señalado, pero lo grave de ello es que existe una especie de disonancia cognitiva, esto es, una especie de autoengaño que los hace pensar que sí escuchan y que lo más importante es la narrativa de los usuarios, pero por otro, lado son ciegos y sordos a los aspectos relacionados con el conflicto existencial, entonces encontramos testimonios de personas que al acudir a un psiquiatra y le comparte aspectos que considera importantes, el psiquiatra puede contestar: "yo no soy psicólogo, sólo estoy para medicarte". En un evento académico Juan Manuel Quijada Gaytán médico psiquiatra, Director general de los servicios de atención psiquiátrica en México, a pesar de haber escuchado los resultados de una investigación llevada a cabo por DOCUMENTA, en hospitales psiquiátricos; en la que se señalaban las graves condiciones en las que muchas instituciones psiquiátricas se encuentran en el país, de escuchar las injusticias epistémicas que se comenten por el ingreso obligatorio, tratamientos que funcionan aún casi como métodos de tortura, etc. decía: "yo nunca he visto ningún tipo de violencia o abuso a los pacientes". Argumentando, que en su residencia en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, eso no sucedía. Este es un caso en que defender a la profesión, apremia más, que la escuchar voz de los

estrategias de ayuda que, al mismo tiempo, sirvan de referente para los expertos-especialistas para entender y tratar una entidad como el TLP con mayor eficacia<sup>95</sup>.

### 1. Una mirada epistemológica de la experticia.

Desde los primeros estudios en Sociología médica se comenzó a manifestar gran interés no solo sobre el discurso y las prácticas médicas, sino que dieron un giro lanzando la mirada al discurso y acciones del propio paciente (Ordorika, 2009) que ha llevado a grandes discusiones desde diferentes enfoques (epistemología social y en los estudios sociales sobre ciencia y tecnología) sobre la agencia que ejercen los usuarios sobre su padecer.

En la epistemología social se ha abordado el tema de la experticia sobre qué es el conocimiento experto, cómo se constituye y quién lo posee.

En Filosofía de la Ciencia, una de las tantas discusiones, versa sobre la utilidad del “concepto” como guía de las prácticas científicas (Ordoñez, 2017). En este caso, nos preguntamos sobre si el concepto de “enfermedad mental” es suficiente y necesario para guiar la práctica psiquiátrica, o bien, entender cuáles son las implicaciones de los cambios en el concepto de locura a lo largo de la historia, es decir, ¿son lo mismo locura, alienismo, enfermedad y trastornos mentales? Como

---

usuarios y de otros expertos que hacen evidentes demandas y necesidades relacionadas con los factores de vulnerabilidad y discriminación, que para Quijada Gaytán no son la norma.

<sup>95</sup> Lisa Sanders Médica Internista y columnista del New York Times (NYT), creo una estrategia en la que asume que cualquier persona la puede hacer de “detective médico”. Su forma de construir un diagnóstico tiene que ver con el reconocimiento que las personas tienen mucho que decir de su padecer, de su forma de vivir su diagnóstico y de socializarlo. En la columna Times Insider del NYT, plantea casos de difícil diagnóstico y los publica con la intención de que, quienes lo lean y se identifiquen con lo narrado den su opinión del caso, las personas envían sus propuestas, lo que piensan del caso y entre todos y sobre todo escuchando y valorando lo que el paciente cree o considera que es mejor para él, se hace un diagnóstico. Tal parece, que para Sanders, mucho del padecer es como dijera Nietzsche “humano demasiado humano”. Lo interesante de su propuesta es que la mayoría de los casos, por su especialidad, son casos meramente médicos, tal vez cuando se enmarca la enfermedad en lo mental, este reconocimiento incluso cobre más sentido.

se hizo manifiesto en el primer capítulo la evolución de los conceptos hace pensar que no representan la misma cosa, el concepto de locura fue eliminado del vocabulario "psi" por la carga moral que representaba en el imaginario social, señalar al "loco" como fuera de sí pero sobre todo, como una persona poco confiable respecto a su percepción y concepción del mundo.

Se creó entonces otra categoría, la de "enfermedad mental" que predominó en el siglo XIX y que fue sustituida en el siglo XX por "trastorno mental" de tal manera que la categoría tuviera cabida en el campo de la medicina y de esa manera se pudiera arrancar el estigma social y todo lo que implicaba que se dirigiera a las personas diagnosticadas.

Al parecer, como se irá observando en lo que sigue del texto, el concepto de "trastorno mental" como categoría psiquiátrica no puede tratarse de manera aislada, no se puede omitir su historicidad, ni las implicaciones que tiene el diagnóstico psiquiátrico en la identidad de las personas y es precisamente este último asunto lo que preocupó a Ian Hacking, quien invita a pensar las categorías de enfermedad mental como conceptos que generan un proceso [dialéctico] de nominalismo dinámico que surge entre el sujeto nombrado y la categoría.

En este trabajo, se ha distinguido ese dinamismo entre sujeto y categoría en al menos tres diferentes niveles o efectos que tiene la condición de TLP y las personas diagnosticadas dentro de ella: en primer lugar, se indica la relación que los especialistas del gremio psi han establecido con las categorías psiquiátricas y la forma tan diversa en que han sido tratadas en la práctica médica-psiquiátrica. En segundo lugar, se dará cuenta de la relación de las categorías con los usuarios y el impacto que genera en su identidad como efecto *loop*. En tercer lugar, se explicará

la dinámica de relación entre los especialistas y los usuarios. La intención de señalar cada uno de estos procesos, encuentra su fuente en la idea de que el campo de la psiquiatría, en sí mismo, está instituido a partir de convergencias y divergencias o disidencias, pero que comparten una jerga en común que es el diagnóstico psiquiátrico.

Por lo que, cada una de estas relaciones generan dinámicas dialécticas que, como veremos, tienen consecuencias tanto en quienes son nombrados con TLP, como en quienes emiten el diagnóstico.

Ahora bien, desde los CTS se ha considerado desde la práctica científica y el papel de los especialistas, el rol de los usuarios (llamados legos) en la ciencia. Las discusiones versan sobre si la democratización en la ciencia es necesaria, cuáles son sus beneficios y conflictos de que sea así y, dentro de uno de los asuntos primordiales, se encuentra el papel de la *agencia* para entender la influencia del *conocimiento de primera persona* en saberes especializados o certificados, sobre si es posible crear un puente entre el saber experto y el experto por experiencia (Collins et al., 2020).

Uno de los aspectos que concierne a esta investigación, es cómo y a partir de qué parámetros los especialistas definen qué es un trastorno o enfermedad mental, de qué manera se delimitan los procedimientos del diagnóstico, qué tipo de tratamiento consideran como el indicado, etc.

Como se ha descrito a lo largo de este trabajo, ha resultado un gran desafío determinar criterios claros y procedimientos eficaces para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales, sobre todo, si se parte de la idea de que “no hay una sola psiquiatría, [sino que] la psiquiatría es heterogénea, tiene

diferentes concepciones que, a veces, resultan incompatibles con el trastorno mental y con muchas prácticas de tratamiento” (Rose, 2019, p.5).

La falta de acuerdo y diversidad en la oferta de alternativas terapéuticas abre un mundo de posibilidad al que los usuarios asisten, convirtiéndose ellos mismos, en una fuente de conocimiento que se va forjando a través de la experiencia en primera persona y de la investigación que emprenden para gestionar su bienestar.

Es decir, su propia experiencia del TLP se convierte en una experticia que los dota de agencia y poder de acción respecto a la búsqueda de su bienestar. Algunos ejercen su agencia consultando a un especialista, buscando información, utilizando lo que tienen a la mano para esa búsqueda y con la llegada de internet muchos otros suelen investigar en la red buscando foros sobre su padecer, formar comunidades virtuales que los lleva a conectarse con personas incluso de otros países.

Así, los expertos por experiencia acceden a un mundo abierto y amplio de conocimiento, que les facilita comparar su narrativa, con la de otras voces que van formando y construyendo un conocimiento más enriquecido, más acompañado. Llegando, incluso, a complementar las estrategias de tratamiento y contención para recuperar o lograr, el bienestar propio y, en ocasiones, el de otros de manera directa o indirecta<sup>96</sup>.

Ahora bien, partiendo la postura realista de Ian Hacking sobre la enfermedad mental, ya sea una construcción social o no, históricamente a quien se le ha otorgado el valor de conocimiento válido y verdadero, ha sido al gremio de

---

<sup>96</sup> En esto se profundizará el análisis de la categoría de TLP, en específico, en lo que refiere a las comunidades virtuales como medios de conocimiento y de contención.

especialistas del mundo “psi”, -psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, psicoterapeutas- quienes tienen el aval institucional, del Estado y la sociedad en su conjunto para definir los criterios de salud y enfermedad.

La experticia de los usuarios, en este sentido, es una experticia que frecuentemente está bajo un halo de silencio, un silencio que se guarda por el miedo a la discriminación social y, como se verá en el capítulo de resultados, también es fomentada por el gremio de especialistas que debido a la deformación de su formación solo ven al sujeto como categoría de estudio y, no así, sin prejuizar de ante mano su estado mental.

El psiquiatra psicoanalista Aniceto Aramoni (1916-2002) afirmaba “hay que aprender la técnica para después olvidarla” (Krassoievitch, 2006)”, lo cual es algo que para muchos especialistas del gremio no sucede, pues ven al otro inmediatamente tras el velo de las categorías y de esa manera, tienen en mente la técnica antes que a la persona. Esto no implica que el psiquiatra deba ser una práctica vacía en la percepción del conocimiento del otro, sino que, se deberían estimular dinámicas de relación que valoren por una parte la experticia de la vivencia de los padeceres mentales y, por otro lado, se fomente una escucha activa, más abierta y "libre de categorías", para promover de esa forma mecanismos de intervención más particularizada, que ayude como consecuencia a evitar los falsos positivos. Pero esto, requiere un tratamiento más cuidadoso más adelante.

No obstante, es de gran relevancia reconocer los límites de tales experticias. Puesto que, de ese entendimiento se podría plantear una forma de construir puentes de colaboración, que incluso, sea de mayor utilidad para encontrar

estrategias de bienestar para los usuarios, promoviendo una relación menos asimétrica y libre de paternalismo en la relación de expertos especializados y expertos por experiencia.

Desde los CTS, Collins y Evans describen diferentes tipos de experticia, en *Rethinking Expertise* (2007), estos autores problematizan el concepto de experticia, se preguntan ¿qué significa ser un experto? y a partir de ello, describen diferentes tipos de experticia basados el conocimiento tácito (2007, p. 14).

El primer tipo es la *experticia ubicua* que está a un nivel de “conocimiento tácito o natural”. En este tipo de experticia no se puede explicar la forma en la que el conocimiento se ha adquirido, simplemente se sabe. En primera instancia, se podría considerar que todas las personas, independientemente de sus prácticas tienen conocimientos diversos que están relacionados con ese nivel de experticia, como el famoso ejemplo del sexador de pollos “es experto en identificar a los pollos macho de las hembras” pero no es capaz de explicar cómo lo hace, ni la técnica que utiliza, solo sabe que lo puede hacer por medio de la práctica. Es decir, es un conocimiento que sólo se intuye, la práctica se memoriza y se repite, pero que no genera ninguna reflexión.

De ese tipo de experticia se desprende la “*specialist expertise*” (experticia especializada) de niveles bajos de conocimiento y que a su vez resulta en “conocimiento popular y en conocimiento de fuentes primarias”. En el nivel de “conocimiento popular” se adquiere un saber más profundo que permite formular preguntas, pero que no incluye detalles ni contexto y tampoco permite una actitud crítica ante él.

Por otro lado, el “conocimiento de fuentes primarias” se obtiene leyendo textos o por comunicación oral que proviene de un experto embebido en un ámbito determinado, se considera por lo general, que el lenguaje que utiliza es técnico y no es tan accesible, más que para quienes comparten el campo. Aunque sea un conocimiento especializado con el uso de Internet se puede tener a la mano, como en el caso de las personas que son diagnosticadas con una enfermedad mental, muy fácilmente pueden buscar tanto opiniones públicas y artículos académicos, etc.

A su vez, el conocimiento tácito especializado se divide en “experticia interactiva y experticia contributiva”. El experto interactivo puede ser un crítico válido y tiene la capacidad, incluso, de contribuir a la progresión de un tema, pues domina sus aspectos lingüísticos y tiene un conocimiento profundo sobre éste. Aún cuando solo sea en una posición de facilitador, es capaz de tener una conversación con un experto contributivo y entender a fondo lo que dice, pero no de tomar acción, pues no conoce el cómo, ni tampoco cuenta con las acreditaciones para hacerlo.

Un ejemplo de este tipo de experticia, podrían ser los usuarios que han participado en movimientos que han llevado a cambiar políticas respecto a las malas prácticas psiquiátricas, uno de los movimientos pioneros que se levantaron de parte de los usuarios, surgió en 1973 en el hospital de *Paddington* denominado “*Mental Patients Union*” (Rose, 2018, p. 153) eran usuarios que mostraron que era necesario establecer un puente de comunicación para defender sus derechos, personas que desde la experticia por experiencia a pesar de no tener ninguna acreditación lograron que se reformularan asuntos como a reclusión y medicación involuntarias.

A pesar de ello, no podrían ser ellos quienes diagnosticaran a una persona, puesto que en su mayoría<sup>97</sup> no contaban con las acreditaciones para hacerlo.

Por su parte, el “experto contributivo” es quien puede generar conocimiento manejando el “qué y el cómo”; es decir, participa activamente en su campo. No obstante, Collins & Evans proponen que en el dominio lingüístico ambos expertos están perfectamente a la par, y que desde este dominio le es posible al experto interactivo contribuir.

Finalmente se encuentran las “meta-experticias” y “los meta-criterios” que son representados por expertos que juzgan a otros expertos y los criterios que utilizan para juzgarlos son los meta-criterios. En las meta-experticias se habla acerca de cómo uno se vuelve un experto.

En ese nivel se encuentran la “discriminación ubicua” que se sostiene en criterios establecidos como una serie de credenciales que respaldan la experticia y por “discriminación local<sup>98</sup>” se vuelve un experto interactivo que comunica y hace difusión de conocimiento. En este nivel existen “criterios internos” con los que cuenta un gremio para su evaluación. Collins y Evans consideran que no hay mejores jueces que los más expertos para evaluar a los que están por debajo de ellos en experticia (Collins & Evans, 2007).

Hasta aquí, la defensa que hacen estos autores da la impresión de estar fundamentada en una necesidad por distinguir los niveles de experticia

---

<sup>97</sup> Se recalca que son en “su mayoría”, puesto que hay casos de expertos como Eleanor Longden, que diagnosticada con esquizofrenia logró convertirse en una experta acreditada con un doctorado en psicología y es miembro del comité de investigación internacional de *Intervoice*.

<sup>98</sup> Para Collins, et al. la “discriminación local” hace referencia a la elección -en el campo de las ciencias- de especialistas que puedan evaluar a través de parámetros bien establecidos institucionalmente el discernimiento de lo que se considera conocimiento y lo que no.

sobreponiendo la experticia basada en el conocimiento científico, sobre el que no lo es. En este sentido los niveles de experticia que sugieren más que una “tabla periódica” parece ser piramidal.

En cambio, en *Experts and the Will of the People* hacen un refinamiento de su propuesta anterior que integra a todos los tipos de experticia en la imagen de un fractal

La experticia por experiencia resulta ser la socialización de un dominio experto, la sociedad consta de muchos dominios, expertos de diferente extensión, algunos pequeños y esotéricos, algunos otros grandes y ubicuos como la adquisición del lenguaje. Los dominios expertos se superponen y están incrustados entre sí como un fractal. (Collins, *et al.*, 2020, p. 63).

De acuerdo con esto, todos los tipos de experticia son válidos y forman parte de la construcción del conocimiento. Afirman que “los ciudadanos poseen una ‘meta experticia ubicua’ que les permite elegir dominios cuando buscan opiniones de expertos: como si una vacuna es segura” (Collins, *et al.*, 2020). Para que eso sea posible sin que se caiga en una especie de populismo, los ciudadanos necesitan estar preparados para tener acceso a la experiencia científica, es decir, es necesario el acceso a la educación científica para contar con ciudadanos más preparados que contribuyan al ejercicio de la democracia.

Ahora bien ¿a qué refiere el concepto de meta-experto ubicuo en el ámbito de la salud mental? Retomando las características que le atribuyen Collins *et. al.* es el conocimiento tanto de primera persona (conocimiento ubicuo) sobre el sentir y el vivir el padecimiento, un ejemplo, es la adquisición del lenguaje. Cuando se

aprende a hablar no se sabe la estructura gramatical de las oraciones, sólo hasta que se estudia gramática, es que se aprende la posición del verbo en una frase.

En este sentido las personas que son diagnosticadas con TLP, aprenden de su padecer de manera casi intuitiva, y sólo cuando entran en contacto con las diferentes teorías o enfoques que lo explican, pueden convertirse en meta-expertos ubicuos. La experticia en este sentido les permite tomar decisiones más informadas y en momentos más eficientes en la gestión de su bienestar.

Una de las preguntas que se hacen Collins *et al.* sobre esta perspectiva de los estudios de la experticia por experiencia, es que hablar en términos de conocimiento como fractal podría llevar al populismo más que a la democracia en el conocimiento. Sin embargo, la propuesta que dan estos autores no apela a restarle valor al conocimiento especialista, sino más bien, apelan a la idea de considerar a los diferentes niveles de conocimiento como partes esenciales en su construcción.

El conocimiento en psiquiatría parte de un marco teórico que le permite a los especialistas emitir criterios de salud o enfermedad y aunado a eso, necesita siempre del contenido de la experiencia de los usuarios (de su experticia ubicua) para poder realizar afirmaciones o hipótesis del padecer, y puede que tengan relación con la realidad o no, pero solo es en el proceso de socialización entre ambos en que se puede dar la co-construcción del conocimiento.

Si bien, estos niveles de experticia -que señalan Collins & Evans- hacen referencia al ámbito científico, su propuesta se ha utilizado como modelo para analizar las diferentes formas de experticia observadas en los usuarios de los servicios de salud mental, puesto que la heterogeneidad de las prácticas psiquiátricas remite de

manera dialéctica a las formas en que los usuarios gestionan el diagnóstico, como se ha apreciado en el caso de las personas con TLP.

## 2. De la experticia ubicua a la experticia por experiencia en el mundo psi.

Hasta el momento se puede apreciar que el desarrollo de la psiquiatría está enmarcado en una serie de acontecimientos que nos hace apreciar un mundo psiquiátrico cada vez más multifacético, más disgregado y esa división no solo se puede apreciar en el gremio de especialistas, sino también y quizá en consecuencia, en los usuarios de los servicios de salud mental, que a partir de diversos movimientos han hecho evidente su disidencia de la psiquiatría o una postura crítica que por lo general señala una mala praxis. En este apartado se mencionarán los diferentes movimientos de usuarios que a partir de los años setenta comenzaron a levantar la voz, exigiendo el respeto de sus derechos que exigían por su parte el reconocimiento de sí, como sujetos.

### 2.1. Movimientos de usuarios disidentes de la psiquiatría

Carlos Pérez Soto (2012), en *Una nueva antipsiquiatría: crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*, hace un recorrido por los diferentes tipos de movimientos que se han manifestado en contra de algunas de las prácticas psiquiátricas.

Uno de los movimientos que para él marca un precedente sobre demandas a la psiquiatría, fue la protesta masiva de las organizaciones de gays a principios de los años 60 encabezadas por Frank Kameney (1925). En 1973 Kameney condujo a un plebiscito con la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en el que usuarios y el

comité organizador del DSM, acordaron que la categoría de “homosexualidad” sería retirada del Manual Diagnóstico (Pérez-Soto, 2012). Ante esa demanda, la APA mantuvo un debate público, se logró que en 1973 decidieran que en el próximo DSM -III- la categoría de “homosexualidad” fuera eliminada del manual.

En 1971, casi a la par de ese movimiento, surgió el “*Mental Patients Liberation Front*” -fundado por Judi Chamberli- que perseguía la liberación de derechos civiles para los pacientes que eran violados por detenciones involuntarias, tratamientos y reclusiones forzadas.

Posteriormente, en 1973 surgió el movimiento “*Mental Patients Union*” en el Hospital de Paddington en Inglaterra. El movimiento tenía un discurso marxista, que consideraba que la psiquiatría era un mecanismo de “control social” en un estado capitalista y, por lo tanto, se necesitaba de un sindicato de pacientes que peleara por sus derechos y en contra de la opresión y el control social (Rose, 2019), surgiendo el primer sindicato formado por usuarios.

N. Rose al igual que Pérez- Soto, consideran que los movimientos de pacientes se dieron alrededor de una ola de activismos, que en conjunto con el activismo feminista, invitaba a revelarse en contra de un sistema -sobre todo en Estados Unidos- convencional, de control y opresión.

N. Rose identifica dos tipos de movimientos: el primero corresponde a los usuarios que forman “grupos anti-estigma”, que convencidos de los diagnósticos y de la importancia de tener acceso a un tratamiento psiquiátrico, psicoterapéutico o por psicofármacos, tratan de difundir información para erradicar el estigma social que conlleva la enfermedad mental.

Tal es el caso del “*movement for recovery*”, en el que se promueve que los usuarios encuentren estrategias para su recuperación a partir del apoyo del trabajo entre pares, pero también por el apoyo de psiquiatras y trabajadores sociales que ofrecen estrategias para la recuperación y la adaptación social de los usuarios, brindando herramientas para que reconozcan y acepten su condición. La idea principal de ese movimiento era que las personas reconocieran sus propios límites, bajo el argumento de “si reconozco lo que no puedo hacer, puedo reconocer las posibilidades de lo que sí puedo hacer” (Rose, 2019).

Para el “*movement recovery*” es muy importante la capacidad de resiliencia de los usuarios, quienes tienen éxito en este tipo de recuperación, son personas que tienen esa capacidad natural de sobrevivir y prosperar incluso en las peores circunstancias. Por lo que, el concepto de recuperación en este sentido, no es el mismo que refiere a la recuperación de otro tipo de enfermedad crónica en el caso de los padecimientos mentales se ha descrito de acuerdo con Patricia Deegan la recuperación como “la experiencia de la vida vivida o real de las personas a medida que aceptan y superan el desafío de la discapacidad, de manera que se experimentan recuperando un nuevo sentido de sí mismos dentro y fuera de los límites de la discapacidad” (Davidson, 2017, p.192).

Así el movimiento “*recovery*” ayuda a que los usuarios recuperen un sentido nuevo y valioso de sí mismos y de su propósito. A través del proceso de recuperación se convierten en participantes activos y responsables en su propio proyecto de rehabilitación (Deegan, 1998).

Este movimiento, a pesar de que surgió a partir de los movimientos de “sobrevivientes” de la psiquiatría (Davidson, 2017), fue tomando poco a poco un

rumbo institucionalizado, es decir, en el que profesionales de la salud mental se formaron en sus principios, para a su vez, nombrarse “*experts in recovery*” (Rose, 2019). Esto hace que quienes militan en este movimiento pertenezcan más a la lucha anti-estigma como una apuesta a la lucha en contra de la discriminación en contra de la discapacidad.

El segundo movimiento surge del conocimiento de la antipsiquiatría, que se consideran “sobrevivientes” de los servicios de salud mental. Estos últimos, muestran una fuerte disidencia o ruptura con el discurso psiquiátrico que defiende la postura del padecer mental como parte de la diversidad que implica el ser personas (Rose, 2019). Un ejemplo de este tipo de activismo se observa en el movimiento de “orgullo loco<sup>99</sup>”, este grupo nace en Madrid, España, con un enfoque feminista y anti-psiquiátrico. Quienes pertenecen a ese movimiento, se consideran víctimas sobrevivientes de los abusos que se comenten en los hospitales, de dinámicas de discriminación y estigma no solo social, sino también de parte de los propios psiquiatras o especialistas.

Apegados a la antipsiquiatría *Survivors* -otro movimiento referido por Rose- inició con Judi Chamberlin quien en *On our own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System* basó sus argumentos en los presupuestos de Thomas Szasz (1920), para que los propios pacientes o usuarios tuvieran la capacidad de decidir sobre sus propias necesidades de tratamiento o internamiento tras su propuesta, el movimiento de *Survivors* por unanimidad acordaron sus necesidades y demandas: que los servicios de salud mental reconozcan y utilicen la experiencia de “primera mano” de la angustia emocional, que pudieran proveer de refugios planeados y

---

<sup>99</sup> Se puede acceder a su sitio Web por medio de este enlace: <https://orgullolocomadrid.wordpress.com/>

bajo la supervisión del control de los sobrevivientes de la psiquiatría, la provisión de libre consejería para todos los usuarios, elección de servicios que incluyan alternativas de autoayuda, recisión de los servicios en los que los usuarios compartan sus puntos de vista, provisión de recursos para implementar la autodefensa para los usuarios, financiamiento adecuado para servicios comunitarios no médicos, especialmente en intervención en crisis, entre otras demandas (Rose, 2019).

Posteriormente a lo largo de los años 80 fundado en Holanda por el psiquiatra Marius Romme y la periodista Sandra Escher "*Hearing Voices*" que si bien no es fundado por usuarios, reúne a personas que experimentan la estigmatización psiquiátrica que se ha representado por la esquizofrenia (Pérez-Soto, 2012, p. 27), que es una de las enfermedades más estigmatizadas no solo a nivel social, sino muchas veces por los propios especialistas que de entrada dan un muy mal pronóstico sobre la funcionalidad de las personas muchas veces sin hacer una evaluación detallada de su situación de vida, el simple hecho de saber que una persona escucha voces es para el psiquiatra sinónimo de deterioro e inadaptación social.

Sin embargo, lo que se puede ver en el movimiento *INTERVOICE* es que muchas personas que escuchan voces y son diagnosticadas con esquizofrenia pueden tener una vida de bienestar y funcional.

Los propósitos generales de *INTERVOICE* son mostrar que escuchar voces es una variación normal de la conducta humana que el problema no es escuchar voces sino la incapacidad para hacer frente a esa experiencia, educar a la sociedad en torno al significado de escuchar voces, reducir la ansiedad, mostrar una amplia

variedad de experiencias de escuchar voces y sus orígenes y las maneras en que las personas las han enfrentado, incrementar la calidad y cantidad de apoyo mutuo entre las personas y organizaciones relacionadas con el escuchar voces a lo largo del mundo y hacer que su trabajo sea más efectivo y desarrollar más caminos no médicos, que ayuden a las personas que escuchan voces para abordar sus experiencias (Pérez-Soto, 2012).

Ese movimiento ha tenido grandes alcances y ha logrado el empoderamiento de personas que son capaces de manejar por sí mismos lo más cotidiano de sus vidas<sup>100</sup>; ha logrado que las personas logren concebir sus voces no como una enfermedad, sino como una experiencia significativa a ser explorada y apoya las necesidades individuales de quienes escuchan voces, dándoles el reconocimiento de ciudadanos que tienen los mismos derechos de cualquier otra persona.

Por su parte, Thomas Szasz encabezó una organización en 1969 la “*Citizens Commission on Human Rights*” que hasta la actualidad sigue operando y que ha emprendido muchas campañas principalmente en contra del uso de drogas psicotrópicas, de la lobotomía y de la terapia electroconvulsiva (TEC). Mismo, que ha generado que los propios usuarios como Leonard Roy Frank -sobreviviente de la TEC- fundara en 1973 la “*Network Psychiatric Assault*” (Pérez-Soto, 2012, p.30) entre otros que se han extendido en Reino Unido, Estados Unidos y Canadá.

---

<sup>100</sup> Varios de los casos de éxito han publicado sus experiencias en la *International Network for Training* uno de los casos que se puede encontrar en redes sociales, es el de Eleanor Longden que después de haber sido diagnosticada con esquizofrenia, decidió dejar de tomar los medicamentos y acercarse a la red de *INTERVOICE*, que le ayudó a gestionar su condición de manera tal, que logró terminar su carrera en la universidad de Standford y ser una psicoterapeuta que trabaja con pacientes que tienen la misma condición que ella. El caso de Eleanor es significativo puesto que es una muestra de la forma en que los usuarios, además de ser expertos por experiencia, se convierten en una especie de expertos integrativos, un *Bildung* que tienen el conocimiento óptico y ontológico.

Desde 1999 se formó la Critical Psychiatry Network (CPN) que inició con un grupo de psiquiatras que expresaron su preocupación por las implicaciones de los cambios propuestos en la Ley de Salud Mental de 1983 en Reino Unido, que aborda los derechos humanos y libertades civiles de personas con enfermedades mentales. Esa red continúa operando hasta la fecha en Europa, Estados Unidos y en algunos lugares de Latinoamérica. En términos generales, la posición esencial de la CPN es que la enfermedad mental no debe reducirse a exclusivamente una enfermedad cerebral.

La CPN es una organización que ofrece un enfoque crítico de los modelos predominantes en psiquiatría que se han adoptado en el mundo occidental. Su intención no es repetir los modelos antipsiquiátricos al estilo D. Cooper o R. Laing, sino que "invitan a considerar enfoques múltiples y diferentes sobre el sufrimiento mental, sus semejanzas y diferencias entre sujetos de diversos contextos sociales y culturales".

Una de sus principales representantes es la psiquiatra Joanna Moncrieff quien como ya se ha señalado anteriormente realiza una crítica al modelo psicofarmacológico de los trastornos mentales y al tratamiento con medicamentos.

Además de esta propuesta que forma parte de los objetivos de la Red Crítica de la Psiquiatría, existen otras tendencias que están más enfocadas a la visión transdisciplinaria o integrativa pero que no abandonan ni cuestionan el modelo centrado en la enfermedad.

Finalmente, se ha encontrado un grupo de usuarios que no militan necesariamente en ningún movimiento, pero que logran volverse expertos en su padecimiento a través de la vivencia en primera persona del malestar mental y, además, pasan por

una formación que inicia a partir de la búsqueda de información en el ámbito académico y no académico que les ayuda a entender y gestionar mejor su bienestar.

En la observación llevada a cabo en comunidades virtuales de Facebook, Instagram, se encontraron casos de usuarios TLP que no solo son expertos de su padecer en primera persona, sino que han pasado por un proceso de formación que les ha llevado a ser ellos mismos quienes informan e instruyen a sus pares en aspectos de relevancia para el cuidado y la atención en relación con el TLP. Generan tanto una red de apoyo y autoayuda, como mecanismos para compartir información sobre el diagnóstico sobre la forma en que cada uno ha gestionado sus crisis, etc., formando una especie de comunidades virtuales epistémicas y de contención sin fines de políticos ni militantes.

Finalmente, todos estos movimientos muestran que la experiencia que viven del diagnóstico, pero no solo eso, sino también el impacto de la atención de los especialistas [la relación psiquiatra-usuario], determinan la postura que se toma ante el cuidado de sí. La pregunta que surge aquí es si ¿existe una disposición de los usuarios a manifestar su existencia y hacer valer su agencia frente al dispositivo psiquiátrico<sup>101</sup> que trata de enmarcarlos en categorías?

---

<sup>101</sup> Si bien, el concepto de dispositivo es utilizado en la jerga intelectual foucaultiana, señalando principalmente las instancias de poder, particularmente me referiré al concepto en la forma que lo entiende Agamben (2015) como “cualquier cosa que tenga algún modo la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y discursos de los seres vivientes”.

Señalo con ese concepto a todos los agentes que conforman la institución ya sea en el ámbito público o privado, ya que en la fase de diagnóstico las personas no llegan directamente con el psiquiatra, pueden iniciar el encuentro con psicólogos de los servicios de atención primaria como Centros de Salud, pueden ir a terapia con Psicoterapeutas de diversos enfoques, llegar directamente a los Hospitales psiquiátricos, etc. y el encuentro con todos ellos en su trayectoria puede representar la adherencia al dispositivo, la disidencia o el absoluto rechazo de la psiquiatría.

Guiados y retomando la propuesta de Aurenque (2018) de ver a la enfermedad como posibilidad desde un sentido heideggeriano, merece la pena en este momento describir algunos conceptos que darán luz para contestar a la pregunta anterior.

Martin Heidegger en su obra “ser y tiempo” en la que describe los elementos fundamentales para entender su visión del ser humano, que corresponde a una tradición filosófica en la que la pregunta por el *ser* es su eje central. Esa pregunta, puede llevar a realizar especulaciones sobre el mundo y los entes desde dos perspectivas desde la ontica (categorial o descriptiva) propia de la ciencia y la ontológica que orienta a la comprensión interpretativa de las cosas a partir de la experiencia y la existencia.

En el primer caso, Heidegger postula una crítica a las formas que tiene la ciencia de generar conocimiento, señala cómo su tendencia a la demarcación partidaria de una visión positivista de la ciencia lleva a que la experiencia se interprete solo en términos de “conceptos fundamentales<sup>102</sup>” que resultan ser los hilos conductores de su praxis.

En el segundo caso, el entendimiento del mundo y de los entes desde la perspectiva ontológica, ofrece la posibilidad de entenderlos a partir no solo de categorías, sino de lo que esas categorías son y la forma de entenderse a partir de su historicidad y su contexto. (Heidegger, 1927/2018). Lo que por su parte, I. Hacking (2004) recuperó en *Historical Ontology*, para señalar la forma en que se crean personas y la importancia de reconocer un nominalismo dinámico y no

---

<sup>102</sup> Heidegger define conceptos fundamentales como aquellas determinaciones en que la región esencial a la que pertenecen todos los objetivos temáticos de una ciencia logra su comprensión preliminar que servirá de guía para toda investigación positiva. (1927/2018, p. 31).

estático en la construcción del conocimiento que se genera en el ámbito psiquiátrico y que de alguna manera concuerda con las ideas de Aurenque (2018) (presentadas en el capítulo I) que invitan a pensar en la enfermedad no solo como categoría, sino como modos de existencia.

Esa propuesta lleva a plantear que en lo que refiere al gremio de especialistas en salud mental, para lograr un cambio de paradigma se tendría que cambiar la forma de generar conocimiento hacia una recuperación ontológica de la enfermedad mental.

Ahora bien, tratando de responder a la pregunta inicial, ese cambio de paradigma no sería suficiente, pues para que el dominio del conocimiento no sea solo de especialistas sino también, de expertos por experiencia. Éstos, habrían que mostrar una disposición afectiva o un “temple de ánimo” que los lleve a no ser indiferentes a sí mismos y que los lleve a liberar su carácter hacia la curiosidad de saber sobre sí e identificar a su “ser ahí”, es decir en contexto. (Heidegger, 1927/2018).

De esta manera Heidegger señala que la pregunta por el ser determina dos disposiciones de existencia de los seres humanos el *Dasman* y el *Dasein*. Estas dos disposiciones señalan formas en las que las personas se manifiestan ante el mundo y su experiencia, el *Dasein* en su *condición de arrojado*<sup>103</sup> muestra una disposición afectiva de apertura y disposición como un sujeto constitutivo y constituyente de su mundo.

---

<sup>103</sup> La condición de arrojado que señala Heidegger representa al sujeto es su estar-dónde- es decir, se hace explícita su posición ante el mundo en la que tiene que estar entregado a su existir y hacerse cargo de sí mismo. Esta condición la explica en el parágrafo 29 de *Ser y Tiempo*.

Por el contrario, una *indisposición afectiva* que lleva al sujeto a ser ciego a sí mismo y el mundo que habita se nubla entregándose por entero al mundo de la “ocupación” (del trabajo rutinario) es otra manifestación de la existencia a la que Heidegger señaló como *Dasman*.

Podría decirse de una manera muy aventurada de la interpretación de lo que propone el filósofo en su obra, que la disposición que se observa en los usuarios representantes de los movimientos disidentes en psiquiatría, denotan esa disposición de aperturidad del *Dasein* y su condición -cualquiera que ésta sea- les da la posibilidad de constituir su mundo. Como en el caso de las personas que pertenecen a *INTERVOICES*, que de alguna manera se han dado a la tarea no solo de preguntarse por el ser en tanto sí mismo, sino también por el ser otro, abriendo así la posibilidad hacia la psiquiatría colaborativa.

### 3. La posibilidad de una psiquiatría colaborativa.

En el apartado anterior, se han descrito los diferentes tipos de movimientos y de usuarios: pacientes, sobrevivientes, del movimiento de recuperación y los expertos por experiencia no militantes. Se ha afirmado que de alguna manera todos ellos mantienen una dinámica dialéctica con la psiquiatría por lo menos en sus inicios. Esto lleva a plantear ¿es posible la construcción de otro tipo de psiquiatría? como lo pregunta N. Rose, o bien, si es posible que el paradigma en el que se ha situado la psiquiatría cambie y se comiencen a generar mecanismos de co-construcción del conocimiento, en donde la participación del experto por experiencia sea determinante, no solo en tanto que sujeto con síntomas, sino en su completud histórica y de la propia experiencia de vida.

En primer lugar, habría que señalar que para que esto sea posible sería necesario el reconocimiento de parte de la institución psiquiátrica además, de un acercamiento ontológico de las enfermedades mentales, la integración de los usuarios no como solo como pacientes que por una parte, tienen que ser instruidos en su padecer sino que se les reconozca como sujetos capaces de agencia, para promover el autocuidado y de ser ellos mismos capaces de ser fuente de conocimiento útil, tanto para la psiquiatría, como para otros usuarios.

Esta no es para nada una idea ilusoria, puesto que, desde los inicios de la psiquiatría en el siglo XIX, hubo casos específicos de expertos por experiencia en donde la colaboración en la construcción del conocimiento se dio en conjunto con la participación del paciente.

Un caso particular es el de Sabrina Spielrein, psiquiatra y psicoanalista vienesa, pasó de ser una “paciente histérica” a una reconocida psicoanalista de aquella época. Como usuaria de los servicios de salud mental contribuyó a la clínica por medio de su diario mientras estaba hospitalizada en un Hospital psiquiátrico de Zurich, y gracias a ello desarrolló aportes a la comprensión de la “histeria” y fue pieza clave para que Freud desarrollara uno de los conceptos fundamentales en la clínica psicoanalítica: la “contratransferencia” (Sánchez 2019).

Si bien, el caso de Spielrein es muy particular, es algo que con cierta constancia podemos encontrar, actualmente el caso de Eleanor Longden, como se había descrito antes, su participación en la red de *INTERVOICES* ha sido muy importante, puesto que, a través de su propia experiencia de escuchar voces y su preparación como psicoterapeuta ayuda a gestionar las voces de otros que, como ella, han sido rescatados del modelo psiquiátrico focalizado en el tratamiento farmacológico.

Este tipo de casos hace pensar que la creación de otra psiquiatría, una psiquiatría colaborativa, es posible. Quizá la clave esté en la posibilidad de crear una sociedad que participe colaborativamente, no solo desde la disidencia o de la rebelión, como el caso de la antipsiquiatría, sino desde el cruce de saberes y la formación del personal de salud mental en la experiencia de la vivencia de los usuarios, conociendo los diagnósticos para poder gestionar los tratamientos y las formas en que desean ser atendidos y escuchados. Un cruce del saber óptico (categorial-teórico) y ontológico (histórico-existencial) que permita formar a las personas en una experticia común; que permita la co-construcción de conocimiento en psiquiatría o en salud mental en general.

El desafío está en lograr una apertura en los propios psiquiatras, a que no focalicen la atención solo en el diagnóstico, o en encontrar los biomarcadores de los trastornos mentales, sino también, en las determinantes culturales, sociales, psicológicas, históricas y biológicas que influyen para que un individuo enferme. De acuerdo con N. Rose, habría que integrar el cuidado de la salud mental en un nivel primario de intervención, construir alianzas no solo con otras especialidades de la salud, sino con otros organismos e instituciones de bienestar social, educación y justicia (Rose, 2019).

Más allá de la antipsiquiatría o del negacionismo de los trastornos mentales, habrá que crear puentes comunicantes que permitan poner atención de manera particular e individual en los usuarios y considerar sus condiciones de vida y las redes que podrían favorecer tanto a la recuperación de su salud, como el fomento del autocuidado y la autogestión de su padecimiento, apoyado en redes tanto de pares como de expertos no necesariamente desde un enfoque médico.

Esto es algo que no es imposible, Rose señala que, de hecho, ya existen dentro de la psiquiatría, intentos de crear cambios radicales que apelen a una psiquiatría social, hace referencia al trabajo de Bhugra, Antonio Ventriglio y Shusman; quienes argumentan que “la psiquiatría tiene que reconocer que los seres humanos crecen y se desarrollan en una sociedad y cultura específica, su educación e interacciones de aprendizaje definen sus conductas, mismas que pueden impactar en el funcionamiento del cerebro”. Con esta referencia hace notar que el contexto, lo social, cultural, etc. no solamente es muy importante, sino que podría ser determinante e impactar en la forma en que el cerebro funciona y se desarrolla. (Rose, 2019).

El paradigma que Rose propone reconoce no solamente los indicadores biológicos, sino la complejidad del ser humano, reconociendo que la experiencia de enfermedad y la voz del usuario puede ofrecer muchos más elementos que señalen las condiciones y predisponentes de la enfermedad mental que, por ejemplo, un estudio de imagen cerebral o similares.

Posteriormente se describirá una propuesta de "experto" en salud mental que abre la posibilidad a la construcción de una psiquiatría que se construya a partir del conocimiento colaborativo; es decir, un experto que sea resultado de la experiencia y la formación. Un experto por experiencia que pase por un proceso de autoformación y que al mismo tiempo pueda compartir lo que la experiencia y su trayectoria de exploración a partir del diagnóstico se pueda traducir en conocimiento válido tanto para sus pares, como para los especialistas.

## Capítulo IV

### Trayectoria y aportes de la investigación

Este capítulo está dividido en tres apartados, en el primero se hace mención del método utilizado: la etnografía virtual y la aplicación de entrevistas, por medio de las cuales se dio voz a las personas que se mantenían interactuando en el espacio virtual. En la primera parte, se señalan el potencial que tienen las comunidades virtuales en relación con facilitar no solo encuentros que permiten de manera escrita y visual -por medio de imágenes, memes, videos, etc.-, sino también el encuentro con otros favoreciendo el reconocimiento, esencial para la construcción de la identidad social.

En la segunda parte, se describirá la metodología y las diferentes fases en las que se señalan parte de los contenidos emergentes en el proceso etnográfico y se dará cuenta con ello de la manera en que se entiende la identidad como narrativa, como parte de la historicidad, no solo del individuo, sino de las categorías con las que es descrito. Se hace énfasis en cómo se da la dinámica dialéctica entre usuarios de los espacios virtuales. Finalmente, se describen los resultados de la investigación subrayando el potencial de las comunidades virtuales como campo de conocimiento compartido.

#### 1. El método fallido

Inicialmente, frente al desafío que implicaba de uno de los objetivos de investigación: “analizar la forma y contenido de la información que usuarios de comunidades virtuales o grupos de Facebook comparten en esos espacios”, se pretendía trabajar con el método de *Big Data* y *Network Science*. Ambas,

herramientas que permiten analizar la cantidad de datos que surge del mar de información de las redes sociales. Sin embargo, debido a los lineamientos legales que se impusieron a Facebook respecto al cuidado de datos de sus usuarios, no fue posible llevar a cabo la recolección de datos por medio de esa tecnología y finalmente el método que se utilizó en esta investigación fue la Etnografía virtual y la entrevista profunda.

A pesar de ello, quisiera señalar aquí algunas de las virtudes que se rescataron de su constitución teórica y los antecedentes que ayudan a entender la complejidad del análisis de información en lo virtual como campo de investigación.

Asimismo, habría que señalar que se consideró a lo virtual como un espacio de conocimiento y posibilidad, en el que convergen saberes que van desde el conocimiento popular sobre las enfermedades mentales, las narrativas de los propios usuarios y el conocimiento experto especializado.

Desde 2001 con la aparición de la web 2.0 surgió la idea de cooperación conectada con la noción de “hiperenlace”. De acuerdo con Tim O’Reilly (2005) esto sucede en la medida que los usuarios de la web agregan contenido nuevo y nuevos sitios se vinculan a la estructura de la web, mientras otros usuarios, descubren el contenido y lo vinculan al espacio virtual en sus diferentes plataformas de conexión.

Para O’Reilly ese hiperenlace sucede de la misma forma que las sinapsis del cerebro, en donde las asociaciones se hacen más fuertes en la medida que la repetición o la intensidad de la red de conexiones crece orgánicamente como resultado de la actividad colectiva de todos los usuarios de la web<sup>104</sup>.

---

<sup>104</sup> O’Rally, T. (2005) What is the web 2.0? Recuperado de <https://www.oreilly.com/pub/a/web2/archive/what-is-web-20.html?page=1> (14 de abril de 2019).

Desde entonces la web 2.0 ha hecho posible que sus usuarios tengan una relación más personal con el espacio digital, puesto que abrió el camino a una realidad extendida que impacta en la forma de establecer vínculos independientemente del tiempo y el espacio.

Inicialmente con la creación de Blogs personales, se comenzaba a compartir análisis sobre temas de interés personal que iban desde reseñas de películas, libros, consejos sobre prácticas o temas particulares, hasta cuestiones de la experiencia íntima que convirtieron a los Blogs en una especie de diario personal<sup>105</sup> pero, con acceso público. Así otros usuarios podían dejar comentarios, hacer sugerencias, compartir todo tipo de ideas o información relacionadas con el Blog.

Es entonces cuando del soliloquio que se mantenía entre el usuario y su ordenador con la web 1.0 -la cual se consideraba solo como una plataforma de información más no de retroalimentación-, ya no fue más una conexión en soledad, sino que se expandió hacia otros usuarios con quienes, se tiene la posibilidad de intercambiar información en todos los sentidos y sobre todo tipo de temas.

La web 2.0 pasó del ordenador de casa al bolsillo personal (O'Reilly, 2009), con la aparición de dispositivos inteligentes que se portan como una extensión del cuerpo. En la actualidad, tenemos acceso a la mayoría de la sabiduría de nuestra civilización, a través de dispositivos electrónicos que podemos portar hasta en las

---

<sup>105</sup> Leonor Arfuch en *El espacio biográfico: dilemas de la subjetividad contemporánea*, ofrece una discusión muy rica sobre las nuevas formas de vivir el espacio privado, sobre la forma en que se abandona la preferencia por el diario íntimo y de un discurso que tenía el objetivo de introspección que, se genera a través de la narrativa de la subjetividad, ahora tiene la intención de externar casi de la misma forma las vivencias biográficas, solo que ahora en un espacio cibernético en donde esa información se convierte en un asunto público. Sin embargo, este asunto se retomará más adelante.

bolsas de nuestra vestimenta y esa accesibilidad a la información dio sostén al desarrollo de nuevas teorías de la comunicación como la *Network Science*.

La *Network Science*<sup>106</sup> (*NSc*) es considerada como la base para comprender la dinámica de internet. Es entendida como “el estudio de los fundamentos teóricos de la estructura y dinámica de la conducta de la red y su aplicación” (Lewis, 2018)]. Para Lewis en esa dinámica se instaura el concepto de “sincronización” -un concepto que retoma de la biología- que plasma cómo ciertos organismos tienden a ajustarse con otros en su comportamiento sin que lo sepan a consciencia. Así, en las redes opera una idea de *living Networks* o redes vivas que suelen estar en sincronía.

Para Lewis la *NSc* se diferencia de Internet por su aplicación más universal y por su capacidad de sincronía y rescata de su funcionamiento características como: estructura, dinamismo, autonomía, topología, poder, estabilidad y emergencia; de las cuales el dinamismo y la emergencia son muy importantes. Puesto que el dinamismo hace referencia a la forma en la que se estructuran las redes y la forma por la cual, se pueden entender las conexiones entre personas. Conexiones que dan paso a lo emergente.

“La emergencia de una red es un asunto de sincronización” (Lewis, 2018), es una propiedad de la red, por medio de la cual se pueden identificar patrones de comportamiento inesperados.

---

<sup>106</sup> La historia de la *NSc* se divide en tres periodos: a) periodo temprano de 1736 a 1966 que se basa en el estudio de las matemáticas de grafos; b) periodo meso-red de 1976 a 1998 en el cual emergen aplicaciones de redes, es el periodo llamado “*the new Network Science*”, y c) periodo moderno de 1998 al presente; inicia cuando los pioneros de la *Network Science* exponen sus fundamentos y mostraron que éstos tienen significado en el mundo real (Lewis, 2018: 5).

Así la *NSc* con todas sus propiedades tiene como objetivo principal lograr la representación o modelo de una realidad observable, tiene la capacidad de abstracción de partes de la realidad que se exponen por medio de diferentes espacios como Facebook, Twitter, Instagram, Snapchat entre otros, que están cambiando la forma en la que se concibe y dimensiona la realidad, la relación que se mantiene con el mundo y las interacciones con los demás.

Lo anterior ayuda a comprender cómo el mundo digital se ha convertido en el nuevo espacio que permite la interacción a otros niveles, no necesariamente físicos y va creando nuevas formas de sincronización entre realidades y formas distintas de construir con los otros saberes, afectividades y formas de relación que pueden prescindir del espacio físico.

Se puede considerar que, en la realidad virtual se dan nuevas formas de escribir la biografía de las personas que navegan en ella, pues lo que se comparte queda en la memoria de un espacio que conserva cada visita a sus sitios, cada *like*, cada comentario, imagen, cada frase, búsquedas, etc., “van dejando pequeñas marcas, algunas más visibles que otras, marcas que relatan quienes somos, con quienes estamos y qué nos gusta. Nosotros nos tatuamos electrónicamente; nuestras preferencias, nuestras vidas de una manera mucho más completa y matizada que cualquier tinta en la piel”. (Enríquez, 2010, p.19).

Estos *electronics tattoos* o *foot-prints* (huellas digitales) como las llama Lambotti & Kosinski (2015) se quedan en el mundo digital por toda la vida. Las huellas digitales se han utilizado en estudios de psicología para identificar tendencias, patrones, características de personalidad y aspectos detallados del

comportamiento de los usuarios del espacio digital (Lambioti, R. & Kosinski, M. 2014).

La idea básica que se defiende en esos estudios es que actualmente nuestra vida mental sucede fuera de la consciencia, en tanto que realidad extendida [aunque afirmar esto sea demasiado aventurado, decirlo de manera metafórica puede funcionar]. Esto es que, “la entrada al mundo digital es como vivir en un edificio de cristal, en el que podemos ser extraños para nosotros mismos, pero transparentes para quienes siguen nuestras huellas digitales” (Gardner, 2010).

Las huellas digitales entonces son parte de esa biografía que se quedan grabadas en una geografía virtual, por medio de la cual, se pueden contar las historias de la vida de una persona e incluso identificar o interpretar deseos que ni la misma persona tiene conscientes. Eso es posible gracias al gran almacenamiento de datos al que en estudios sobre tecnología se asimila al funcionamiento del cerebro: el Big Data.

El Big Data, por su parte, “es mucho más que almacenamiento de datos, sus herramientas tienen la habilidad de extraer significados, extraer patrones ocultos y conexiones inesperadas” (Gardner, 2012), es el método por medio del cual el gran océano de información que navega en el universo digital se pueda manejar, estructurar y analizar, identificando patrones y conexiones que generan panoramas muy amplios y precisos sobre diversos fenómenos demarcando sus tendencias.

Gardner que es un estudioso sobre los alcances de la tecnología, afirma que el *Big Data* nos conoce mejor que nosotros mismos, “si bien el *Big Data* no puede acceder al inconsciente, lo que sí puede hacer es que, a través de un extenso almacén de las decisiones pasadas, analizar, detectar patrones de comportamiento

del que no somos conscientes. Esos patrones podrían revelar el inconsciente a través de procesos que manejan la conducta, en un sentido muy real el *Big Data* podría conocernos mejor que a nosotros mismos, en un mundo en donde los edificios no solo podrían ser de cristal; sino también nuestros cerebros” (Gardner, 2010).

Si bien lo anterior puede ser discutido, puesto que se le puede acusar de simplificar conceptos que tienen implicaciones más profundas y complejas, la idea fundamental sobre identificar conexiones, patrones y tendencias, resulta muy útil en el caso de esta investigación. Por ello, se abrió un nuevo sendero que cambió el método de investigación a la etnografía virtual y las entrevistas profundas en las que se puede observar tanto las conexiones entre usuarios, como su propia narrativa no solo de su padecer, sino también de las dinámicas que se establecen en las comunidades virtuales.

## 2. Etnografía virtual y la aplicación de entrevistas profundas.

El método más apropiado para conocer las narrativas de los usuarios de comunidades virtuales de TLP y analizarlas, fue la etnografía virtual y la entrevista a profundidad.

El método de la *etnografía virtual* ayudó a comprender la forma en la que se tejen conexiones entre personas que no se conocen, a visualizar cómo sujetos de diferentes contextos y diferentes lugares hispanohablantes logran conectarse y generar una sincronía emocional a partir de la identificación, empatía, reconocimiento y apoyo mutuo.

La etnografía virtual o Netnografía, considera los medios de comunicación social no sólo como un sitio de investigación o una herramienta, sino como un sistema en curso de inteligencia y generación de percepción (Reyero, 2017).

De acuerdo con Hine (2004) la etnografía virtual comprende el Internet desde dos perspectivas: como cultura digital y como artefacto cultural. La visión de internet como cultura se pretende estudiar los usos de las personas que le confieren a la tecnología, que hacen posible el Internet como trabajo de campo, desde la segunda perspectiva se define al internet como producto cultural, como una tecnología que ha sido creada por personas concretas y de manera contingente.

Aquí se entenderá de ambas formas, en tanto que se considera que las interacciones que se dan en el contexto de internet van marcando sus propias pautas, se van creando nuevos códigos como Hashtag#, que indican la relevancia de un tema y su difusión a partir de algoritmos, así como también han surgido nuevos conceptos como: *stalkear*, *haters*, *memes*, *fake news*, etc. que dan señal de nuevas formas de comunicación mediadas por un dispositivo. Por otro lado, esas tendencias *Net*-culturales surgen a partir de contextos y prefiguraciones efímeras y contingentes que hablan de la capacidad de olvido que, por otro lado, hacen compleja la comprensión de la dinámica virtual entre usuarios.

La etnografía virtual, permitió explorar *in situ* cada una de las comunidades virtuales de TLP seleccionadas azarosamente y a partir del seguimiento que se hizo como miembro no participante de esas comunidades se logró identificar las dinámicas que generan esas conexiones.

Para lograr tal objetivo, se trabajó desde la perspectiva de "realidad extendida" la cual, muestra cómo el mundo privado se proyecta y queda plasmado en un espacio

público -como lo son las comunidades de Facebook-, en las que el yo de los usuarios es sujeto de reconocimiento y representación en el espacio virtual.

El Internet entendido como realidad extendida ofrece un sin fin de posibilidades. Podría decirse que no existe asunto que escape a ese gran espacio, en el que la subjetividad se hace manifiesta por medio de narrativas sobre información personal y en ocasiones, especializada.

A través de la navegación en internet solo bastan unos segundos para acceder a todo tipo de información: entretenimiento, cultura, arte, literatura, datos académicos o especializados, consejos para la vida cotidiana y a todas las áreas posibles de información y conocimiento. Google, Google académico, Wikipedia, etc., se han convertido en las nuevas enciclopedias, en las que la inmediatez es una de las características principales en el acceso a la información.

Desde antes del arribo de Internet, se vislumbraban promesas de tecnología que sólo se podían concebir en la ciencia ficción, pero que ahora se viven con naturalidad. Tal es el caso de los avances en comunicación: hoy en día podemos enlazarnos con otras personas que están no solo en otros países, sino en otros continentes.

Podemos conectarnos con otros y verles frente a frente, apreciar sus gestos y estar largas e interminables horas en una llamada, sin que eso nos implique grandes costos. Todo gracias los avances en informática y telecomunicación.

Esos avances también han permitido transformar e influir en la forma de hacer investigación. En estudios de ciberantropología (Sandoval, 2007) por ejemplo, la noción de “parque público” (Buchanan, 2016) se puede aplicar al espacio digital, en el que se pueden aplicar las mismas técnicas etnográficas que en un espacio

físico. Hay quienes afirman que los resultados de esas investigaciones pueden dar los mismos o mejores resultados que el espacio público físico (off-line) y por ello se eligió el mundo de lo virtual como campo de investigación.

Específicamente se decidió trabajar en comunidades virtuales de Facebook integradas por personas que han sido diagnosticadas con TLP, o bien, han entrado buscando ayuda o una reafirmación de un autodiagnóstico.

Se observó que en tales comunidades las interacciones son constantes, le dan seguimiento a los *post* publicados por personas que anuncian diversos temas relacionados con el TLP y sobre todo, lo que describen como situaciones de crisis. La diversidad de Facebook es muy rica, puesto que se puede acceder en esa misma plataforma a otras redes y espacios virtuales como YouTube, imágenes, memes y links de información, que en algunos casos resulta ser información especializada sobre el TLP.

Las temáticas que se observaron como más comunes describen alternativas terapéuticas, tratamientos, uso de medicamentos etc. Así, la riqueza de lo que ofrece Facebook posibilita un análisis que permite interactuar con otras redes, a diferencia de otras plataformas, por lo cual se decidió fungiera como campo de trabajo.

Para ofrecer mayor consistencia al análisis de datos, se retomó la idea de la interacción cara a cara, realizando una entrevista de tipo profundo. Siguiendo la idea de Hine quien señala que "las interacciones cara a cara, así como las retóricas [...] han sido determinantes para dar autenticidad a las descripciones etnográficas" (Hine, 2004). Se abrió la posibilidad de entrevistar a 18 personas participantes de

las comunidades virtuales de TLP, para integrar su narrativa al material obtenido por medio de la etnografía virtual.

La entrevista la entrevista es “una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas” [...] La entrevista cualitativa permite la recopilación de información detallada en vista de que la persona que informa comparte oralmente con el investigador aquello concerniente a un tema específico o evento acaecido en su vida. (Vargas, 2012).

Por lo que, de los diferentes tipos de entrevista<sup>107</sup> que hay en la investigación cualitativa se decidió utilizar la forma de entrevista no estructurada o informal, de la que si bien, se siguieron temáticas establecidas por los códigos de investigación específicos, se daba la libertad a los participantes de contestar de manera amplia a las preguntas realizadas.

Una de las ventajas que puede representar este tipo de método, en el que se integra el seguimiento de redes y la entrevista, es que permite realizar señalamientos que no solo parten de la observación e interpretación, sino que da cuenta del testimonio en primera voz de los participantes de las comunidades virtuales.

Para que lo anterior fuera posible se realizó una disertación del uso de información de las redes y las medidas éticas que se consideran en el contexto de cualquier investigación en lo que refiere al uso de información compartida por los usuarios, como veremos en el siguiente apartado.

---

<sup>107</sup> Vargas-Jimenez (2012) recupera diferentes tipos de entrevista en la investigación cualitativa como la estructurada, la no estructurada o informal, y la entrevista de grupo.

## 2.1 Implicaciones éticas en la investigación digital.

El tema de ética en investigación digital ha sido poco tratado, puesto que muchos de los investigadores que trabajan con datos prefieren no entrar en el dilema, eligiendo una postura neutral frente a sus investigaciones. Sin embargo, casos como el de Zuckerberg hacen el tema pertinente, para entender si es significativo hablar de ética en investigaciones virtuales y en redes sociales como Facebook, en las que los usuarios eligen narrar por medio de imágenes, relatos, videos, memes, etc. parte del mundo privado.

Para este fin, es importante plantear que el concepto de redes sociales se entiende como un grupo de aplicaciones que se basan en internet (Web 2.0), que han hecho posible el intercambio de información y de contenidos generados por sus usuarios. Las redes sociales forman parte de una categoría de sitios de la red que contienen información sobre los perfiles de personas que pasan del espacio privado al público. (Buchanan, 2016, p. 6).

Ese intercambio de contenido e información puede ser de aspecto recreativo, lúdico, investigativo, pero también de aspecto personal. Lo cual deja a los usuarios expuestos y vulnerables respecto a la información privada que comparten en las redes, por el uso indebido que se puede hacer de sus datos.

Por ello, es importante señalar algunos aspectos éticos sobre la manera en la que se utilizará la información de los miembros de las comunidades virtuales, además de plantear algunas de las discusiones que se han generado al respecto.

Comenzando por la definición de ética de la investigación en Internet (IRE), Elizabeth Buchanan y Ess en *Internet Research Ethics* consideran al respecto que:

*IRE* se define como el análisis de cuestiones éticas y la aplicación de los principios éticos de la investigación realizada en Internet. La investigación basada en Internet, ampliamente definida, es una investigación que utiliza Internet para recopilar información a través de una herramienta en línea como una encuesta en línea, estudios sobre cómo las personas usan Internet mediante la recopilación de datos, y/o, el examen de actividades en cualquier entorno en línea, y/o, usos de conjunto de datos en línea, bases de datos o depósitos (Buchanan, 2010, p.4).

Las inquietudes que están presentes en los estudios sobre ética en la investigación en Internet versan sobre si es necesario informar o no, a las personas que publican asuntos personales en la red y las implicaciones de normar el uso de datos en las investigaciones.

Janne C.H. Bromseth (2002) en *Public places–public activities? Methodological approaches and ethical dilemmas in research on computer mediated communication contexts*, afirma que existen diferentes posturas al contestar esa pregunta y cita a Susan Herring (1996), quien argumenta que, si en una comunidad virtual los participantes han elegido organizarse de manera pública y, por lo tanto, difundir su información personal en internet, entonces no se requiere de su consentimiento para observar, ni citar su discurso.

Sin embargo, otros autores (Sharf 1999, King 1996 y Thomas 1996) ponen peso en la clara responsabilidad ética del investigador de considerar los riesgos involucrados [como el robo de identidad, el mal uso de datos personales para cometer fraudes, etc.], con base en toda la información disponible en el tiempo (Bromseth, 2002). Por lo que eso llevaría, si es necesario, a pedir autorización para un mejor manejo de la información.

Como sugiere Buchanan, por ahora no existen parámetros formales o estrictos sobre los principios éticos que se deben de tener en cuenta cuando se usa información las personas en Internet. Pero por su parte propone dos parámetros generales de los que se puede partir: la privacidad y el consentimiento informado.

Propone que el principio de privacidad se refiere: “al cuidado de toda la información sobre el comportamiento que se produce en un contexto, en el que una persona puede razonablemente esperar que no se realice ninguna observación o registro, sobre la información que ha sido proporcionada para fines específicos por un individuo” (Buchanan, 2016).

Esa noción de privacidad invita a no hacer uso de datos referentes a información que pueda develar la identidad de los participantes de redes. Tal es el caso de claves de acceso, números confidenciales, nombres, fechas de nacimiento, o cualquier tipo de información que pueda ser usada en contra de la seguridad de los participantes de las comunidades virtuales.

Respecto al consentimiento informado Buchanan lo considera piedra angular del cuidado y manejo de los datos, pues, significa que los usuarios:

[...]están participando voluntariamente en la investigación con un conocimiento adecuado de los riesgos y beneficios relevantes. Por lo general, proporcionar un consentimiento informado incluye al investigador que explica el propósito de la investigación, los métodos que se utilizan, los posibles resultados de la investigación, así como los riesgos o daños asociados que los participantes podrían enfrentar. El proceso consiste en proporcionar al receptor explicaciones claras y comprensibles de estos problemas de manera concisa, brindando la oportunidad suficiente para considerarlos e indagar sobre cualquier aspecto de la

investigación antes de otorgar el consentimiento y garantizar que el sujeto no haya sido obligado a participar (Buchanan, 2016, p. 9).

En el consentimiento informado de acuerdo con Buchanan (2016) y Aycock (2012) se tendrá que especificar que: nadie más tendrá acceso a los datos que se utilizarán de manera anónima, que los identificadores quedarán ocultos y protegidos por medio de claves, que toda la información se guardará en archivos bloqueados solo con acceso al investigador y finalmente, que todos los datos serán almacenados de una forma segura y protegida con contraseña en una oficina cerrada.

Finalmente, por toda esa discusión se consideró que la protección de datos no es un tema menor, por ello se tomaron en cuenta esas consideraciones acceder y hacer uso de la información que usuarios de las comunidades virtuales comparten. Por lo tanto, la posición por la que se ha optado en esta investigación después de valorar las diferentes posturas planteadas está enfocada al “cuidado de datos personales” de los miembros de las comunidades y la pregunta sobre si era viable o no, tomar información que no ha sido publicada con fines de investigación, como lo es el caso de los posts publicados en las comunidades virtuales, se ha resuelto por medio del consentimiento de los usuarios que participaron en el proceso de entrevistas.

Al respecto, se menciona que algunas de las personas entrevistadas compartieron información de otras páginas en las que participan como *YouTubers*, u otras, en las que escriben sus reflexiones y vivencias del TLP, haciendo explícito que se podría hacer uso de sus páginas e imágenes. Finalmente, se señala que se hará uso de nombres falsos para el cuidado de la identidad de las y los participantes.

### 3. Los desafíos de la metodología.

En un intento de resumir lo que se ha señalado hasta el momento, esta investigación es el resultado de diferentes etapas en las que se considera la construcción del marco teórico que ha señalado por un lado, las convergencias y divergencias de la psiquiatría como un campo construido bajo el velo del modelo médico hegemónico.

Por otro lado, la disidencia entre especialistas marcada por una diversidad de enfoques para entender lo mental y la enfermedad mental en específico y que finalmente impacta en la manera en que los usuarios de los servicios de salud mental son diagnosticados, tratados y en consecuencia son impactados no solo por el diagnóstico, sino por la dinámica en la que surge el diagnóstico en la que participan diferentes actores.

Para poder afirmar lo anterior, se tuvieron que llevar a cabo diferentes etapas la primera, se llevó a cabo una etnografía virtual que siguiendo sus principios<sup>108</sup> se realizó lo siguiente: se inició con un periodo de observación desde el año 2018 hasta 2020 de los siguientes grupos:

- *Borderline México* con 646 miembros
- TLP Interamericano con 3932 miembros
- El Bosque Limítrofe con 3549 miembros

---

<sup>108</sup> 1) tomar las experiencias de manera explícita, sin intentar juzgar lo que las personas dicen o hacen, 2) explorar las tecnologías como artefactos culturales, esperando que adquieran significado en uso, específicamente para contextos específicos, 3) tratar de explorar las suposiciones que se dan por sentadas y resaltar el trabajo invisible los participantes podrían pasar desapercibido y 4) Examinar críticamente la formulación de afirmaciones como parte intrínseca del desarrollo y la adopción de la tecnología (Hine, 2017).

- El Trastorno Límite de la personalidad (TLP) Trastorno *Borderline* de 8559 integrantes.

De los cuales solamente se pudo tener acceso directo inicialmente a tres de ellos: “el bosque limítrofe, Borderline México y “Trastorno Límite de la personalidad (TLP) Trastorno Borderline; debido a que, en el grupo de TLP Interamericano, por sus políticas de seguridad había que identificarse como paciente diagnosticado, por lo que se tuvo que eliminar de la lista de grupos analizables. Por otro lado, el grupo “Trastorno Límite de la personalidad (TLP) Trastorno *Borderline*”, fue archivado<sup>109</sup> por sus administradores, quienes dejaron el siguiente mensaje para los demás usuarios: “gracias por haber sido parte de este hogar... cada uno tenemos que seguir”<sup>110</sup>. No obstante, cabe mencionar que ese grupo se estuvo siguiendo por medio de la observación durante un año aproximadamente, por lo que parte de la información que se analice será retomada de los datos registrados en el muro de Facebook.

En la primera etapa de observación de la investigación se eligieron 12 códigos cerrados de análisis, para cada una de esas categorías se asignó un apartado en mi página personal de Facebook, se realizó una recopilación de comentarios, post, links, imágenes, memes, videos, etc. que se relacionaran con los géneros seleccionado y de esa primera selección de temas, se delimitaron y condensaron aquellas categorías que dieran respuesta a los objetivos planteados y que señalaran la información emergente de dichas comunidades.

---

<sup>109</sup> El archivar una página en Facebook hace referencia prácticamente a darla de baja, puesto que los usuarios del grupo ya no pueden participar en ella, solo se puede tener acceso a la información posteadas antes de la fecha en que se archivó.

<sup>110</sup> Generador de conversación (SL). [septiembre, 2019 a las 8:39. https://www.facebook.com/groups/BorderlineTLPColectivo/](https://www.facebook.com/groups/BorderlineTLPColectivo/)

Finalmente los códigos que delinearon la investigación, se establecieron a partir de dos criterios: 1) que respondieran a los objetivos que se establecieron inicialmente, esto es, identificar si las personas diagnosticadas con TLP se identifican o no con dicha categoría, si en efecto surge la dinámica de *looping-effect* entre categoría e identidad en el contexto de comunidades virtuales de Facebook, reconocer el tipo de dinámica que se establece entre las personas diagnosticadas con el gremio *psi* y las consecuencias que conlleva cada forma de relación y analizar la información que emerge de las comunidades virtuales observadas y valorar su potencial epistémico respecto a la enfermedad mental; y 2) a partir de la observación que se hizo de las comunidades virtuales se seleccionaron las publicaciones [*post*<sup>111</sup>] de

---

<sup>111</sup> Desde la Nsc los *post* son considerados como nodos, en tanto que en ellos emergen diferentes tipos de conexiones y dinámicas de relación que pueden ser tanto de apoyo, como de agresión. Además, de cada uno de ellos surgen diferentes líneas de discusión; como lo muestra el siguiente ejemplo. Una chica postea en la comunidad de Colectivo TLP lo siguiente: "Hola...tengo un grave problema...mi ideación suicida esta super alta...llevo semanas con el pensamiento en mi mente de tirarme a los rieles del metro justo cuando venga un tren...cada dia que pasa se hace mas y mas fuerte el pensamiento...tengo psiquiatra el 29 de noviembre...tengo psicóloga 1 vez a la semana...ya intente matarme una vez...tengo miedo de intentarlo nuevamente y que esta vez si resulte 😞 estoy con tratamiento farmacológico quetiapina 200mg litio 650mg venlafaxina 150mg bupropion 300mg tengo depresión endogena (cronica) y tambien tengo transtorno limite de personalidad. Sic.

De este *post*, se desprendieron 44 respuestas de las cuales se pueden apreciar tanto aspectos positivos como negativos, en el primer caso se puede apreciar el potencial de contención que tienen las comunidades virtuales, también, la búsqueda y el encuentro con el reconocimiento de los demás y finalmente el sentirse parte de una comunidad. En relación a los aspectos negativos rescatando una respuesta en particular, otra usuaria respondió descalificando el relato de la chica de manera agresiva y afirmando falacias como "en todos los lugares el sistema de salud público es el mismo, la medicación que te dieron no la ofrecen en el sistema de salud público, son medicamentos que no se indican de esa manera... soy psiquiatra y por eso te lo digo, se ve que tú solo quieres llamar la atención, las personas que quieren quitarse la vida en serio lo hacen, no lo andan anunciando". Ante lo cual, la chica que redactó el *post* original mostró evidencias de su receta médica.

Esto último [en el caso posible de que la persona sea realmente una psiquiatra] señala uno de los problemas que se discuten en esta investigación y es el tema del estigma del propio psiquiatra, cómo en diversas situaciones es quien anula de entrada el juicio del usuario y además, sobreponer una falsa autoridad epistémica sobre la experiencia del otro.

Por último, cabe mencionar que de las 44 respuesta la mayoría fueron para brindarle apoyo y contención y otras señalaron la falta de ética de la "psiquiatra" y su mala praxis.

mayor frecuencia, tal es el caso de los casos de "catarsis emocional", es decir, publicaciones que describen un estado emocional del momento que indica un estado de crisis que puede ser existencial y que generalmente refiere a las autolesiones o ideas suicidas; otra de las publicaciones que llamaron la atención por su frecuencia de exposición fueron las relacionadas con el uso de fármacos, preguntas sobre su efectividad, uso o abandono fueron uno de los temas más comunes.

Finalmente se establecieron los siguientes códigos como trabajo de investigación:

- a) *Proceso diagnóstico, identidad antes y después del TLP*: en esta categoría se engloban los datos que dan cuenta del proceso que los usuarios tienen que pasar para ser diagnosticados. Como parte de esta categoría se señaló la forma en que las personas entrevistadas asumen el diagnóstico y su postura ante la propia identidad narrada antes y después de ser etiquetadas. Esto resulta relevante, en el sentido de la propuesta de Ian Hacking, se valorará si las personas en efecto reconstruyen su identidad a partir del diagnóstico, o bien, se identifican parcialmente con algunos criterios y con otros no.

Considerando que existen diferentes líneas teóricas que explican la identidad como la psicológica, la biológica, la narrativa, la metafísica y fenomenológica (Olson, 2007), la que se ha considerado en para evaluar esta categoría es una postura fenomenológica. Esta postura considera a la identidad como un proceso de construcción constante, relacionada no solo

---

Entonces, como se pudo apreciar con este ejemplo, un solo *post* que puede ser un relato como el que se acaba de mostrar, una imagen o un meme, ofrecieron un rico material para el análisis de diferentes categorías.

con la propia narrativa, sino también con la narrativa que los demás tienen o hacen de nosotros. Esta noción de identidad señala que el ser humano no nace como una *tábula rasa*, sino que le preceden la cultura, el ámbito social y familiar. De acuerdo con ello, se describirán el impacto del diagnóstico en la identidad de las personas y, lo que significa para algunas de ellas, dar un nombre a su *condición* de existencia [comparando su situación de vida con la situación de arrojado descrita por Heidegger].

- b) *Estigma y discriminación*: por medio de esta categoría se dará cuenta de cómo el estigma forma parte no solo de la percepción social de la enfermedad mental, sino que es algo que también es reforzado desde la práctica de algunos especialistas. Se entiende por estigma como el efecto social y discriminatorio que surge a partir del diagnóstico, en este caso, del TLP.

De acuerdo con Goffman (2015), el estigma es un término que sugiere dos niveles el desacreditado y el desacreditable. El primero, hace referencia a tres tipos de estigma diferentes; las "abominaciones" del cuerpo, es decir las discapacidades visibles, a comportamientos que sugieren falta de honestidad (como haber estado en la cárcel, enfermedades mentales, adicciones a drogas, homosexualidad, etc.) y a los estigmas tribales producto de la raza, nación, religión, etc. Mientras que el segundo, "el desacreditable", tiene características menos visibles que solo se conocen cuando el individuo las enuncia, como el tener un problema con el desempeño sexual, como la frigidez, la impotencia, la esterilidad, etc. (Goffman, 2015). Ambos, pueden surgir de manera independiente o de

manera conjunta en una persona. En el caso de las comunidades virtuales, se identificarán las formas en que el estigma se hace manifiesto en las personas con TLP en el sentido social, familiar, personal y desde el ámbito de los expertos de la psiquiatría.

- c) *Actitud ante la psiquiatría*: esta categoría es una de las más relevantes y de alguna manera está relacionada con la primera, a partir de ella se dará cuenta de cómo la trayectoria diagnóstica por la que transita cada usuario le hace tomar una postura no solo respecto a su tratamiento o diagnóstico, sino también, respecto a la psiquiatría.

Esto, dará pauta para señalar que, si consideramos al TLP como un *existenciarío* en el sentido heideggeriano, podría decirse que una persona podría ser alguien que no solo vive el diagnóstico, ni tampoco da cuenta de él por su propia experiencia, sino que además de ello, podría desarrollar una serie de herramientas prácticas e incluso teóricas, de las que emerge un nuevo concepto que señala al *experto por experiencia-colaborativo*<sup>112</sup>. Esto es, una persona que va más allá de la experticia por experiencia, recorre caminos diversos en los que puede tropezar con malas prácticas, pero sigue buscando, se informa, pregunta y no solo eso, sino que comparte lo aprendido con otros sujetos con su misma condición.

Es decir, el experto colaborativo hace un tránsito a la profesionalización del TLP. En el sentido de Goffman, podría pensarse que este tipo de experto

---

<sup>112</sup> Este concepto se desarrollará en el capítulo V, como un elemento que puede ser esencial al momento de plantear la posibilidad de una psiquiatría colaborativa, que si bien, no era parte del objetivo principal de esta investigación, la relevancia y emergencia que ha tenido el tema se pueden considerar como una de las aportaciones más relevantes en el desarrollo de esta tesis.

que tiende a la apertura de la experiencia, convierte el estigma de “desacreditado y desacreditable” en una especie de realización personal, que compensa su realidad y su mejora su posición ante sí mismo y ante los demás<sup>113</sup>.

- d) *Actitud hacia los psicofármacos y/o tratamiento*: con esta categoría se hará referencia a la aceptación o rechazo al tratamiento por psicofármacos, se indicará a través de los *posts* compartidos sobre el tema y los testimonios de las personas entrevistadas, el impacto que tiene en el control de sus síntomas y el acceso a otro tipo de alternativas terapéuticas. Se identificará, la manera en que los medicamentos funcionan en relación con el TLP.
- e) *Comunidades virtuales como posibilidad de conocimiento*: finalmente, en esta categoría se planteará si en efecto las comunidades virtuales, al ser espacios formados por las personas que buscan respuestas antes la condición de TLP tienen el potencial de convertirse en espacios de conocimiento colaborativo y en qué sentido sería esto.

En una segunda etapa, se elaboró una encuesta virtual, que permitiera abrir una vía de posibilidad para la realización de entrevistas profundas cara a cara, por medio de aplicaciones como Zoom, video llamadas por WhatsApp y Facebook, que se realizaron en una tercera etapa de la investigación. Lo cual, reafirmó la visión inicial de considerar al espacio virtual como un campo de realidad extendida, que tiene sus propias dinámicas que se entienden en el contexto de un nuevo campo de relación cultural y social. Se ha asumido un compromiso ético en el cuidado y

---

<sup>113</sup> Ejemplo de este tipo de experto colaborativo es el caso de Víctor Lizama miembro de SinColectivo que se mencionó en el capítulo III.

uso de datos e información recabada, en tanto que espacio virtual construido por personas reales y no meramente virtuales.

La encuesta tuvo como finalidad indagar sobre el nivel de respuesta e interés, que los miembros de las comunidades virtuales, pudieran tener para participar en la investigación.

Aprovechando los resultados, que arrojaron la colaboración de 190 personas, se lanzó la invitación para realizar una entrevista profunda. La comunidad virtual que se mostró más interesada en participar fue una de las mejores valoradas por los usuarios (TLP ¡Bienvenido amigo! Que cuenta con más de 4000 miembros de habla hispana y dentro de las razones que daban para su evaluación positiva era que ahí podían encontrar información valiosa, las personas que son parte del grupo son muy respetuosas y es el grupo en el que más ayuda han recibido).

Lo que dio paso a la tercera etapa que fue la aplicación de la entrevista a profundidad a las personas que aceptaron participar en la investigación.

Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta fueron:

- Personas (sin ninguna discriminación de género, edad ni origen) diagnosticadas con TLP usuarias de las comunidades virtuales de Facebook.
- Personas de habla hispana.
- Que mostraran interés por participar en la investigación.
- Que contaran con servicios de internet y plataformas como Zoom, WhatsApp o chat de Facebook para realizar la entrevista cara a cara vía virtual.

Los criterios de exclusión fueron:

- Personas que no correspondieran a los objetivos de la entrevista<sup>114</sup>.
- Personas que no tuvieran acceso a un medio de comunicación para llevar a cabo la entrevista.
- Personas que no quisieran participar en la investigación.
- Personas de habla anglosajona.
- Personas que no asistieron a la cita acordada.

Los participantes de las entrevistas al final fueron un total de 18 personas: 15 mujeres y 3 hombres.

#### 4. Datos obtenidos en la encuesta y resultados de la entrevista

De los datos más sobresalientes de la encuesta, vale la pena mencionar que respecto al género el 73.7% (140) eran mujeres, el 9.5% (18) varones y el 16.8% (32) se ubicaron en una categoría no binaria. De las cuales solo se entrevistó al 10% de las personas.

Esos datos refuerzan dos cuestiones: la primera, es que de acuerdo a los estudios que señalan el alto índice de mujeres diagnosticadas con TLP (Ruiz y Vairo, 2008), se confirma y la segunda, es que las impresiones de Clare Shaw y Gillian Proctor (2005) y Ruiz y Vairo (2008) sobre la forma en que las condiciones desfavorecidas a las que muchas mujeres se enfrentan desde que son pequeñas tales como las historias de abuso, violencia, pobreza, carencia en el acceso a los servicios de salud y algunas de educación, etc. son invisibilizadas y se dejan de señalar cuando

---

<sup>114</sup> como fue el caso de Giordano mexicano de 26 años que lo que buscaba en la entrevista era la confirmación o negación del diagnóstico de TLP.

las vivencias traumáticas se convierten en una categoría psiquiátrica, como si fueran intrínsecas a las personas.

Si bien, esos estudios se han planteado la impronta necesidad de reconocer los factores psicosociales del TLP, que aún parecen -por la evidencia empírica de esta investigación- ser discriminados en el ámbito psiquiátrico. Como veremos más adelante, no es infrecuente que los mismos psiquiatras estigmaticen a las usuarias como "dramáticas" o exageradas, o como lo señalan Ruiz y Vairo las "malas chicas" de la psiquiatría sin considerar las condiciones de vida que las han hecho reaccionar a un ambiente traumático.

Shaw y Proctor, como ya se dijo, plantean que el TLP no debería considerarse una categoría psiquiátrica, sino más bien, se tendrían que trabajar en todas esas condiciones que ponen en desventaja social a las mujeres. Sin embargo, como se vio en la propia narrativa de las personas entrevistadas, para varias de ellas el diagnóstico fue un camino de posibilidad para gestionar su propio cuidado y desde el conocimiento, han buscado herramientas para el control de sus emociones y una gestión de sus relaciones interpersonales de una manera más eficiente.

Tal es el caso de Lola (28 años/ mexicana)<sup>115</sup>, June (33 años/ chilena)<sup>116</sup>, Katty 35 años/ boliviana)<sup>117</sup>, Marla (29 años/mexicana)<sup>118</sup> y Silvia 34 (años/ mexicana)<sup>119</sup>.

Cada una de ellas, encontró a partir del diagnóstico la posibilidad de preguntarse

---

<sup>115</sup> Ver anexo entrevista 18.

<sup>116</sup> Ver anexo entrevista 17.

<sup>117</sup> Ver anexo entrevista 16.

<sup>118</sup> Ver anexo entrevista 14.

<sup>119</sup> Ver anexo entrevista 03.

sobre sí y a partir de ese cuestionamiento emprendieron una trayectoria que las ha llevado a entenderse desde diferentes perspectivas.

Esto, ha llevado a considerar que las usuarias han encontrado su propia voz a partir del camino recorrido en la trayectoria diagnóstica.

Respecto a la identificación con el diagnóstico de las 190 personas que contestaron, el 54.2 % (103) refirieron sentirse identificadas al cien por ciento con el diagnóstico, el 33.2% (63) solo en una parte y el 12.6% (24) lo ponen en duda. Lo que en las entrevistas realizadas a profundidad se hicieron evidentes lo matices, que por causas de la brevedad en las respuestas que implica una encuesta, no se hacen evidentes.

En las entrevistas en cambio, hubo quienes como Gisela (28 años/Costa Rica)<sup>120</sup> afirmaron que cuando leyeron sobre el diagnóstico sintieron que todo hacía sentido, otros como Jean (38 años/ mexicano)<sup>121</sup> y Eduardo (25 años/ peruano)<sup>122</sup> sienten confusión. En algunos casos las personas que se entrevistó además de estar diagnosticadas con TLP, señalaron comorbilidad con otros diagnósticos como Trastorno por Déficit de Atención, Trastornos Disociativos de la personalidad y Esquizofrenia, tal fue el caso de Rita (41 años/ mexicana)<sup>123</sup>, Elvira (43 años/española)<sup>124</sup>, Giordano (26 años/ mexicano)<sup>125</sup>.

---

<sup>120</sup> Ver anexo entrevista 09.

<sup>121</sup> Ver anexo entrevista 05.

<sup>122</sup> Ver anexo entrevista 10.

<sup>123</sup> Ver anexo entrevista 15.

<sup>124</sup> Ver anexo entrevista 13.

<sup>125</sup> Ver anexo entrevista 7.

En relación con las preguntas que se hicieron en la encuesta acerca del estigma y discriminación, el 54.2% (103) afirmaron haber sufrido algún tipo de discriminación en el ámbito de lo social, lo familiar y laboral, el 21% (42) contestaron no haberlo vivido y el resto (25%) “alguna vez”.

Sin embargo, es importante señalar aquí, que en las entrevistas se encontró que en algunos de los casos que afirmaron no haber sufrido discriminación, fue porque nunca habían hecho público el diagnóstico, precisamente por temor a sufrir cualquier tipo de discriminación e incluso por temor a perder el trabajo. Tal como lo observamos en este relato:

“En este país el estigma en relación con la enfermedad mental es todavía muy fuerte, si yo contara que estoy diagnosticada en mi trabajo, seguramente pondrían en cuestión lo que sé y mi desempeño, a mí me gusta mucho lo que hago la verdad y no me puedo dar el lujo de quedarme sin trabajo” (sic). Katty (35 años/boliviana).

Por otro lado, la encuesta arrojó también datos interesantes respecto a la apreciación de los medicamentos psiquiátricos, el 81.2% (164) de personas que contestaron estar medicadas o haberlo estado parcialmente, el 51.1% (97) refirieron haber sentido efectos positivos de los medicamentos y el resto 48.9% (93) efectos dudosos o efectos negativos.

A pesar de la diferencia tan cerrada respecto a los efectos de los medicamentos, para esta investigación es relevante que el casi 50% de quienes han consumido psicofármacos señalen efectos contraproducentes o nocivos, puesto que señala un problema de solidez en relación a la efectividad de los medicamentos psiquiátricos en relación con el TLP.

Además se pueden señalar algunos aspectos importantes:

1) las 18 personas entrevistadas refirieron aspectos problemáticos respecto al efecto de los medicamentos en relación con los efectos secundarios; como lo muestra el caso de Melanie (29 años/ mexicana) que al ser psicóloga ha tratado de apegarse a las indicaciones de los psiquiatras que ha consultado, aunque tenga que cambiar de medicamentos constantemente. Estando medicada con escitalopram (antidepresivo) y pregabalina (antiepiléptico) refiere:

“...me dio una crisis me comienzo a arrancar el cabello y por esa crisis nuevamente voy con la psiquiatra y me dan Olanzapina [antipsicótico] y me deja tumbada como tres días”.

En otros casos como el June (33 años/ chilena) los medicamentos le impedían trabajar por los efectos secundarios que la dormían, al grado de descuidar a los niños que tenía a su cargo, como asistente de preescolar. Refirió lo siguiente:

... los medicamentos no me hicieron bien, yo andaba como un monigote, estaba en ese momento sacando mi carrera y eso no me permitía estudiar entre que estudiaba y me dormía y las pastillas con el ritmo de vida no son compatibles absolutamente... una vez me quedé dormida hasta las cinco de la tarde cuando mi nena tenía seis años, y fue terrible ella igual tomó un poco de cereal se las arregló para hacer su día, vivíamos en un edificio cerrado y pues igual salió a jugar con sus amiguitos y cuando yo me desperté y no la vi me asusté, pero al salir vi que estaba jugando feliz, ella recuerda ese día bien siente que fue autosuficiente y cada que lo recuerda me dice “¿recuerdas ese día que te quedaste dormida e hice todo yo solita?”, pero para mi eso fue terrible, sentir que por una pastilla podría descuidar de esa manera a mi hija, no ser capaz ni siquiera darle de comer, eso me asustó mucho y fue determinante para que dejara de consumir pastillas. Sic.

Marla (29 años/. mexicana) comenta al respecto: “he tomado fluoxetina y clonazepam, pero lo dejé porque me ponía muy mal, me daba mucho sueño todo el tiempo y me sentía muy torpe. Sic.

Así como en estos casos, otros como Silvia (34 años/ mexicana) y Ketty (33 años/ peruana) también refirieron efectos secundarios por los que decidieron dejar de medicarse.

2) entre los medicamentos de mayor consumo entre las personas entrevistadas se encuentran: el clonazepam (benzodiacepinas), diazepam, la clorpromazina (antipsicótico) la carbamazepina (anticonvulsivo), el citalopram (antidepresivo), la fluoxetina (antidepresivo) del que varios de los entrevistados refirieron efectos contrarios a los deseados. Estableciendo un vínculo con el punto anterior, el efecto positivo de los medicamentos es muy incierto, puesto que no se reconoce con claridad qué tipo de medicamento genera alivio y, además, uno de los riesgos señalados por Pelaez, Reyes-Molón y Tejeira-Levet (2013) es la polifarmacia<sup>126</sup>, es decir al uso y abuso de medicamentos, “debido a la inespecificidad sintomatológica, la automedicación, las múltiples demandas, la falta de estabilidad o incluso el agotamiento de recursos psicoterapéuticos o de rehabilitación” de las personas con trastornos de personalidad (p. 102).

3) La comorbilidad en la mayoría de los casos con trastornos depresivos, trastornos de angustia, trastornos disociativos, etc. genera que la cantidad de medicamentos en relación con el punto anterior sea tan amplia, pero al mismo tiempo generen más efectos secundarios negativos en quienes los consumen. En las comunidades

---

<sup>126</sup> La polifarmacia es un concepto del que pueden encontrarse diversas definiciones e incluso grados, pero retomando el concepto de la OMS, la polifarmacia o polimedición hace referencia al uso de más de tres medicamentos.

virtuales se observó que una de las recomendaciones frecuentes que se hacen entre pares, está el no dejar de tomar los medicamentos y al mismo tiempo consultar a un psicoterapeuta.

Finalmente, respecto a las virtudes que tienen las comunidades virtuales que el 80% (151) contestaron que alguna vez las habían utilizado para poder desahogarse en una crisis, lo que indica que el espacio virtual funciona como catalizador emocional y como un espacio de contención, puesto que en relación a ello más del 80% (162) contestaron afirmativamente a la cuestión sobre si habían recibido de otros miembros algún tipo de contención emocional. Por otro lado, otra de las virtudes señala que más del 80% refirió haber aprendido acerca del TLP más que cuando no estaban en redes y finalmente algo que se tiene que señalar al respecto es que en las entrevistas además de ello, refirieron que se sentían identificados con los demás miembros de los grupos, sentían que las comunidades virtuales son espacios que brindan sentido de pertenencia y seguridad.

Esto muestra que, la riqueza que puede ofrecer la técnica de la entrevista da mayor solidez a los procesos netnográficos, como lo afirma Hine (2004).

Las entrevistas que se realizaron cara a cara -mediadas por un dispositivo tecnológico- sirvieron para dar voz a los miembros de las comunidades virtuales. De otra manera, analizar solo los datos de la encuesta podría restar la riqueza de detalles en la información que se logró obtener en las entrevistas.

Asimismo, se identificaron las particularidades que importan en este tipo de investigaciones y al mismo tiempo resultaba uno de los desafíos más importantes a resolver puesto que, le dio sentido a la extensa cantidad de publicaciones, a la emergencia de información que no se podía capturar en su totalidad, por la

acelerada fluidez de los datos compartidos, que sin la herramienta del *Big Data* hacían inmanejable el flujo de información y, con las entrevistas puestas en marcha, se logró consolidar la información de la etnografía virtual con las narrativas obtenidas de primera mano.

#### 4.1 El TLP y el COVID-19 como acontecimiento social.

Las entrevistas surgieron en medio de un acontecimiento social que de acuerdo con el director general de la CIE-11 Howard Catton (2021) describe como un trauma social del que todos estamos siendo testigos. En medio del confinamiento por el COVID-19 y la incertidumbre que se dio a inicios de la pandemia en el 2020 se decidió trabajar vía remota en la aplicación de las entrevistas profundas.

A partir de la propia vivencia de la pandemia una de las hipótesis que comenzaba a vislumbrar era que las personas no tendrían la motivación para participar en una investigación y que los niveles de ansiedad o crisis fueran incrementados por el malestar que ahora era un malestar social.

Sorprendentemente, la respuesta fue contraria, pues de las personas entrevistadas la mayoría mostró gran disposición y no solo eso, señalaron que el confinamiento les había generado la impresión de tener herramientas para gestionar no solo el encierro, sino al ver que la mayoría la estaba pasando mal, ahora podían ser entendidos, por lo menos por las personas que están cerca como familiares y amistades.

Por otro lado, esta crisis sanitaria hizo más presente el uso de la tecnología en la vida cotidiana como algo fundamental, no solo para mantener la economía en pie de muchos países, sino también, para poder mantener la conexión relacionada

tanto para ámbitos académicos, como para acortar las distancias entre personas y mantener de alguna manera vivos los lazos sociales.

De alguna manera, se fortaleció la idea de que el Internet es una de las más grandes revoluciones que ha experimentado el ser humano respecto a su capacidad de interacción y comunicaciones, como herramienta mundial que ha hecho posible esparcir o extender información a casi todas las partes del planeta. Uno de sus mayores usos está relacionado con un medio más para lograr colaboración y conexión entre personas y sus dispositivos de comunicación, sin que la ubicación geográfica interfiera, cosa que es más efectiva que nunca, puesto que, gracias a Internet y las redes sociales muchas personas pudieron además de poder mantenerse en contacto con otros a pesar del confinamiento, su uso para la difusión de la información sobre la pandemia fue esencial.

Un análisis publicado en febrero 2021<sup>127</sup> señala que el uso de redes sociales y de internet ha aumentado un 27% más, en relación con el año pasado y si bien, no se han publicado investigaciones al respecto, no sabemos si su uso favoreció a que el aumento de cuadros de depresión y ansiedad fueran más alto de lo que han sido hasta el momento.

Esto, muestra cómo desde el inicio de Internet -en la década de los sesenta-, a pesar de que ya se vislumbraba la creación de redes que facilitarían interconexión de comunidades, es muy probable que ni sus propios desarrolladores (Vint Cerf & Bob Kahn) tuvieran noción del alcance de lo que ahora representan las redes sociales para los individuos.

---

<sup>127</sup> Recuperado de <https://www.expansion.com/economía-digital/innovacion/2021/02/10/6022c89de5fdea59448b459b.html> en febrero de 2021.

La forma en la que ha avanzado la tecnología informática es impresionante, de hecho, en este momento las palabras de Herzog (2016) en su documental *Lo-Behold* cobran más sentido “el internet lo está penetrando todo<sup>128</sup>” hasta la forma misma de resignificar las relaciones, los afectos y hasta la manera de conceptualizar el mundo, esto no implica un juicio positivo ni negativo, solo se está señalando una situación como parte del acontecimiento social que nos apremia y si bien, como lo afirma Herzog la división entre las dos realidades, la virtual (on-line) y la física (off line) permanecen todo el tiempo interconectadas por dispositivos inteligentes que desde su materialidad nos conectan con otros en el universo virtual.

No obstante, a pesar de la importancia que han tenido las redes en este momento, no quiere decir que muchas personas -cansadas de lo virtual- no anhelan el regreso a las formas comunes de interacción social, en las que el contacto y las demostraciones físicas de afecto demandan su lugar en la vida afectiva de las personas.

Es importante subrayar, que en lo que respecta a las personas entrevistadas<sup>129</sup> que fueron abordadas en el momento más álgido del confinamiento refirieron, en su mayoría, estar manejando el encierro de la mejor manera. Actividades como pintar, escribir, estar en soledad, fueron de las cosas más valoradas. Algunos llegaron a asumir que en medio de las crisis emocionales que observaban de otros a su

---

<sup>128</sup> Herzog, W. (productor y director). (2016). *Lo-Behold: reveries of the connected world*. UE: Magnolia Pictures.

<sup>129</sup> Todas eran miembros de diversos grupos, no solo los que se siguieron sobre TLP, sino también, algunas participan en comunidades virtuales sobre bipolaridad, depresión, etc. debido a los diagnósticos con los que tienen comorbilidad, o bien, falsos positivos que habían recibido antes del TLP.

alrededor, provocó que por primera vez no se sintieran desajustados o extraños en relación con los demás, el poder vivir esta crisis social les hizo comprender o asimilar una cuestión que Yébenes (2018) narra en su texto *Los espíritus y sus mundos* que “enloquecemos cultural y socialmente” (p.25) es decir, la enfermedad mental no es exclusivamente parte de la naturaleza biológica, sino que también acontecimientos sociales -como la pandemia actual- pueden llevar al desequilibrio mental.

De esta manera, el mundo virtual y sus redes sociales funcionaron para los miembros de las comunidades virtuales como un espacio de posibilidad, que utilizaron tanto para reflejarse en los otros, como para identificar que, en algunos casos, tenían aún más herramientas de autocuidado -en medio de la pandemia- que otras personas que no son parte de los grupos de TLP. Un ejemplo es el caso de una chica que como miembro de la comunidad virtual "TLP Colectivo", compartía en el portal de esa página imágenes y videos de su trabajo artístico y de cómo esa actividad la mantenía estable en un momento tan complejo para la sociedad en general<sup>130</sup>.

Ahora bien, como parte del trabajo de campo, las entrevistas que se realizaron en 2020 dieron paso a la integración de las narrativas virtuales en relación con la identidad, es decir, la forma en que se narran a sí mismos en relación con el TLP y cómo se reescriben a partir de la proyección y reconocimiento de los otros. Por lo que, en el siguiente apartado se describe con más detalle la concepción de identidad-narrada y la relación con el efecto *loop*.

---

<sup>130</sup> Recuperado de [Hembra Borderline: sobreviviendo a mí misma.](#)

#### 4.2 Las narrativas en el espacio virtual como parte de la identidad.

El tema de la identidad personal se ha tratado desde diferentes corrientes de pensamiento. La primera que asume la existencia de un "yo" único, unificado considerado como algo único y esencial, la segunda combina lo dado y lo social; en esta corriente las características o descripciones sociales preceden y determinan al "yo" en combinación con atributos que se pueden considerar biológicos como nacer con genitales masculinos, femeninos o intersexuales. La tercera hace énfasis en la naturaleza del "yo" enfatizando en los actos particulares del "yo" como muestra de su plasticidad y por último la que acentúa la combinación de lo social y lo construido (Culler, 1994).

El objetivo de este apartado es señalar por una parte, la forma en que se entiende la identidad desde la perspectiva de identidad narrativa defendida por P. Ricoeur (1999) que define la *identidad narrativa* como “aquella identidad que el sujeto humano alcanza mediante la función narrativa” (p.341) atravesada por el tiempo y las variaciones imaginativas propias y de los otros, la identidad entendida como una construcción que surge a partir del reconocimiento, que implica una forma dialéctica entre sujeto y el otro y que antecede, la visión de Hacking respecto al efecto *loop* entre sujeto y categoría.

Por otra parte, en esta sección se hará hincapié en la forma que se ha analizado en esta investigación a las diferentes narrativas de los usuarios de las comunidades virtuales, lo cual podrá dar cuenta de la manera en que los miembros de las comunidades virtuales proyectan su identidad en redes y, al mismo tiempo, se identifican bajo una lupa categorial del TLP. Finalmente, se intentará hacer un tratamiento cuidadoso de las dinámicas que se observaron a partir de los

resultados empíricos, que llevaron a reafirmar la idea de que el espacio virtual funge como una especie de diario o confesionario en el que se comparten no solo las experiencias del día, sino también logros, dudas, limitaciones, proyectos, ideas, etc. en el que el contenido de las narrativas de los usuarios demanda [en contraposición al diario íntimo] una especie de reconocimiento de los otros, una respuesta que al incorporarla, dota de sentido la identidad de los usuarios, sus sentimientos, emociones, pensamientos o ideas expuestas en las redes.

A partir de ese reconocimiento virtual, los sujetos se reescriben en una especie de espejamiento<sup>131</sup> virtual que alimenta de manera directa a la noción de sí mismos, como se puede apreciar en los siguientes *post*:

Borderline TLP Colectivo torno de la personalidad. (08 de agosto, 2020).

“Hola, hoy quiero compartir con ustedes mi historia con el diagnóstico de TLP y como he sobrellevado esto en mi vida, encuentro de alguna forma reconfortante cuando alguien cuenta su historia y te sientes identificado pues no te sientes como la única persona que vive así”.

[Publicación de Facebook]. Recuperado de <https://www.facebook.com/groups/BorderlineTLPColectivo>.

---

<sup>131</sup> Se retoma este concepto desde la perspectiva de J. Lacan (1949) que, señala cómo a partir de la mirada “del otro” que funciona como espejo, va creando una noción de identidad y termina en la formación de un Yo constituido por el reflejo del otro. En este sentido, se considera que la identidad, tiene dos niveles, un nivel que determina ontológicamente lo que soy y el otro que indica que la identidad no es un asunto acabado y que tenga una edad particular de terminación inamovible (como en el sentido Freudiano, el desarrollo de la identidad termina al final de la adolescencia), más bien, la identidad tiene una característica de plasticidad que hace que las personas vayan construyendo y deconstruyendo su propia imagen, a partir de la mirada del otro (pero no exclusivamente de ello), a lo largo de su vida. En las comunidades virtuales, esa mirada del otro se hace manifiesta a través de la aceptación o el rechazo de lo que se proyecta y se narra; lo cual, podría tener el efecto de impacto en la forma en la que se conciben a sí mismos y en su toma de decisiones.

El Bosque Limítrofe: trastorno Límite de la Personalidad. (27 de septiembre, 2019).

“No es por nada amigos del grupo pero desde que me uní a ustedes, esto ha sido terapéutico para mí: leerles, escucharles, compartir emociones, consejos, los miedos en fin doy gracias a todos porque al entenderlos a ustedes me conozco a mí misma cada día más y a enfrentar la vida.”

[Publicación de Facebook]. Recuperado de <https://www.facebook.com/groups/1637708659856272>.

Como se aprecia, en relación al TLP, el proceso de espejamiento y reconocimiento se puede generar efectos diversos, a un nivel positivo que genera un sentido de pertenencia, de identificación con los otros, puede surgir la noción de sentirse entendido y por lo tanto los lleva a sentir alivio de no ser “anormales”, tal como lo señala Anna (22 años/ argentina)<sup>132</sup> ante la pregunta de qué ha encontrado en la comunidades virtuales sobre el TLP, contestó: “es como que me siento cuando veo algunos comentarios o posts de los grupos como identificada no me siento sola se que a otros les pasan lo mismo”.

Por otro lado, la consecuencia negativa del reconocimiento y el espejamiento es que en el ámbito de las redes también los usuarios pueden identificarse de manera negativa, por ejemplo, en el caso de Silvia (37 años/ mexicana) si bien expresa que en las comunidades virtuales ha cumplido con su expectativa de encontrarse con gente que supiera por lo que estaba pasando y provocar una dinámica de identificación y empatía, por otro lado también reconoce lo siguiente:

“Bueno, también tengo que decir que a veces si es contraproducente, porque luego hay muchos gatillos por ahí, porque a veces la gente que entra en crisis y publican cosas de “ya me voy a morir” o cosas así, de repente ¡ay! eso sí no ayuda, da para abajo. En

---

<sup>132</sup> Ver anexo entrevista 02.

realidad por eso me salí de varios grupos, pero hay uno que otro que buscan más que tirarse al drama comparten más tips y yo misma he llegado a postear algunas cosas". Es decir, el reconocimiento y la identificación con los otros puede generar también una sensación de rechazo cuando en este caso, el leer a los otros, implica un retroceso en su propia búsqueda de bienestar.

Por otro lado, habría que señalar que el TLP al ser una categoría que al igual que similar a la descripción de Yébenes (2018) sobre la esquizofrenia, no tienen nada determinado, nada sólido, es una categoría que también está plagada de contradicciones, de lenguaje vago que hace que las personas se topen con "pistas falsas" de sí mismos, pero que al mismo tiempo esas pistas orienten a las personas que son diagnosticadas a una búsqueda de encuentros que les permitan resignificar su propia identidad y el sentido de sí a través de narrativas personales y en colectivo.

Esto reafirma y remite al pensamiento de Peter Sloterdijk (2011) que en su ensayo *Reglas para el Parque Humano*, relata el papel y la importancia de la escritura, para construcción de un humanismo y de cómo se pueden tejer lazos de amistad con personajes desconocidos que a través de lo escrito van formando a seres humanos empáticos y libres de tendencias "bestializadoras" y con un carácter amansador.

Para este filósofo, "la escritura no solo tiende un puente comunicativo entre amigos conocidos, que en el momento del envío epistolar viven separados por la distancia espacial [...] si no que, también, es una forma de comprometer como tal al amigo desconocido y de animarle a ingresar en el círculo de amistades" (p. 198). Puesto que quien escribe no conoce del todo a su lector. De esta manera se va creando un

humanismo que como núcleo tiene un “fantasma comunitario”, una “fantasía de secta o de club” que provoca en aquellos capaces de leer un halo de solidaridad predestinada (Sloterdijk, 2011) que se puede observar en los grupos comunitarios de redes virtuales como los que se han estudiado.

#### 4.2.1 La identidad narrativa en Facebook: del diario íntimo a las redes sociales.

La concepción de identidad como narrativa<sup>133</sup> en esta investigación, ha marcado un sendero por el que se puede comprender de manera fenomenológica y dinámica la forma en que las personas diagnosticadas con TLP comienzan a resignificar sus vivencias, la forma en que a partir de la conexión de sujetos desconocidos, que como señala Sloterdijk (2011) crean un halo de comunidad a la que se pertenece. Así, dejan de ser extraños para sí mismos y erráticos, teatrales o dramáticos para los demás y al espejarse y reconocerse en sus pares, reivindican su propia identidad, esto lo encontramos en el siguiente relato de Gisela (28 años/ costa rica)

“Creo que todas las personas que tenemos TLP somos personas muy fuertes, como que tenemos mucha fuerza de voluntad, porque para nosotros levantarnos todos los días en sí mismo ya requiere un esfuerzo que hacemos, ir a trabajar y todo eso requiere de fuerza emocional”.

El convertir narrativamente el ser “teatral o dramático” en ser “fuerte” o como Jean (38 años/mexicano) afirmaba “somos personas que podemos sentir intensamente”, cambia la impresión de sí, el uso de las palabras en relación a la concepción de sí

---

<sup>133</sup> La identidad como narrativa se retoma de autores como Paul Ricoeur (1913-2005) que desde la fenomenología hermenéutica lleva a pensar la identidad como algo móvil y dinámico, no como algo dado e inamovible, sino a la identidad como un proceso de construcción constante, construcción que se da a partir de procesos de interrelación entre el sujeto, los otros y el contexto. Estas ideas se encuentran en “La identidad narrativa” conferencia pronunciada en 1986.

hace que las personas creen, refuercen o fortalezcan sus identidades. Mismas que se proyectan a los otros por medio de sus narrativas entrelazadas y envueltas de subjetividades sociales, históricas y culturales, que le dan un carácter ontológico a la constitución de la identidad, en el sentido heideggeriano.

Esta es una postura que también se puede encontrar en Filósofos como Paul Ricoeur que, en su idea de *ser humano capaz*, hacía referencia a que el hombre no puede llegar fácilmente al autoconocimiento, sino que “el autoconocimiento solo llega a través de nuestra comprensión de nuestra relación con el mundo y de nuestra vida con y entre otros en el tiempo en el mundo”. (Pellauer, 2016).

Quizá en ello constituya la dificultad de las propias personas en poder describirse, narrarse o entenderse por medio de otras formas que no sean categoriales, pues, como lo señala Heidegger en su obra, el entendimiento desde lo ontológico tendría que iniciar desde el *ser*, preguntándose por el sí mismo como lo hace el *Dasein* y tratando de descifrar su constitución mundana [su estar en el mundo] e histórica.

Esas dos concepciones, pueden decantar la forma en que se narra la propia existencia, con o sin diagnóstico.

Para el autor de *Ser y Tiempo*, es indudablemente necesario que el ser se pregunte por lo que significa estar en el mundo y, en el caso de los usuarios diagnosticados con TLP, esa posibilidad que puede representar el vivirse con un diagnóstico podría ser ibloqueada por efectos de medicamentos, que en sus peores efectos adormecen imposibilitan el pensar, como se señaló en el caso de June, que tuvo que dejar los medicamentos para poder hacerse cargo de sí y -en su caso particular- también de su hija.

Ahora bien, la posibilidad que encontró June en su búsqueda de vías alternativas a la psiquiatría habla como se dijo antes, de una disposición de apertura afectiva que de otra manera, pudo haber depositado en los otros o en el propio dispositivo psiquiatrico su cuidado.

En la actualidad es común que una persona acuda a un especialista para pedir ser medicado y con eso poder seguir cumpliendo sus labores o demandas externas, hay una necesidad de apagar la pregunta por el ser como un mecanismo de sobrevivencia, en ese sentido las personas pueden devenir en *Dasman* no porque en su propia esencia esté el olvidarse de sí, sino también por las demandas del sistema social que se lo impiden.

Ante ello podría decirse que el *Dasein dispuesto* da la pelea ante su propia existencia, puede encontrar en ella misma y sus acciones la posibilidad de realizar una narrativa de sí. Una narrativa que le permita identificar la forma de habitar su mundo, sus cambios, errores y aciertos.

En ese sentido, las diferentes posturas sobre la identidad están enmarcadas en la dinámica de lo que es contado hacia dentro y de las demandas de otros (personas o instituciones). Sin embargo, para que la identidad sea narrada y reconocida, habrá que suceder la pregunta de y sobre sí, que abre la posibilidad a la construcción de un nuevo sujeto que se cuestiona y que al mismo tiempo deconstruye su identidad de manera fluida.

Lo anterior abre un camino interesante de exploración, sobre la relación entre la forma de narrarse y la identidad de una persona. Para L. Hamui-Sutton (2011) “narrar es una manera fundamentalmente humana que da significado a la experiencia, tanto al expresar como al interpretar la experiencia, las narrativas son

intermediarias del mundo interno de los pensamientos y sentimientos” (Wolfgang en Hamui, 2011) entonces, la narrativa puede decir mucho de lo que el sujeto es, es decir, de su identidad y de su relación con su entorno.

Se podría pensar que desde el nacimiento se comienza a contar la historia de una persona, esa historia no es reconocida del todo de primera mano, pues los procesos mentales como la memoria, que tiene sus propios mecanismos de edición que impiden tener, por ejemplo, acceso a la experiencia del nacimiento o de los primeros años de vida, con la misma claridad con que se evoca el recuerdo de etapas posteriores.

De acuerdo con Nelson y Fivush (2004) la memoria autobiográfica emerge gradualmente a través de los años de pre-escolar mediante procesos de interacción social y el desarrollo cognitivo.

Desde ese punto de vista evolucionista, la memoria autobiográfica se considera la recopilación de eventos de la propia vida, en la que se entretajan tanto la cognición, como las emociones, los objetivos y significados personales [sobre las experiencias].

Asimismo, los recuerdos o muchos de ellos están contruidos no solo por las experiencias particulares, sino también, por la forma en la que los demás narran nuestras propias vivencias. Para W. Benjamin (1892-1940) el recuerdo funda la cadena de la tradición que se transmite de generación en generación, es la *Mnēmosýnē*, lo rememorado, la facultad que puede apropiarse de todas las cosas, la que nos pone frente a lo que se narra (Benjamin, 2009), en este caso lo que es narrado de nuestra identidad.

La memoria, entrecruzada por recuerdos propios y narrativas de otros constituye lo que somos. Aunque no se pueden poseer las memorias de otros, ni ponerlas en un dispositivo que de acceso libre a los recuerdos de otra conciencia (Williams, 2013) contamos con la referencia de quién fue el otro en el pasado, respecto a quién es en el presente. Ahora bien, el recuerdo de quién se fue en el pasado, de cómo ese recuerdo impacta en el presente y se proyecta al futuro, está empapado de la impresión de la narrativa no solo individual, sino también de los otros y por la apreciación cognitiva del mundo.

Esta concepción metafísica y fenomenológica de la identidad recupera los aspectos tanto intrínsecos -que refieren al autoconcepto- como extrínsecos, que refieren a la conexión social con los otros que participan en la construcción de la idea que se tiene de lo que somos.

Goffman (2015) reconoce dos aspectos de la identidad la identidad personal que refiere a la unicidad de un individuo que es avalado por un soporte físico o de imagen corporal, la organización que ciertas características hacen del individuo un ser único, como la correspondencia entre el nombre y el cuerpo.

La identidad corporal "se relaciona con el supuesto de que el individuo puede diferenciarse de todos los demás, y que alrededor de este medio de diferenciación se adhieren y entrelazan los hechos sociales de una única historia continua, que se convertirá en la melosa sustancia a la cual pueden adherirse aún otros hechos biográficos" (Goffman, 2015, p. 79).

La identidad social, por su parte, es aquella que el individuo representa en ámbitos externos, con esto no hace referencia a la identidad fragmentada, sino a una

noción dinámica de la identidad que puede moldearse de acuerdo con los estímulos ambientales y que responde a ciertas exigencias propias de la sociedad. Así, por medio de las narrativas se cuentan historias que son parte de la subjetividad en relación con otras subjetividades.

Como refiere Goffman el nombre como parte de la identidad personal, es una de las primeras etiquetas que recibimos desde que nacemos; los apodos o alias, con el que nos llaman comienza a impregnar en la mente lo que somos y la manera en la que se comienza a contar la propia historia, que está a su vez, íntimamente relacionada con la identidad. Esto, forma lo que el autor nombra *reconocimiento cognitivo*, es decir la forma en que el individuo es ubicado y reconocido por los demás.

Por ejemplo, Malala Yousafzai ganadora del premio Nobel de la paz en el año 2014 por su defensa total e incondicionada por los derechos de las niñas y las mujeres de su país; en el documental "*He named Malala*" basado en su autobiografía, relata la forma en la que su padre la nombró fue determinante para ser quien es:

"mi papá siempre me contaba una historia pastún: si observas el mapamundi en el lado este hallarás un país llamado Afganistán. Hace mucho tiempo, peleó con otro país llamado Inglaterra. El pueblo afgano estaba perdiendo las esperanzas y una adolescente vio huir a los combatientes, subió a la montaña alzó su voz 'es preferible vivir un día como un león, que vivir cien años como esclavo'. Motivó al pueblo de Afganistán y lideró al ejército hacia una gran victoria, pero le dispararon y murió en ese campo de batalla. Su nombre era Malala<sup>134</sup>".

---

<sup>134</sup> Walter F. Parkes & Laurie McDonald. Davis Guggenheim. He named Malala. [Documental]. Estados Unidos. Emiratos Árabes Unidos: [Imagination Abu Dhabi FZ](#).

En este caso, podemos ver la forma en que Malala construyó su identidad a partir de una narrativa externa, una voz que dio contenido a su propia forma de ser y de vivirse en el mundo. Así sus memorias, no necesariamente tienen que ver con el momento de su nacimiento, ni de cómo vivió su etapa prelingüística, sino que, han sido las memorias de un yo ideal las que demarcaron sus aspiraciones y deseos.

Por lo anterior, podría afirmarse que las narrativas son una especie de *habitus*<sup>135</sup> (Hamui, 2011) puesto que participan en las construcciones de la realidad, los valores, el espacio sociocultural [inmerso en un lenguaje, símbolos, signos y representaciones], etc. En este sentido las historias no solo cuentan algo, sino que, detonan algo". En el caso de Malala detonaron una identidad basada en la lucha, el liderazgo y en un carácter moral que va más allá de lo convencional<sup>136</sup>.

Sin embargo, no solo es un nombre el que contribuye a la identidad personal, es todo el contenido histórico del nombre, a su vez la moraleja de la historia contada por el padre, la actitud afectiva hacia su hija y sus intenciones, la capacidad cognitiva y de asimilación de parte de Malala y la historia. Es decir, es todo el contenido ontológico lo que demarca la identidad.

---

<sup>135</sup> La referencia al *habitus*, la retoma de Bourdieu. Explica el término como aquellas estructuras sociales internalizadas y encarnadas en un conjunto de disposiciones y esquemas, mediante las cuales las personas se manejan en el mundo social y reaccionan ante diversas situaciones, las personas ponen en juego su capital promoviendo su integración al campo. (Sotton, 2011: 52).

<sup>136</sup> Jean Piaget y Lawrence Kolberg desarrollaron una teoría de la moral con una connotación evolucionista, en la que describen que el carácter moral depende del desarrollo cognitivo, puesto que para identificar qué es bueno o qué es malo, se necesita una capacidad de discernimiento que se va desarrollando a lo largo de los años del desarrollo infantil. Señalan tres niveles de moralidad, la preconventional, que hace referencia a la necesidad de una figura de autoridad que señale qué es correcto o incorrecto, la etapa convencional en la que el individuo reconoce que debe actuar bien y que esto es conveniente para adaptarse a la sociedad y la tercera etapa "post-convencional", refiere al carácter moral que busca valores universales, no busca solo el bien individual, sino un bien colectivo que impacte a nivel social, incluso cuando lo que se busque vaya en contra de tradiciones culturales.

Por otro lado, las etiquetas o la forma en que se nombra a alguien no siempre son positivas, pues en muchos de los casos, los efectos ante un discurso ambiguo y falta de sentido, el impacto es meramente confuso y en ocasiones caótico. Como nombrar a un niño "con cariño" como gordito o tontito, etc. pueden generar una reacción ambigua en relación con la percepción cognoscitiva que los demás tienen de él, en tanto que esa etiqueta o alias, puede ser al mismo tiempo producto de un *estigma*.

En el caso de las personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad el nombre (de la etiqueta) puede operar de maneras distintas, pues no es un nombre conocido del que los padres cuenten una historia. En todo caso, es mucho más conocido el concepto de depresión y ansiedad a nivel popular, que el TLP.

En este sentido nadie adquiere el conocimiento tácito de qué o quién es o tiene TLP ni a nivel óptico ni ontológico; en cambio, los términos "dramático y teatral" -tal como se le denomina- resultan más comunes y son parte de las descripciones que coloquialmente se pueden hacer de una persona, cuando tiene hipersensibilidad y llora, muestra su enojo, euforia, etc. con más facilidad e intensidad que el resto.

Si aceptamos lo anterior, se podría afirmar entonces que lo plantea I. Hacking sobre cómo se construyen personas a partir de un diagnóstico y la forma en que ello impacta en su identidad.

Solo que habría que reconocer que dicho impacto puede ser positivo o negativo, pues a muchas personas les podría favorecer el diagnóstico y brindarles tranquilidad o seguridad, identificándose a nivel óptico, esto es, con una categoría que explica su forma de estar en el mundo. Otros lo harán a nivel ontológico, esto

es, como una forma de autoconocimiento basado más en la conciencia reflexiva que en una aceptación mecánica de su realidad.

En general se pueden señalar tres estilos de estigma que arrojó el trabajo de campo: autoestigma, estigma social y estigma del profesional.

El auto-estigma es quizá el más complejo de entender y de erradicar, puesto que al ser diagnosticadas y transitar de la vivencia al conocimiento, el momento en que más se refuerza es quizá cuando a las personas les hace sentido todo lo que viven explicándolo a partir del diagnóstico, ya vimos cómo sucedió esa dinámica en Silvia (34 años/ mexicana)

“cuando te diagnostican dices ¡Qué pedo! Te sientes super mal y cuando te da una crisis, sí llegas a pensar ¡claro, pobre de mí es que estoy enferma!, entonces yo llegué con la psicóloga en esa etapa y ella me ayudó a salir de eso, me decía ‘no estás enferma todo el tiempo’ ‘no eres TLP todo el día’ ‘lo estás utilizando para no hacerte responsable de tu vida’ y entendí muy bien eso”

Como se puede observar con Silvia, hay casos que en la medida en que avanza el autoconocimiento y la comprensión sobre el TLP, llega un momento en que las personas deciden no ser el diagnóstico, no vivir bajo sus premisas y aprenden a valorar otros aspectos de su vida.

Sin embargo, con lo que se enfrentan y que hace más complejo ese tránsito, es el estigma social, en relación con el trabajo y la vida social Ketty (33 años/ peruana) refiere:

"En el trabajo nunca lo digo abiertamente, algunas personas saben que estoy en terapia, pero no saben por qué ni nada, y bueno no me han discriminado porque tampoco lo he permitido.

Con mis amistades más cercanas a veces si se han quejado de mí porque creo no entienden bien el trastorno, de hecho, con mi exesposo tuve problemas porque me prohibía ir a terapia y tomar mis pastillas, él era muy violento, a veces me

golpeaba hasta que decidí que no más y comencé el coaching. Mi pareja actual es muy diferente, él tiene una hermana con TLP y creo que eso le ayuda a entenderme más, porque sabe cómo funciona, entonces no me presiona y cuando detecta que voy a tener una crisis me apoya mucho más fácil" (sic).

Lo que refiere Ketty denota cómo el estigma en general y como es sabido, proviene también del desconocimiento, puesto que con su pareja actual parece que el vivirse con TLP ha sido más fácil. Sin embargo, a nivel familiar ha sido distinto, puesto que a causa del auto-estigma y el estigma social que la hicieron creer que no era capaz de llevar a cabo la crianza de su hija, le tuvo que ceder la custodia de cuidado a su madre.

El problema de acuerdo con Goffman (2015) cuando tienen que convivir estigmatizados y "normales" es que el estigmatizado queda en evidencia, en ese sentido a los estigmatizados el vínculo con los normales siempre lo llevan a cuestionar sus propias capacidades, dudan sobre la impresión que desarrollan los otros sobre sí mismos.

En el caso de Ketty al dejar en manos de su madre a su hija, le dieron la tranquilidad de que su hija no desarrolle de ella una idea a partir de la etiqueta, sino de los momentos que comparte con ella en un estado de "normalidad", a pesar de que ella misma expresa que cuando llega a contar que tiene TLP, las personas no le creen, de lo "normal que se mira".

Otro ejemplo de estigma social y auto-estigma es el caso de Gisela (28 años/ Costa Rica) quien vivió el estigma de tener sobre peso desde que era niña (motivo por el cual fue víctima de *Bullying* en la primaria y secundaria) y ahora que está en

el proceso de reelaborar lo que vivió y la relación que eso tiene con el TLP, comenta que el TLP ya se ha convertido como parte de su carta de presentación:

"En el trabajo yo doy un aviso, digo yo padezco de estas cosas, y llegará un momento en que si me da una crisis me tengo que salir, y eso me ayuda porque de alguna manera doy una advertencia de "a mí me pasan estas cosas" y la gente ya sabe si me contratan o no. Con mis amistades, si soy amiga de alguien también les digo porque así ya saben a qué atenerse, es lo que soy yo, es como mi carta de presentación, así que lo digo desde el principio. Todo esto que me pasa forma parte de mi identidad. Digamos son muchas características de mi personalidad que son influenciadas por estos padecimientos. Incluso con una relación, en una relación amorosa yo igual aviso, yo no soy una persona tóxica por decirlo así yo puedo avisar de mis estados emocionales, la mayoría del tiempo. Tuve hace poco una relación, quizá él pensó que todo iba de maravilla y yo la verdad ya estaba pensándolo por semanas que las cosas no iban bien y le salí con "mejor terminemos", pasó unas semanas y entonces la persona me hace falta, sé que lo quiero y todo y pienso hay que tristeza conmigo... después nos dimos una segunda oportunidad, porque él me buscó porque yo no soy de las que buscan la verdad, entonces comenzamos nuevamente yo le salí con mi domingo 7 y yo que fresca, y me da dolor por él, mejor que ande que salga con otra persona que no le haga estas cosas. " (sic).

En Gisela vemos que su narrativa expresa un nivel de asimilación del diagnóstico muy claro, da por hecho que lo que pasa respecto a sus relaciones y aspectos laborales están relacionados directamente. Desea establecer un negocio propio, pero duda de su capacidad para lograrlo, ella es Chef, pero siente que el estrés de trabajar en un restaurante la rebasa.

Ahora bien, ¿qué es lo que sucede cuando el estigma surge del propio especialista? Algo que ese encontró en las entrevistas, es que los comentarios que hacen los psiquiatras a los usuarios, sobre el TLP son, muchos de ellos, limitantes y estigmatizantes, en lugar de abrir posibilidades las cierran. Lo que, en consecuencia, refuerza las creencias negativas y sobre las propias capacidades. Por ejemplo, en el caso de Kary (37 años/ peruana) comentó lo siguiente de su primera experiencia con un psiquiatra:

“desde hace 12 años que estaba en la universidad me puse muy mal porque estaba con un chico y me dejó, fui con la psicóloga de la universidad y ella me refirió con un psiquiatra, porque me dijo que tenía una depresión profunda. Comencé a ir con el psiquiatra y la verdad en lugar de ayudarme me hizo muy mal, al principio yo pensé que era bueno, me hacía sentir escuchada, pero terminó abusando sexualmente de mí como en tres ocasiones y además él me hizo creer que no podía dedicarme a mi carrera, yo quería ser psicóloga clínica, terminé la carrera, pero la verdad es que nunca me titulé. Él me dijo que, *así como estaba nunca podría ver pacientes, que para trabajar con otras personas se necesita estar equilibrada y yo no lo estaba*, que mejor me dedicara a otra cosa. Yo llegué a creerle la verdad, porque me comenzó a medicar y yo no me sentía bien, sentía mi cabeza toda hueca y pensé sí, yo así no puedo ver a nadie” (sic).

Lo que se puede leer en ese relato es la forma en que el diagnóstico impactó para Kary en un primer nivel de manera negativa en la creencia de sus propias capacidades, pues lo que ella hubiese querido como proyecto de vida quedó interrumpido por pensar que no tenía la capacidad emocional para hacerlo además, el uso de psicofármacos reforzó esa idea. Debido a los efectos secundarios le generaban sueño gran parte del día y eso le impedía estudiar y concentrarse; algo que no le sucedía antes del tratamiento.

Otra forma menos directa y más sutil en que el profesional muestra su tendencia a estigmatizar, es siendo condescendiente como lo refiere Romina (28 años/ mexicana):

"He tenido tres psiquiatras la primera sólo me atendió dos o tres sesiones. No recuerdo mucho de ella. La segunda era muy condescendiente, eso me fastidiaba, ya que lo que menos quería era ser tratada como un animalito herido. El último es muy bueno, (a mi parecer) a veces siento que me confronta conmigo misma... eso me ayuda. Me impulsa a saber de que soy capaz. Y jamás me ha tratado con esa condescendencia incómoda. Me trata como su igual" (sic).

Esa forma de tratar con condescendencia a las personas también se observa de manera más evidente hacia las personas que tienen alguna discapacidad física,

haciendo más evidente aquello que la persona trata de normalizar parece que ese mismo efecto tenía en Raquel aquella psiquiatra que la trataba "como animalito herido", pues la lleva necesariamente a una posición de víctima, que en ese momento no necesitaba.

El lidiar con la etiqueta del TLP desde el estigma puede llevar a las personas a asimilar el diagnóstico de manera tal, que piensen que no hay posibilidades de poder tener una vida ni una visión distinta de sí mismos.

Uno de los problemas que habrá que señalar, en ese contexto, es cuando el especialista al emitir el diagnóstico otorga también un pronóstico que anula la posibilidad no solo de mejora, sino de ser y estar de quien lo consulta. Eso se ve expresado tanto en lo que afirman especialistas respecto al TLP "es un trastorno para toda la vida y puede que los síntomas disminuyan con el paso de los años, pero no hay seguridad en eso"<sup>137</sup>, y los testimonios de usuarios a quienes han dicho "necesitas medicamento para toda la vida o eres incapaz de hacer 'y' por tu condición de 'x'", como se observó en las entrevistas en casi todos los casos. Los señalamientos o indicaciones de los especialistas apuntan al consumo de medicamentos para toda la vida (véase el caso de Silvia, Anna, June, Kenny, Katty, etc.).

La confusión que se genera en la persona diagnosticada, en esos casos es tal que puede optar por varios caminos, uno de ellos sería hacer valer su agencia, por medio de la busca las opiniones de otros, de la búsqueda de otros medios no necesariamente clínicos, opciones alternativas de tratamiento etc. Así como la búsqueda de espacios como las comunidades virtuales que de alguna manera

---

<sup>137</sup> Referencia textual de un psiquiatra del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

representan una posibilidad de encuentros entre sus miembros y ayudan -en ciertos casos- a disolver dudas, encuentran alternativas de vivirse y además se reflejan en la mirada de los otros.

Sin embargo, esa búsqueda consciente de los otros como referente, es algo que no necesariamente es novedoso, puesto que antes de la llegada de Internet a la vida cotidiana, la forma de buscar esos referentes era a través de grupos de contención o simplemente, las dudas, el sentimiento de extrañeza de no encajar, se quedaban enclaustradas en la autorreflexión, en el ámbito de “lo sabido no pensado”<sup>138</sup> o en el espacio privado, el cual se conoce a través de los años por la existencia y publicaciones del diario íntimo.

Esa mirada al interior proyectada en un diálogo interno se deja ver por medio de la escritura y no necesita de un interlocutor, o por lo menos, la intención de redactar un diario queda lejos de desear un espectador; en donde la propia mirada puede ser conmisericordiosa o castigadora, cuando se escribe un diario no se tiene la necesidad de expiación, ni de reconocimiento, ni de nada más que el diálogo personal.

De acuerdo con Leonor Arfuch (2010) en *Espacio Biográfico: Dilemas de la Subjetividad Contemporánea*, la autobiografía como género literario, se remonta a *Las confesiones* de Rousseau de las que emerge un yo garante o testigo autobiográfico e histórico que surge del diario íntimo.

---

<sup>138</sup> Lo sabido no pensado, es una frase a la cual hace referencia el psicoanalista Christopher Bollas, haciendo alusión al material del inconsciente que incomoda, que genera ansiedad, cosa que el individuo sabe con cierto nivel de consciencia, pero que, prefiere no pensar. Para más profundidad en el tema, véase Bollas, Ch. *Fuerzas de destino*. (2008). Argentina: Amorrortu.

La autora tiende un puente entre las antiguas formas de narrar la subjetividad - como el uso de diarios y cartas- con las nuevas formas de narración en redes sociales, en las que se encuentra la búsqueda por el espectáculo, más que de lo privado y por una necesidad de ser el eje de la atención que influye en la manera en que se cuenta la propia identidad.

Se ha vivido de esa manera, el transitar de formas íntimas de narrar como el diario testigo de los gustos, preferencias, opiniones, las historias de amor, de la intimidad del lecho, etc., de la conversación privada con uno mismo por medio de la escritura, a la proyección de todo eso (emociones, estados de la intimidad, etc.) hacia los medios como una necesidad de complacer a un Yo que quiere ser visto y escuchado. “La economía psíquica” ha cambiado, ahora la intimidad es puesta al ruedo de lo público (Arfuch, 2010).

Ahora bien, dentro de las redes sociales han existido y aún existen algunas plataformas como *Second Life* un espacio virtual en el que los usuarios pueden crear la representación de sí mismos por medio de avatars, representan no a la persona que se es en realidad, si no por lo regular, es la persona que se desea ser. Es un espacio de representación de un mundo alternativo, un mundo que permite la narración de una identidad imaginada o de un alter-ego. Se ha pensado que algo similar sucede en Facebook, en donde las personas proyectan lo que desean de sí mismas, más no lo que realmente es genuino de su identidad. Sin embargo, cuando se ingresa a las redes sociales con fines no habituales, sino de búsqueda de pares -como el caso de los grupos de TLP-, la dinámica podría ser distinta, pues los miembros de los grupos tratan de encontrar respuestas sobre el TLP, u otras personas con las que se puedan entablar conexiones que permitan el espejamiento

del malestar. En ese sentido, puesto que el objetivo es más preciso, la narrativa sobre ellos mismos puede ser mucho más genuina, mucho más honesta sobre lo que sienten y lo que piensan sobre las propias vivencias.

La discusión sobre si esa narrativa corresponde a lo que se es en realidad, para Arfuch, no está tan clara, se pregunta si existe una distinción entre lo que se escribe y lo que se es en realidad. Para Lejeune, citado por Arfuch (2010), se trata solo de una semejanza de la propia identidad.

De esta manera, se podría decir que en las comunidades virtuales de TLP los usuarios, representan una parte de su identidad personal, a través de narrativas que hacen a un lado la vergüenza y el estigma (propio de la enfermedad mental), de alguna manera buscan espacios de libertad en donde las dudas de ser aceptados o no se disipan puesto que todos comparten objetivos y características en común, cosa que se hace evidente en el compartir no solo el día a día, sino también conductas que socialmente pueden ser reprochables.

Cosa que en otro tipo de comunidades virtuales como *Second life* o más recientemente en *Instagram* en las que claramente se comparte una identidad imaginada, las comunidades virtuales de personas con TLP de Facebook su objetivo es contrario, pues versa en compartir las preocupaciones, dudas, formas de ser y comportamientos que en la realidad *off line* resultan extraños, dramáticos, etc. y en el espacio *on line* los niveles de aceptación, tolerancia y empatía parecen distintos. Puesto que la comunicación se da entre “iguales”.

Generalmente, existe una tendencia humana por lo estético que lleva a rechazar el aspecto o comportamientos que se juzgan como desagradables y quizá por ello,

muchas personas solo deseen representar en sus redes los aspectos positivos de su vida.

Con todo, las personas con TLP usuarias de las comunidades virtuales en Facebook, tienden a plasmar de una manera más *libre*<sup>139</sup> su realidad, sus vivencias y manifiestan parte de su identidad, aunque sean aspectos que no les agraden ni a ellas mismas, ni a otras personas pues su fin es la contención, el espejamiento y no solo la exhibición.

Las redes sociales en ese sentido, para las comunidades TLP son espacios que actualmente se han convertido en espacios biográficos, espacios de narración y de relación con múltiples subjetividades, que como se decía al principio de este apartado, representan la forma en la que se define y expone la propia identidad.

#### 4.2.2 De las narrativas a la construcción del conocimiento en las comunidades virtuales.

Sandoval Forero (2007) describe a la comunidad virtual como “grupos sociales surgidos y sustentados mediante el uso de la comunicación mediada por la computadora” [ahora, mediado de cualquier dispositivo electrónico inteligente]. Afirma que uno de los principales objetivos de la investigación de comunidades virtuales tendría que distinguir lo que se hace cuando los usuarios se conectan a una red, para así, tratar de comprender los comportamientos sociales en el ámbito *on-line* (Forero, 2007).

---

<sup>139</sup> Goffman (2015) refiere que, en ciertos casos, [en el individuo estigmatizado] la libertad proviene del hecho de que se encuentra en compañía de quienes tienen un estigma igual o parecido [...] puesto que pueden exponerse y no necesitan ocultar su estigma (p. 107).

En general, el aumento de la contribución de usuarios en redes sociales fomenta el crecimiento de la *inteligencia colectiva* y genera contenidos dinámicos. El interés en aportar conocimiento crea sentido de comunidad, empoderamiento y de propiedad por parte de los usuarios. El conocimiento incluso puede llegar a igualar al conocimiento especializado como en el caso de Wikipedia (Álvarez, 2009)<sup>140</sup>.

Don Fallis,<sup>141</sup> por ejemplo, plantea el valor epistémico que puede tener una plataforma como Wikipedia, plantea la discusión sobre si es posible tomarla como referencia en la democratización del conocimiento. Puesto que en esa plataforma cualquier persona podría compartir información sobre cualquier tema, editar o corregir algún error ortográfico, en la información que se publica, etc. de manera pública o anónima.

El objetivo de Fallis (2009) es mostrar que Wikipedia cumple con valores epistémicos que pueden equiparar a tal plataforma con el conocimiento que podemos encontrar en las enciclopedias; identifica valores, como: exactitud, completitud, aceptación y comprensibilidad.

A través de lo que Fallis plantea, se considera entonces que las comunidades virtuales de TLP en Facebook tienen un potencial epistémico; es decir, en sí mismas son posibilidad de conocimiento sobre el que puede fundarse en la experticia por experiencia o especializada. Esto permite que podemos señalar a esos espacios virtuales como comunidades virtuales epistémicas (cve).

---

<sup>140</sup> Recuperado de <http://web2facsalud.blogspot.com/2009/08/inteligencia-colectiva.html> el 01 de febrero de 2019.

<sup>141</sup> Filósofo de la Universidad de Arizona experto en epistemología aplicada

En las cve, se proyectan formas de comunicación y conexión que facilitan la difusión de información en todos los niveles; puesto que, una sola pregunta puede generar una gran cantidad de respuestas que oscilan desde la propia experiencia, hasta información especializada.

Ma. Olga Seco Saucos<sup>142</sup> y Raúl Ruiz-Callado<sup>143</sup> analizaron la función que cumplen las redes sociales en relación con la solidaridad y el apoyo que realizan las comunidades virtuales en pacientes con enfermedades raras. Encontraron que la información que se comparte en esos casos posibilita la participación de los usuarios en las decisiones relacionadas con el control de su enfermedad, convirtiéndolos en pacientes empoderados que abandonaron el papel pasivo del modelo médico tradicional.

Otra de las cuestiones favorables que observaron es que, al formar comunidades virtuales, los pacientes encuentran sentido de pertenencia y estímulos positivos para manejar y afrontar su enfermedad. Afirman que los pacientes crean una nueva experiencia social y consigo mismos, pues se convierten en agentes creadores de información sobre su enfermedad y no solo consumidores (Seco & Ruiz-Callado, 2018).

Asimismo, al crear comunidad y participar en ella “se facilita la toma de decisiones y la realización de acciones favorables en el manejo y cambio de conductas relacionadas con el proceso de enfermedad” (Seco & Ruiz-Callado, 2018). Los usuarios podrían encontrar apoyo activo que los lleve a ser más solidarios, desarrollar afiliación y empoderamiento.

---

<sup>142</sup> Socióloga, Profesora en la Fundación Jiménez Díaz-Universidad Autónoma de Madrid, España

<sup>143</sup> Doctor en Sociología. Profesor titular en el Departamento de Sociología I, Universidad de Alicante, España.

Haciendo un paralelo entre las enfermedades raras y los trastornos mentales, específicamente con diagnósticos como el TLP, en el que no existe claridad en el tratamiento, etiología y desarrollo, a través de esta investigación identificar los patrones de conexión de las personas diagnosticadas con una con TLP. Puesto que la dinámica que se da entre pacientes y especialistas es muy parecida, por una parte, ambos grupos viven el estigma social de la enfermedad y, por otra, ambos viven las dudas respecto a los síntomas de enfermedad y una desconfianza en los tratamientos que no proporcionan alternativas claras.

De esta manera, el estudio de Seco y Ruiz-Callado (2018) representa un antecedente de la forma en la que comunidades virtuales ofrecen además de las conexiones solidarias con otros y una nueva forma de construcción de conocimiento, un conocimiento simétrico de primera persona al que los especialistas no pueden dejar de ser indiferentes.

Uno de los aspectos importantes de las comunidades virtuales, es el sentido de *inmediatez*, ya que el tiempo en el que se pueden obtener respuestas a preguntas que se publican, puede ser en el momento preciso en que se genera la pregunta, o tardar no más de unos minutos. Tiempo que es crucial para la contención emocional, en casos en los que los usuarios comparten el sentir de una crisis, como ideación suicida y sentimientos profundos de devaluación. En donde la conexión entre varias personas genera una especie de sinergia del cuidado<sup>144</sup> que

---

<sup>144</sup> La sinergia es un término griego [*Synergía*] que quiere decir acción conjunta o cooperación colectiva. En la que el todo es mayor a la suma de las partes, por lo tanto, existe un rendimiento mayor o una mayor efectividad a que si se actúa por separado. En ese sentido se ha elegido ese término puesto que, en las comunidades virtuales, importa el cuidado de los otros, en tanto que existen reglas y normas que regulan los comentarios y la información que se comparten. Si en algún momento, un usuario publica un post ofensivo o que incite a la autolesión, podría ser eliminado por los administradores de la página. Así, la sinergia del cuidado se puede entender como una especie de acompañamiento, de reacciones

engloba el acompañamiento, la colaboración en relación con dudas o planteamientos respecto al diagnóstico, la actitud empática y solidaria cuando se pide ayuda, etc.

Lo anterior, lleva a plantear que los usuarios de las comunidades virtuales hacen valer su agencia a partir de la colaboración en tanto su disposición afectiva de apertura.

Sin embargo, no todo en las comunidades virtuales se puede considerar positivo para la construcción del conocimiento, desde lo que plantea Fallis (2018) una de las consecuencias principales que surgen como una preocupación epistémica en las comunidades virtuales, tiene que ver con el engaño que se puede generar las *fake news* que suelen reforzar dinámicas de autoengaño favorecido por el deseo. En donde el papel de la subjetividad en la que se encarnan las necesidades, las dudas, la concepción de sí mismo, de la realidad, etc. juegan un papel determinante al momento de realizar una publicación, o bien, contestar o comentar a quienes publican.

No se puede negar por ello, que en esas comunidades circule información incorrecta o inexacta, que tenga repercusiones desfavorables para sus miembros. Esa preocupación es compartida por Seco & Ruiz-Callado, quienes también encontraron en su estudio tendencias a compartir información no confiable, a pesar de ello, apelan a una visión más positiva en la que los usuarios se convierten también en expertos que saben discriminar la información que puede resultar nociva o falsa.

---

solidarias que se dan en relación con una energía emocional (Randal Collins) que surge de la identificación y comunicación entre los miembros de las comunidades virtuales.

Por lo que Fallis (2009) apela a la capacidad que tienen las personas para verificar la información para sopesar el testimonio de quien comparte la información, afirma que “la información inexacta no es un serio problema, si es posible que las mismas personas hagan uso de su agencia para verificar la veracidad de la información compartida sobre el TLP.

En el caso de las comunidades virtuales, se podría pensar que no todas las personas realizan esa acción, solo las que están más involucradas, quizá quienes a partir de la curiosidad del *Dasein* y movidos por el interés de contar con información más confiable, logran buscar y verificar lo que en esos espacios se comparte.

Ahora bien, de acuerdo con Fallis otras de las virtudes epistémicas con las que debe contar la información para que sea válida son: *el poder, la rapidez y la fecundidad*<sup>145</sup>. De todas ellas, la *fecundidad* que refiere al gran potencial de producir información es la que con más facilidad se puede observar en las comunidades virtuales; puesto que, cuando los usuarios narran aspectos de su propia vivencia del TLP, comparten el conocimiento por experiencia. Esto es, en el sentido de Ricoeur se va formando una especie de *fenomenología hermenéutica*<sup>146</sup> que, en la comunidad virtual a través de *lenguajes polisémicos* (Pellauer, 2016), se puede generar un tipo de información con potencial de ser interpretada y traducida a un lenguaje de expertos en diferentes niveles.

---

<sup>145</sup> *op.cit.*

<sup>146</sup> La fenomenología hermenéutica que propone Ricoeur aboga por un descentramiento del sujeto en el mundo. El sujeto es el sujeto de la experiencia; ese mundo en el que el sujeto participa es llevado al lenguaje, se hace lenguaje. De ahí la idea de lenguajes polisémicos, que relatan la experiencia del mundo vital.

En efecto, las redes sociales no cuentan con mecanismos de calidad por medio de los cuales se supervise la información que se difunde, solo cuentan con las personas que administran la página y son ellos quienes actúan como jueces, en el momento que algún usuario postea información no verídica, ofensiva o indeseada para el grupo.

Los administradores -de las comunidades virtuales- son quienes tienen el poder de eliminar de la comunidad virtual, a los que no cumplan con las “normas de convivencia” o, manifiesten actitudes desfavorables poco solidarias o empáticas para los demás.

Por otro lado, la rapidez con la que se comparte la información es un valor que en estas comunidades resulta crucial, en el sentido de contención grupal, pues podría evitar incluso tomar decisiones impulsivas, caer en desesperación, lastimar o agredir a alguien<sup>147</sup>. La rapidez entonces es un asunto de vital importancia, para ciertos casos.

---

<sup>147</sup> Un ejemplo de la forma en la que las CVE podrían tener un atributo de contención, se puede observar en la publicación de este post, en el que el usuario a manera de catarsis publica lo siguiente: Generador de conversación (FA)

(19 de julio)

¡Hola! ¿Alguien con quien hablar?

tengo una sensación de desesperación que no me deja, hace 4 años que vivo sola, desde los 18. Mi familia es una familia (no sé si llamarla así) mega ultra hiper machista, yo tenía miedo de que mi papá algún día me asesinara. Así que por eso hui, me fui dos regiones más lejos pensando en que no podrían hacerme nada, aproveché la elección de una buena u lo más lejos posible de mi entorno, sin embargo, descubrí que ya estaba muy dañada, tengo trastorno límite de la personalidad, soy una persona con pensamientos recurrentes sobre suicidio y cortes (solo lo he intentado una vez). Mi meta en la vida siempre ha sido auto valerme sin la ayuda de medicamentos, y hasta hace 8 meses iba bien, ahora siento que necesito urgentemente ayuda. Actualmente vivo en xxx, ciudad en la que arriendo un departamento en \$xxxx chilenos, que la verdad no es mucho, pero a eso debo agregarle pasajes, comida, luz y agua. Mi trabajo no me alcanza.

Siento mucha desesperanza, que nada tiene sentido ni siquiera los gatitos que he salvado. Tengo un novio que tiene 25 años. Él ya tiene una carrera, vive conmigo, sus padres lo mantienen y no me ayuda en nada. dice que me ama, que daría la vida por mí, pero no es capaz de en los 4 días libres que tiene en la semana de conseguir un trabajo. No se lo he dicho porque me da vergüenza, soy muy débil y siento que estoy sola en el mundo. por qué no puedo tener a alguien a mi lado con metas similares en la vida? ¿no a alguien que pierde todo el tiempo en el celular jugando? cuando llego del trabajo nos acostamos, me paro y me pregunta tooodos los días que me pasa, y es obvio que si tengo que darle los remedios al gato me tengo que parar. Él lava la loza solo cuando

Finalmente, el asunto de la fecundidad en las comunidades virtuales se podría plantear como algo que compete tanto a expertos por experiencia como a especialistas. Si se hace uso de la *fenomenología hermenéutica* -como la concibe Ricoeur- se podría construir un conocimiento más profundo y menos enmarcado solo en categorías de las personas y en consecuencia de su malestar mental.

Por ejemplo, en el caso del grupo virtual “*Borderline* (TLP) Colectivo Interamericano (Trastorno de la personalidad)”<sup>148</sup> se comparte información no solo de expertos por experiencia, sino también información especializada sobre TLP, tienen links de artículos en PDF sobre la enfermedad mental en general, de instrumentos para el diagnóstico del TLP, sobre técnicas de tratamiento, tipo de terapias, sobre la

---

se lo pido... yo no sé qué hacer, como les digo el dinero no me alcanza y volver con mis padres sería sufrir... todo lo que ya he sufrido y no he perdonado. No veo con claridad, no sé qué mierda hacer...

Comentarios:

1. Lo mejor que puedes hacer es hablar con él y decirle todo lo que piensas y sientes, si realmente te ama como dice, lo entenderá y se pondrá las pilas y si no, para qué quieres una pareja así, más vale sola que mal acompañada. Si ya no te sientes a gusto con él dile que se vaya, si de por sí es muy difícil la vida como para aguantar a alguien que no te valora o alguien que no pone un remedio para vivir mejor. Valórate, ámate, fluye, cree en ti, ten fe en ti, tú puedes. ♡
2. Pues yo digo que hables con tu pareja por qué es tu pareja ya que vives con él y que te ayude, ya que si hablas con él y no te ayuda pídele que se vaya de tu vida ya viste que tú puedes sola así que no te hace falta un tipo que solo te usa, ánimo ya quisiera yo esa fortaleza que tú tienes para vivir sola, eres muy capaz y valiente, busca alguien que tenga tus mismas metas o simplemente vive sola estás muy joven para atarte a alguien
3. Calma bonita, creo que estás en un momento en que no ves nada claro y tomar decisiones así no es lo mejor. No te exijas tanto, poco a poco busca ganar claridad y alejarte de las cosas que consideres que te dañen. Acá estoy si quieres hablar.
4. Yo pienso que él no tiene la madurez para ser pareja de alguien, y menos de una persona valiente e independiente como tú... no te conviene, al contrario, él es una carga... estás mejor sola y con la oportunidad de conocer a alguien que realmente pueda ser tu pareja... No tú huésped (ya que el en cuanto a la casa no hace ni aporta) vas a gastar menos sin el...
5. Totalmente de acuerdo con esto
6. Qué bueno que saliste de ese ambiente... Pero creo que deberías darle un ultimátum a este chico... no se puede vivir del amor... ni de los padres... Vivo una situación algo similar, con la diferencia de que mi pareja sufre de ataques de ansiedad y crisis de pánico que lo hicieron dejar su trabajo.
7. Es horrible sentirse así, pero ya estás sola, ese tipo solo es una carga más, no te aporta nada y además lo mantienes... Mándalo a la fregada en primer lugar, así reducirás gastos y enojos. Podrías ver otras opciones de trabajo donde ganes un poco más, pero con reducir el gasto de la carga del inútil de tu novio, te ayudará. Es mejor estar sola que mal acompañada.

<sup>148</sup> Sitio de Facebook: <https://www.facebook.com/groups/570576773041046/>

noción de enfermedad mental abordada no solo desde el punto de vista psiquiátrico, sino sociológico, literario y hasta poético.

Eso da indicios para explicar que los miembros de las comunidades virtuales no solo comparten información de primera persona, sino que se alimentan de saberes de otros expertos que podrían hacer que su conocimiento sobre la enfermedad mental y el TLP en específico, no sea irrelevante.

En este caso, la etnografía virtual que da cuenta de la narrativa escrita en los muros de Facebook, la recopilación y análisis de imágenes que comparten los usuarios, ligas que dirigen a videos de *influencers* sobre el TLP y las entrevistas profundas que se aplicaron a los usuarios de las comunidades virtuales, han sido las herramientas que permitieron identificar las diferentes dinámicas que surgen respecto a las conexiones entre usuarios, las dinámicas de reconocimiento e identificación mutua y del impacto que tiene el diagnóstico de TLP en sus vidas privadas, en su identidad y afectos.

De manera paralela, se señala la capacidad epistémica que tienen las comunidades virtuales en dos sentidos en primer lugar, en lo que respecta a los usuarios, posibilitan el acercamiento a otro tipo de experiencias sobre el TLP como compartir información -a través de videos, artículos, noticias, memes, etc.- que puede cambiar la autopercepción de sus miembros y la manera de gestionar el diagnóstico. En segundo lugar, la riqueza de la información que se comparte en los muros, podría ayudar a construir los puentes necesarios entre usuarios y especialistas en la construcción de una psiquiatría colaborativa, una psiquiatría más sensible a los relatos, experiencias y formas de vivir el TLP en espacios no conocidos en el encuadre clínico.

*Quizás la ciencia sea más conocida hoy por los poderosos medios que tiene de privar al hombre de sus alegrías, de hacerlo más frío, más parecido a una estatua, más estoico. ¡Pero puede llegar un día en que la ciencia aparezca como la gran suministradora de dolor! ¡Y tal vez entonces se descubra, a la vez, su fuerza contraria, su inmenso poder para hacer brillar nuevas estrellas de goce!*

*Wilhelm Nietzsche Friedrich.*

## **Capítulo V**

### **Recuperando el concepto de *Bildung* [formación] como proceso necesario de una psiquiatría colaborativa.**

Para desarrollar la propuesta de generar bases para la construcción de una psiquiatría colaborativa que vaya más allá de sus propias categorías, es decir, una psiquiatría en la que la experiencia y experticia de los usuarios sea tomada en cuenta, no solamente en el sentido de que mantenga una postura de "escucha activa" hacia la persona que le consulta, sino que pueda recuperar una visión más completa, ontológica del ser humano se deberán señalar los aspectos y dinámicas que se han identificado a través del trabajo de campo y responder a las preguntas que inicialmente se han planteado a lo largo de esta investigación.

En el primer capítulo, para responder a la pregunta de por qué el caso de TLP y por qué abordarlo desde la psiquiatría, se realizó de manera descriptiva y sucinta la historia de la psiquiatría, los diferentes enfoques que han predominado hasta la actualidad, y cómo su forma de actuar y construir categorías psiquiátricas siguen formando parte de un modelo médico hegemónico (Menéndez, 2020), que se enfoca solo en la enfermedad (Moncrieff, 2018) y no en el sujeto como un individuo

que es parte de una sociedad, una cultura, un lenguaje, que anteceden incluso al propio desarrollo humano y que forman parte del autoconcepto.

Se destacó en ese capítulo cómo la visión de la psiquiatría arraigada en ese modelo genera una confusa y vaga descripción de sus categorías, como lo ejemplifica el TLP.

A partir de ello, en el capítulo II se dio un contexto teórico sobre la categoría de análisis el TLP, de la cual se describieron sus criterios y al mismo tiempo que se señaló su vaguedad e imprecisión, que como consecuencia puede tener efectos contraproducentes tanto en la forma de diagnosticar como de tratar a una persona que ha sido etiquetada con esa categoría.

En el capítulo III con el objetivo de subrayar la importancia que podría tener el sujeto diagnosticado en los procesos de construcción de conocimiento en psiquiatría. Se realizó una aproximación al concepto de experticia, utilizando originalmente la descripción de Collins y Evans (2012) que ayudaron a distinguir entre el experto-especialista y el experto por experiencia y dieron paso al análisis de cómo los usuarios de los servicios de salud mental también se pueden considerar expertos colaborativos, esto es, personas capaces de generar conocimiento sobre su propio diagnóstico que ayuden a modificar el paradigma hegemónico de la psiquiatría hacia un paradigma de construcción de conocimiento colaborativo.

En ese capítulo se propone que para que un cambio de paradigma se de en la psiquiatría es necesario que en primer lugar los especialistas o psiquiatras tengan un acercamiento a la enfermedad mental desde el sentido ontológico-existencial y por otro, que los usuarios de los servicios de salud mental tengan una disposición

afectiva de aperturidad (propia del Dasein) que les permita no solo hacer la pregunta sobre sí sino también, a emprender una búsqueda de alternativas de cuidado que compartan con sus pares y que les permita establecer un diálogo con los especialistas.

El en capítulo IV para responder a la cuestión de cómo y qué espacio se utilizó para desarrollar esta investigación, se hizo una descripción de toda la trayectoria de la investigación, del método utilizado y de manera anticipada se esbozan los datos de la encuesta en relación con los resultados de las entrevistas. Se estableció a partir de ello las conexiones entre usuarios, la dinámica que emerge de la relación con el diagnóstico, de la interacción con especialistas y la manera en que los individuos narran y reconstruyen su identidad a partir de la trayectoria diagnóstica, identificada en las comunidades virtuales.

Lo anterior, abrió el camino para plantear en este capítulo V los siguientes aspectos: primero, se propone la idea sobre el diagnóstico de TLP como un *existenciariorio*<sup>149</sup> (como posibilidad). El sentido del TLP como *existenciariorio* se puede interpretar como la potencia que mueve a los usuarios a buscar diferentes alternativas y la forma en que al hacer uso del diagnóstico se re-definen, se reconstruyen o simplemente se viven desde un ser otro.

Esa forma del *Dasein* se manifiesta ante una *disposición afectiva* [esto es] *un estado de ánimo que manifiesta un temple anímico* (Heidegger, 2018, p. 154), una

---

<sup>149</sup> Heidegger llama *existenciariorios* a las formas en que se hace manifiesta la propia existencia, es la forma de "estar ahí", de habitar un espacio, esto no significa solo "ser" en el espacio, sino el "estar" haciendo manifiesta la existencia a través de la forma en que nos involucramos en el mundo; por ejemplo, una persona puede hacer manifiesta su existencia en su devenir como artesana, en la forma que utiliza la arcilla, el tiempo y cuidado que dedica a moldearla, ese quehacer nos da cuenta de su existencia, el artesano es en y para las cosas.

especie de voluntad que se da en la *condición de arrojado*<sup>150</sup>. Esa condición, indica el momento en que el individuo reconoce su *estar-en-el-mundo* que lo lleva a una *disposición activa*, es decir, no solo es un habitar físico sino un *habitar laborioso*. Es por ello que esta primera parte, se indicarán las formas en que el diagnóstico representa para los usuarios nuevas formas de narrarse y lo que eso representa para sus acciones de autocuidado.

En segundo lugar, se indica cómo dentro del análisis sobre “las experticias” emergió la necesidad de replantear el concepto de *experto por experiencia* que de acuerdo a como es tratado en la literatura sobre el tema (Collins et al., Rose, Chamberlin, etc.) que si bien, es extensa, se considera que hace falta un aspecto sobresaliente y que puede ser la clave para generar las condiciones de posibilidad para una psiquiatría colaborativa ese aspecto nos llevo a recuperar la idea de la *Bildung* [formación] que posibilita la participación activa de la persona diagnosticada no solo en la gestión de su propio padecer, sino en la manera que se *forma* (aprende) y, al mismo tiempo, comparte lo aprendido con sus pares, dando paso a un tipo de experto colaborativo.

En relación con ello, se harán manifiestas las diferentes trayectorias por las que atraviesan los usuarios en relación con el diagnóstico, que afirman la forma en que se genera el efecto *loop* (Haking, 2008), no solo o exclusivamente con la categoría o el diagnóstico; sino también, en la relación con los especialistas, la percepción social del diagnóstico y los procesos personales de elaboración de la experiencia

---

<sup>150</sup> La *condición de arrojado* para Heidegger señala la "facticidad de la entrega a sí mismo" (p. 154), es el momento en el que el *Dasein* descubre el *factum* de que "es y tiene que ser", no de manera categorial, como por ejemplo el hecho de definirse como <<ser hombre o ser mujer>>, sino en lo que el filósofo llama la expresión del carácter del hecho propio de estar ahí, que solo se da a través de la determinación existencial que se manifiesta en el estar involucrado en el mundo que lo hace *dirigirse hacia...* Es decir, la condición de arrojado lleva al *Dasein* a la acción en su mundo. (¶29, p. 153-156).

de vivir con TLP tienen que finalmente se proyecta tanto en su identidad, como en la gestión de su vida a partir del diagnóstico, lo que por otro lado podría explicar los diferentes elementos que conforman el nicho ecológico del TLP.

### 1. TLP como *existenciario*: aspectos generales.

Como fue señalado en el segundo capítulo, el TLP es uno de los diagnósticos que pueden generar mayor controversia debido a la vaguedad de sus criterios y a la falta de eficacia en el tratamiento que oferta no solo en la psiquiatría, sino en la diversidad de técnicas psicoterapéuticas. Eso, no exime del impacto que representa para una persona que es señalada, nombrada o diagnosticada con TLP, en relación con su identidad, con la postura que toman respecto al diagnóstico y la forma que se viven después de éste.

A partir los de nodos<sup>151</sup> de interacción (Lászlo-Barabási, 2012) reconocidos en las comunidades virtuales, se identificó cómo las conexiones que se establecen entre los miembros pueden suscitar dinámicas positivas y negativas, respecto a la manera que se vive el diagnóstico. Puesto que, el diagnóstico, puede representar dos vías la de la posibilidad y la de la imposibilidad.

Desde la segunda vía, puede llevar a entorpecer el desarrollo de las personas como sucedió en el caso de Kary (37 años/peruana)<sup>152</sup>

---

<sup>151</sup> Como se dijo en el capítulo anterior, en la teoría de *Network Science*, los nodos hacen referencia a los puntos de intersección, conexión o unión de varios elementos que confluyen en el mismo lugar. En ese sentido, Facebook podría representar un nodo, pero también cada una de las comunidades en las que se trabajó, en las que, por su parte, llevaron a establecer otros nodos más en YouTube, Instagram y otros espacios como Blogs de información o de opinión y los contenidos que generan interacción entre sus miembros.

<sup>152</sup> Ver anexo entrevista 8.

Comencé a ir con el psiquiatra y la verdad en lugar de ayudarme me hizo muy mal [...] él me hizo creer que no podía dedicarme a mi carrera, yo quería ser psicóloga clínica, terminé la carrera, pero la verdad es que nunca me titulé.

Su narrativa señala cómo no solo el diagnóstico sino lo que se le dice sobre él, la llevaron a coartar su desarrollo profesional, mismo que actualmente está tratando de retomar a partir de encontrar en las comunidades virtuales a personas que bajo la misma condición de TLP la buscan y piden ayuda<sup>153</sup>.

Por el contrario, el aspecto positivo del diagnóstico -como posibilidad- indica que permite a las personas pasar por un proceso de formación que los lleva a aprender, discernir, formarse y al mismo tiempo convertirse en influencias para otros pares, ese en sentido es que se rescatará el concepto de *Bildung* que representa la vivencia del diagnóstico como un estímulo de acción hacia el autoconocimiento y, en consecuencia, del autocuidado.

En esta situación, se encuentran algunas de las personas entrevistadas, de las que se dará cuenta más adelante. Estos datos, fueron de los aspectos más sobresalientes en el ámbito virtual, que a partir de *post*, vínculos [links] que dirigen a otros sitios como YouTube y plataformas como Instagram y Twitter, se pudieron corroborar en la aplicación de las entrevistas profundas.

En las siguientes imágenes se puede apreciar ese contexto:

---

<sup>153</sup> El caso de Kary será retomado más adelante pues señala otros aspectos que acompañados al ser diagnosticada, tienen que ver con la mala praxis y los abusos que también se pueden encontrar en la psiquiatría.



Borderline TLP colectivo Torno de personalidad. E. R. (18 de octubre de 2021). Hola, compañeros, les comparto esta información me parece bueno comenzar con algo cuando nos sentimos en el inicio de una crisis. También siempre es bueno tener hielos en la nevera para evitar hacernos daño con otras cosas cuando nos sentimos mal. [publicación de Facebook]. Recuperado de: <https://www.facebook.com/photo/?fbid=4379569212092330&set=g.570576773041046>



Borderline TLP colectivo Torno de personalidad. M. N. (13 de junio de 2021). Hola hice este post para que puedan escribir un poco. La pregunta es ¿si pudieran decirle algo a un TLP qué le dirían? [Publicación de Facebook]. Recuperado de <https://www.facebook.com/photo/?fbid=613683523394240&set=g.570576773041046>

Este tipo de imágenes, así como links que refieren a charlas o páginas de otros espacios, llevan a plantear como entre los mismos usuarios no solo se dan contención o se reconocen, sino que por otro lado, comparten aspectos del conocimiento aprendido.

Se puede plantear ahora, que los miembros de las comunidades virtuales observadas tienen inicialmente una postura activa que representa un *Dasein* en apertura, lo cual les permite buscar espacios sociales alternativos, en los cuales encontrar la identificación y reconocimiento necesarios para el desarrollo como individuos y que no han logrado encontrar en otros espacios de la vida *offline*. Al menos dos personas entrevistadas refirieron tratar de propiciar encuentros físicos, una de ellas fue June (35 años/ chilena) quien refirió tener algunos encuentros físicos con personas de un grupo de Facebook, que funcionaron como terapias de contención y socialización

“he tenido varias reuniones con personas TLP que he encontrado en los grupos y sí me han ayudado mucho, al principio cuando vi que varios veían las cosas como yo, no me sentía en la vida como un vicho raro. Por ejemplo, cuando yo me sentía fatal por haber fallado en alguna cosa, una chica me decía ‘bueno, siéntete orgullosa porque yo fallé diez veces más, fallé en esto y esto...’ y, ahí es cuando uno ve que en comparación con los demás hay cosas que no ha hecho tan mal”.

Otro caso es el de Silvia (34 años/ mexicana) creó un grupo de WhatsApp con otros miembros de la comunidad, para tener una comunicación más fluida, directa y en caso de "crisis" poder encontrarse físicamente [cosa que fue imposible debido a la pandemia]. Además, formó su propia página "vivir con TLP"<sup>154</sup> en la que tiene más de 2800 seguidores<sup>155</sup> y para ella esa representa una oportunidad para re-

---

<sup>154</sup> <https://www.facebook.com/Vivir-con-TLP-380808176098782>

<sup>155</sup> "tengo mi propia página de Facebook, no lo hago para socializar, lo hago para postear de vez en cuando cosas que son como muy de adentro y creo que me ha ido bien, tengo una publicación que es extremadamente famosa, tiene casi 9000 comentarios y likes. Tengo mucha gente que me sigue y me lee y eso para mí sirve de una especie de autocontención" (sic).

construirse con los demás creando y crear espacios potenciales para el reconocimiento

“es necesario en realidad sentir que la gente te entiende, no sentirte juzgado”.

Esas conexiones tanto en el ámbito de lo virtual y las que trascienden las barreras de lo virtual, generan las condiciones necesarias para construir los afectos rotos y vulnerados en otros espacios.

Tal como se ha planteado antes, el reconocimiento y la aceptación del otro es esencial en términos de desarrollo, puesto que lo contrario suele perjudicar a los sujetos en su libertad de acción, les genera daño, las personas quedan lesionadas en la comprensión de sí mismas (Honneth, 1997). Así, tanto las comunidades virtuales, como las conexiones que se pueden generar dentro y fuera de ellas representan una fuente de posibilidad para de re-definir en los usuarios el concepto de sí.

Retomando la actitud de apertura, la disposición que se observó en las comunidades de TLP y las personas entrevistadas para brindar información fue muy positiva, hicieron evidente una necesidad de contribuir con su experiencia y experticia al conocimiento del TLP<sup>156</sup> y, la mayoría, no tuvo problema con que se develara su identidad para contribuir con información de páginas, blogs o páginas de YouTube en donde también participan como miembros y algunas, como *Influencers*.

---

<sup>156</sup> Cuando me contactaron para agendar una cita, explícitamente me decían, "si mi contribución sirve de algo adelante, puedes preguntarme lo que quieras", en lo que respecta al uso de datos e información personal, varias de las entrevistadas aprobaron que se usara sus datos personales, "puedes usar mi información de hecho puedes revisar mi página y las publicaciones que he hecho" (Cynthia).

Lo cual hizo notar, que contaban con información no solo de su vivencia del diagnóstico en primera persona, sino que también, tenían a la mano información documentada y referencias a otros usuarios que al paso de los años se han convertido en *expertos contributivos* del TLP<sup>157</sup>.

Esos casos, muestran una dinámica colaborativa en las comunidades virtuales, en la que, a pesar de que la primera intención que mueve a los usuarios a buscar y pertenecer a esos espacios, sea la de buscar a "otros iguales", o con la misma etiqueta, el aprendizaje que algunos encuentran, les da un soporte emocional, que como refiere Goffman (2015), en el caso de los estigmatizados el formar parte de una comunidad de iguales puede brindarles una especie de libertad de ser, sin sentirse juzgados, sino reconocidos.

De esta manera, entender al TLP como un *existenciario* nos muestra que para algunas personas impacta no solo a la persona que vive el diagnóstico, sino también a las personas tanto de su realidad *off-line*, como los miembros de las comunidades virtuales.

En ese sentido, se genera en el sujeto-*Dasein* una postura no solo individual, sino éticamente comprometida a nivel social<sup>158</sup> en tanto que el conocimiento sobre el diagnóstico y sobre sí mismo tiene efectos también en los demás.

---

<sup>157</sup> Cynthia refirió uno de esos casos durante su entrevista, al direccionarnos a una página de YouTube "Mi vida post-border", en la que una chica después de haber sido diagnosticada se formó como psicoterapeuta familiar y desde que estudiaba comenzó a publicar videos sobre lo que significa vivir como "border" y la forma en que logró dejar de serlo. En uno de sus videos llamado "evolución terapéutica" refiere la forma en que "sanar" es posible y los factores que en su caso han funcionado para ello. Recuperado de: [https://www.youtube.com/watch?v=4mq\\_NTORPew](https://www.youtube.com/watch?v=4mq_NTORPew). 02/enero/2020.

<sup>158</sup> Esta visión del autoconocimiento y el autocuidado como responsabilidad ética, la encontramos en Pierre Hadot (2003) que en el texto *Ejercicios espirituales y Filosofía antigua*, señala cómo el proceso de autoconocimiento es no solo un proceso que importe a nivel privado y en contra posición con Foucault que visualiza el autoconocimiento como un dispositivo del Yo, para Hadot es un proceso de responsabilidad ética con los demás, en tanto que en la medida que nos conocemos y podemos dominar

Algo que puede generar contradicción en la dinámica sujeto-diagnóstico-disposición de apertura, es cuando es el especialista (psiquiatra) quien señala al diagnóstico como "imposibilidad" -como se señaló en líneas arriba- y el mandato especialista se equipara al "mandato paterno<sup>159</sup>" y las personas terminan convencidas de que están imposibilitadas socialmente o que necesitan estar medicadas para toda la vida.

De esa forma la psiquiatría puede generar más confusión en alguien que por un lado, busca ayuda y un espacio en el que pudiera comprender y resignificar su experiencia y, por el contrario, encuentra la anulación de sí, a partir de la actitud endiosada del psiquiatra, que hace manifiesto no solamente la evidencia de la relación asimétrica, sino el abuso de poder, por la cual decide el destino de los otros con base en una afirmación que no viene del conocimiento, sino que se desprende del estigma, que especialmente en el caso del TLP es bastante frecuente en la psiquiatría.

Como se anunció en el capítulo II una de las etiquetas que se utilizan para nombrar a las mujeres que son diagnosticadas con TLP es el de "chicas malas" y como se discutió en relación a lo que Austin propone de "hacer cosas con palabras", nuevamente surge el asunto de la *implicatura* es decir, de lo que las palabras representan. La descripción de "chicas malas" (Ruíz y Vairo, 2008) dramáticas, manipuladoras etc. en el ámbito "psi" hace que los propios especialistas creen una representación de la categoría desde el estigma.

---

lo que somos en el sentido estoico del término, y eso genera un impacto de transformación "del espíritu" y del comportamiento que se tiene hacia lo social.

<sup>159</sup> El mandato paterno se plantea aquí como las leyes del padre, que en psicoanálisis hablan de un señalamiento que como ley tiene que cumplirse, por ejemplo, que el padre le diga a su hijo "eres un inútil" puede llevarlo a cumplir su mandato.

Desde una postura de *conocimiento situado*<sup>160</sup> que puedo exponer gracias a mi experiencia dentro del campo clínico -como psicoanalista-, llegué a escuchar descripciones de la voz de especialistas (psiquiatras-psicoanalistas) que reflejan el problema del estigma en el gremio. Si bien, el testimonio de los especialistas no fue parte del trabajo de campo, es importante señalar afirmaciones como “si es TLP refiéreela a tu peor enemigo”, “con el TLP solo hay que esperar, a que las mujeres se casen y tengan hijos para que los síntomas disminuyan”, “que miedo tener una TLP”, además de las advertencias a los alumnos en formación “ni se les ocurra meterse (sexualmente) con una TLP porque son demasiado seductoras”.

En esas frases encontramos varios problemas, como la naturalización del TLP en lo femenino, los juicios morales que se desprenden del término “chicas malas” como provocadoras, que por su parte podrían favorecer a las dinámicas de abuso [como se puede observar en los casos de Melanie (29 años/ mexicana), Kary (37 años/peruana) y Katty (35 años/ Boliviana)] y la creencia implícita de “no hay nada que hacer” y que los síntomas remiten con la edad como parte de la evolución misma del trastorno (Escribano, 2006).

En las entrevistas que se realizaron se encontraron casos tanto de abuso sexual como abuso de poder, en los que la figura del psiquiatra se posiciona como la figura de autoridad, dejando una consigna implícita ‘si me denuncias o dices algo,

---

<sup>160</sup> Se retoma la concepción de Haraway (1995) sobre “conocimiento situado” en este momento de la investigación, puesto que su propio curso lo exige en el sentido de que hay cosas que no son expuestas con honestidad en artículos o textos de referencia, pero que hablan de un problema que es parte de la herencia de un modelo médico hegemónico y que favorecen dinámicas de violencia internalizada. Castro y Villanueva (2018) dan cuenta de las diferentes dinámicas de violencia que se internalizan en la institución médica y que en este caso, este tipo de violencia podría clasificarse como “violencia interna hegemónica de tipo simbólico”.

yo soy el profesional y tu la dramática enferma'. Pues cuando se le preguntó a Melanie (29 años/ mexicana) si en algún momento pensó en denunciarlo contestó:

“nunca me atreví a denunciarlo, si él podía decir que estoy loca y nadie me iba a creer” sic.

En el caso de Kary la misma situación “nunca me había atrevido a tratarlo, creo que eres la primera persona a la que se lo cuento” sic. Lo que llama la atención de tal afirmación es que Kary utiliza la palabra “tratarlo” y no “denunciarlo” como si señalara una co-responsabilidad en el acto de abuso.

Ahora bien, cabe mencionar que la forma en que las personas logran posicionarse ante esas situaciones muestra el devenir del *Dasein* en tanto que al final, han logrado a partir de la trayectoria recorrida a partir del diagnóstico, nuevas formas de vivirse y de replantearse. Por un lado Melanie, describe estrategias autogestivas para el cuidado de sus emociones y por su parte Kary ha encontrado la posibilidad de continuar con su profesión y la motivación para ejercerla.

Otro caso en el que las personas refirieron sobreponerse de un mal abordaje psiquiátrico es el de June (Chile/35 años). Con ella el tratamiento farmacológico fallido fue lo que la dispuso a buscar otras alternativas fuera del campo psiquiátrico y logró encontrar su estabilidad en otras prácticas como el yoga, la meditación y el uso de CBD<sup>161</sup>, todo en su conjunto la ha ayudado a mantener su disposición emocional y la energía suficiente para poder realizar sus actividades durante el día y además mejorar su relación con sus hijas, amistades y su funcionamiento en el ámbito laboral. Lo cual, denota su disposición de apertura del *Dasein* ante el

---

<sup>161</sup> El cannabidol (CBD) es una sustancia se trata de una sustancia no psicoactiva que tiene fines terapéuticos, es muy utilizada en personas con cáncer cuando hay mucho dolor y con alteraciones afectivas.

mundo, puesto que su actitud al ser diagnosticada y tratada no fue pasiva, tenía la opción (como en otros casos) de ceder la custodia de sus hijas a su expareja, seguir con el medicamento y permitir el adormecimiento que literalmente no le permitían funcionar en sus diferentes esferas, etc.

A pesar de ello, se permitió buscar otras opciones, alternativas que le devolvieran su capacidad de agencia y en ellas encontró la forma de "despatologizar"<sup>162</sup> su condición y asumirla como un desafío que le permitió encontrar otros caminos<sup>163</sup>. Los casos de los que hasta ahora se ha dado cuenta, se podría afirmar que las personas que forman parte de las comunidades virtuales, tienen una disposición de *ser* de apertura que a pesar de la angustia, muchos han transformado de manera el malestar en la *libertad de escogerse y tomarse a sí mismo entre manos* (Heidegger, 2018, p. 206) y hacerse cargo de sí tomando el propio diagnóstico como un *existenciarío* esto es, como una vía de posibilidad y no como incapacidad. Si bien no para todos el diagnóstico representa un *existenciarío*, el poder teorizarlo de esta manera puede generar también una provocación no solo a nivel de los

---

<sup>162</sup> Medard Boss (1903-1990) y Ludwing Binswanger (1881-1966) proponen una forma de entender a la "enfermedad mental" no como enfermedad, sino como formas de existencia, afirman que si se patologiza una condición se trata de dar solo una explicación categorial y no se fomenta el conocimiento de la persona recuperando su propia biografía y experiencia de lo que ha significado su mundo. En ese sentido, despatologizar las enfermedades mentales, pueden llevar al autodescubrimiento y por lo tanto a la transformación. Crean un tipo de análisis al que llamaron "*Dasein-analytic study*" y lo definen como "un estado analítico existencial que ayuda a rastrear no solo las cosas de los fenómenos, sino a descubrir los incidentes biográficos que han motivado al ser humano a convertirse a si mismo de cierta forma y que lo llevan a perpetuar esos modos [de existencia]. Reconocen que los incidentes biográficos explicados patogénicamente son motivos que inducen a la persona a restringirse, parcialmente lo ciegan a la abundancia de sus posibilidades de relación, con lo cual cumple solo unos pocos "modos neuróticos" de relacionarse con su mundo" (Carrillo, 2015).

<sup>163</sup> Dentro de los cuales se encuentra la escritura que como consecuencia de su proceso de formación (*Bildung*) tiene en pie la publicación de un libro en el que expresa su experiencia de vivirse con TLP, así como, su llegada a las terapias alternativas y el efecto positivo que han tenido hasta el momento en su vida.

especialistas, sino también con los expertos colaborativos en tanto que posibilidad y estrategia que puede generar cambios en todo el dispositivo psiquiátrico.

En lo que sigue, se pretende que el análisis de mayor luz respecto al papel que el diagnóstico representa para las personas y nos ayude a entender los procesos de construcción social de la enfermedad mental y en específico TLP.

## 2. Sentimiento de arrojado: devenir de la angustia hacia el cuidado de sí.

En este apartado se describen las diferentes formas en que las personas con TLP logran re-escribirse y lograr la funcionalidad que los hace “estar en el mundo”, a partir de mecanismos de acción-transformación. Es decir, la forma en que la angustia que deviene del sentimiento de arrojado puede en sí misma ser transformadora.

En el psicoanálisis todos los actos de expresión de la angustia que se manifiesta a partir de actos socialmente aceptados son posibles por el mecanismo de sublimación. Entendida como: “el proceso que explica ciertas actividades humanas que aparentemente no guardan relación con la sexualidad, pero que hallarían su energía en la fuerza de la pulsión<sup>164</sup>. Son actividades de resorte principalmente artística y de investigación intelectual. En la que la pulsión se sublima, en la medida en que es derivada hacia un nuevo fin, y apunta hacia objetos socialmente valorados” (Laplanche y Pontalis, 1968. p. 415).

---

<sup>164</sup> La pulsión representa a la energía que representa un proceso dinámico, el empuje que tiene como finalidad suprimir el estado de tensión que reina en la fuente pulsional; gracias al objeto, la pulsión puede alcanzar un fin. Cuando ese fin no puede alcanzarse por la censura o la represión deviene la angustia.

En Freud (1915), la angustia se manifiesta a partir del síntoma que deviene del mecanismo de represión de deseos infantiles no satisfechos o de situaciones traumáticas principalmente vivenciadas en la infancia. La angustia puesta al servicio de la represión se traduce en lo que llamó síntomas neuróticos, puesto que no se permite la descarga pulsional<sup>165</sup>. En cambio la sublimación es un mecanismo más evolucionado -no neurótico-, puesto que apela a la transformación de lo “indeseado” en socialmente deseado.

Sin embargo, la connotación que nos interesa utilizar y explorar aquí, es la visión de la angustia como una condición del ser. Para esto, encontramos en Heidegger (1927) que entiende la angustia como resultado de la disposición afectiva de apertura revela en el *Dasein* el estar vuelto hacia el propio-poder-ser, es decir, revela su ser libre y lo dirige al autocuidado, en tanto que el mundo ya no tiene nada que ofrecer, el *Dasein* se ve en la necesidad de crearse para él mismo. Escucha en este sentido el llamado de la consciencia, la desazón que le acosa [misma que puede devenir por el diagnóstico] y amenaza al sí mismo, puede revelar al mismo tiempo una llamada al cuidado.

Es decir, desde la primera visión la angustia imposibilita a menos de que la energía pulsional sea *sublimada* [y eso solo lo pueden lograr las personas no neuróticas], en cambio la angustia entendida desde el sentido heideggeriano es una disposición del ser en la que todos tienen la posibilidad de representar su ser creativo.

De esta manera, se puede apreciar en los resultados del trabajo de campo que la búsqueda de espacios que los usuarios emprenden a partir del diagnóstico, les

---

<sup>165</sup> Para profundizar en este tema revisar Freud (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. Tomo XIV. Obras completas. Argentina: Amorrortu.

ofrece no solo la posibilidad de autoconocimiento, sino también, se hace presente el diagnóstico como un *existenciario*, es decir, como una manifestación del ser que hace valer su agencia y su posición ante los dispositivos terapéuticos.

Ahora bien, como se ha dicho antes la *condición de arrojado* se genera por la incertidumbre misma de estar en el mundo, si eso en sí mismo ya es angustiante, cuando el mundo se convierte aún más incierto, porque no se encuentra reconocimiento de los otros, y en su lugar se tienen experiencias de menosprecio y de privación (física, emocional, social, etc.) la angustia puede manifestarse como algo inmanejable o inconciliable y como consecuencia se busca constantemente tal reconocimiento. (Honneth, 1997).

Esa búsqueda por el reconocimiento, podría representar un complemento importante para el “motor de resistencia” que recordemos implica a los usuarios de los servicios de salud mental que forman parte del aparato de construcción de categorías. (Hacking, 2006).

Si bien Hacking señala ese “motor de resistencia” en la forma en que las categorías son nombradas, la pregunta que quizá se contesta aquí, se relaciona con las motivaciones que llevan a los sujetos a buscar alternativas diversas, a crear movimientos a favor o en contra de la psiquiatría, a ser, ellos mismos, instrumento de conocimiento y aprendizaje para sus pares, etc. es decir, cómo la angustia se convierte en el motor de la búsqueda de reconocimiento.

A partir de la información que se obtuvo tanto en la etnografía virtual como en las entrevistas realizadas, se pudo observar el peso que representa el diagnóstico de TLP en los sujetos, en relación con su identidad y la forma de narrarse desde una posición de no pertenencia, a la posibilidad de ser reconocidos y nombrados por

otros. Aunque, para la mayoría el diagnóstico representó un *claro de bosque* en sus síntomas "develó" también una necesidad de "saber" alternativas, tratamientos y de manera más profunda en qué grado los criterios que conforman la categoría del TLP los describe en su identidad.

Como se puede ver, se enfrentaron a una disposición afectiva de apertura, de acción que las movió a buscar información, a buscar a otros que están en su misma posición, a reconocer el conocimiento de su propia vivencia y compartirla con los demás, e incluso, algunas se han formado de una manera más instruida.

Sin embargo, es preciso señalar que también puede surgir una *indisposición afectiva* en la que el individuo se torna ciego para sí mismo y la idea de ocuparse en el mundo, o de sí, se nubla y se extravía (Heidegger, 2018). Así, la persona en esa indisposición afectiva no tomaría ninguna acción respecto al diagnóstico aceptándolo como una categoría óptica como ser hombre, o mujer, blanco, extranjero, etc.

No obstante, se encontró que las personas con indisposición afectiva, en el caso estudiado, sorprendentemente son muchas menos. Aunque en algunos casos se observaron rastros de esa indisposición afectiva, no se puede señalar del todo que las personas tengan esa actitud tan pasiva frente a su diagnóstico, puesto que el simple hecho de haber buscado el acompañamiento virtual habla ya de cierta disposición.

Ahora bien, habría que señalar que recibir un diagnóstico de trastorno mental, no implica lo mismo que un diagnóstico de una enfermedad física, o al menos eso podría pensarse, sin embargo, no del todo es así, al menos para Ruth

(Guanajuato/41 años) una de las entrevistadas decía: "hubiera preferido mejor tener un cáncer, que TLP".

Esta es una fuerte declaración y parece una comparación muy extraña, sin embargo, pensemos en las posibles líneas paralelas que podrían existir entre ambos diagnósticos. Para Susan Sontag (1977) las enfermedades físicas están influenciadas por metáforas que "pintan su paisaje", por un lado, para Sontag el paisaje del cáncer es muy caprichoso y misterioso, a pesar de que ahora ya existe la posibilidad de que una persona pueda curar de un cáncer, eso no implica que no pueda volver, cuando esto no era así la enfermedad representaba *el robo insidioso e implacable de una vida* (p.8) y aunque de una persona el cáncer cese, vivirá con cierta incertidumbre de que vuelva a florecer.

Por otro lado, el TLP no es una enfermedad mortal, tampoco es meramente física, a pesar de los esfuerzos por encontrar sus raíces en lo biológico y lo hereditario<sup>166</sup>; no existen evidencias sólidas o consistentes que señalen una dinámica biológica determinante del TLP. ¿En qué sentido se puede encontrar el paralelismo que la entrevistada encuentra entre el TLP y el cáncer? ¿Qué hace más terrible al TLP que al cáncer?

La primera cosa que se tiene que rescatar es el ámbito de lo simbólico y lo metafórico de la enfermedad. En ese sentido, ambas, tienen la incertidumbre de su lado, crean una atmósfera de misterioso, muestran un mundo oscuro y lleno de

---

<sup>166</sup> Ruiz y Vairo (2008) señalan que existe una tasa elevada de TLP en familiares de primer grado en pacientes con TLP y que la sensibilidad al estrés en el eje hormonal hipotálamo-hipófiso-adrenal [Sistema hormonal en el que se integran la secreción de CRH (corticotropina) del hipotálamo, de ACTH (hormona adrenocorticotrópica) hipofisaria y de cortisol por parte de la corteza suprarrenal] es mucho más alta en las mujeres que en los hombres y afirman, podría ser una explicación del por qué se encuentran más casos de mujeres con TLP que en hombres. Sin embargo, esta es una hipótesis que, como se dijo en el capítulo I al describir el enfoque biologicista de la psiquiatría, carece de solidez.

temor. En un segundo plano y, no menos importante, otros aspectos que comparten son el tabú y el estigma social-moral.

A pesar, de que para autores como Ian Hacking el señalar el lado biológico de las enfermedades o trastornos, arranca el estigma moral de las personas y las des-responsabiliza de sus acciones (2006), para las enfermedades mentales y como se ha visto en el diagnóstico del TLP, es en si mismo estigmatizante desde el propio rubro al que pertenece llamado de los “dramáticos-emocionales-teatrales”. Lo cual lleva a que los mismos psiquiatras adopten formas de nombrar a las personas como lo señala Ruiz y Vairo “las chicas malas” de la psiquiatría.

Eso, conlleva de entrada a una connotación negativa de las personas -partir del diagnóstico- y que no solo tiene impacto en la persona nombrada con TLP, sino que además, refuerza el imaginario negativo sobre la enfermedad mental en lo social que se hizo evidente tanto en las comunidades virtuales, a partir de post compartidos y en las entrevistas realizadas.

En ese sentido la enfermedad mental y en particular el TLP, se pueden apreciar de manera muy negativa, dimensionando la afirmación de Rita (41/ mexicana)<sup>167</sup> “hubiera preferido tener cáncer” nos señala el nivel de sufrimiento psíquico que por su parte ha tenido que enfrentar.

Sontag refiere que el cáncer es una enfermedad que se considera obscena, es decir, de mal augurio, abominable y repugnante para los sentidos (1977, p.10), la autora afirma que basta con ver una enfermedad cualquiera como un misterio y temerla intensamente para que se vuelva moral y literalmente contagiosa [...] El sentido de “contagio” que utiliza la autora pertenece evidentemente al ámbito de lo

---

<sup>167</sup> Ver anexo entrevista 15.

simbólico y se puede observar en el caso de Rita, que sintió el rechazo de las personas con quienes trabaja después de haberles contado que tenía un diagnóstico psiquiátrico

“Poco a poco me he quedado muy sola, yo no era así antes, con el paso del tiempo trato de no ver a nadie, no quiero que me juzguen mi TLP y mi TDHA los desespera, siento que la gente en general tiene miedo de acercarse a mi [...] una vez se me ocurrió contarle de mi diagnóstico a un amigo de trabajo y la verdad me arrepentí, me hacía burla, una vez me dijo ‘Rita, no me vayas a matar como lo hacía el Jocker’ [...] cuando le conté a mi jefa me mandó a hacer estudios solo para ver si no era una persona de riesgo”. (sic).

Ahora bien, ¿cómo es que a pesar de vivir el diagnóstico desde el menosprecio propio y de los demás Rita ha logrado seguir su vida, trabajar, ser autosuficiente, mantenerse funcional en diferentes esferas de su vida?

Parece que la angustia de vivir lo cotidiano se ha convertido en el motor de su funcionamiento, en el motor de la acción en la angustia que representa el “estar-ahí”/ en el mundo, que en términos heideggerianos experimentan los individuos cuando son conscientes de sí y en palabras de Sloterdijk (2018) son conscientes de su caso. Esa disposición por otro lado no cuando se está embebido en la vida cotidiana.

Sin embargo, para personas que se encuentran en circunstancias como las de Rita, que vive sola, no tiene un núcleo social o familiar que la soporte, el derrumbamiento mismo que representa el vivir la condición del TLP se convierte en motor de movimiento. “El torbellino hace patente a la vez el carácter de movilidad y

del estado de arrojado<sup>168</sup> [...] la caída es el concepto ontológico de un movimiento”. En esta frase para Sloterdijk, se señalan “los conceptos activadores del estado de arrojado y proyección para modificar la estructura originalmente pasiva de las personas. Con ellos se puede expresar la suposición de que el caso sufrido puede hacerse, en circunstancias poco claras, un caso asumido, una caída proyectada, [...] una operación existencial de comando en la que el arrojado se apropia de su destino” (2018, p. 24-25) .

Es entonces, para Heidegger el mismo estado de arrojado implica la movilidad, ante éste el *Dasein* no puede permanecer inactivo ante el desafío que representa la angustia o la caída, tienen que hacer manifiesta su voluntad.

Voluntad que como se observa en Rita se hace manifiesta en su hacer “creo que a mi jefa le conviene mi trastorno porque soy muy apasionada, no dejo las cosas hasta que no las termino”. En este sentido es la actividad, el movimiento, el trabajo lo que lleva a Rita poder lidiar con la angustia, que representa el sentimiento de arrojado.

No quiere decir que para todos funcione la misma fórmula, se hicieron manifiestas muchas formas de lidiar con la angustia, expresiones artísticas como pintar, escribir, estaban presentes en las narrativas de las personas entrevistadas.

En una de las comunidades virtuales, se identificaron varios ejemplos uno de ellos es el de una chica que tiene una página (sobreviviendo a mi misma-TLP) comparte su forma de gestionar la angustia a través del arte y de su propia investigación, en las siguientes imágenes se pueden apreciar algunas de sus publicaciones

---

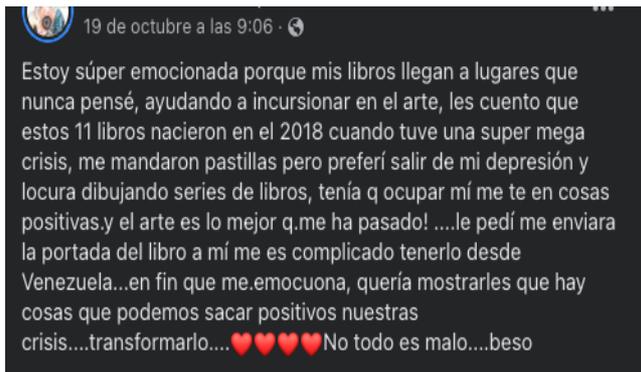
<sup>168</sup> En el texto original, está traducido como el carácter de yección y el estado de yecto. Que en sus raíces alemanas Wurf que viene de la palabra Werfen que quiere decir arrojar. En el sentido que se utiliza entonces es señalando la connotación de “estado de arrojado”.

♥️Hola borders, corazones para ustedes, vengo a dejarles esta imagen de mis dos últimos vídeos sobre algunas experiencias y sobre todo en el último vídeo te explico lo q a mí me ayuda para controlar mis emociones y acciones, no actuar impulsivamente, no me gustan las pastillas y los profesionales sobre tlp no existen en mi país, así q para ayudarme a salir de estos estados me gusta investigar y leer temas q me de luz...bueno como se q algunos están en lo mismo .y mi intención es q.todos.minimecemos estos estados te dejo unatecnica q aprendí investigando sobre Gurdjieff y el psiquiatra Gustav Jung...

Besos!  
Está todo en el link de mi bio🥰  
No se pongan en manos de cualquier profesional, ya q muchos no están especializados en tlp y lo q hacen es solo empujarnos de medicina...investiga bien al profesional q sea especializado en tlp y q haya algo q.lo certifique que sepas q es cierto..q haya tratado a otros tlp..etc...

Hembra Borderline. Sobreviviendo a mi misma. (18 de noviembre de 2021). Hola borders, corazones para ustedes, vengo a dejarles esta imagen de mis últimos videos sobre algunas experiencias y sobre todo el último video te explico lo que a mi me ayuda para controlar mis emociones y acciones, no actuar impulsivamente [Publicación de Facebook]. Recuperado de <https://www.facebook.com/Hembra-Borderline-sobreviviendo-a-mi-misma-TLP->





Hembra Borderline. Sobreviviendo a mi misma. (19 de octubre 2021). Estoy súper emocionada porque mis libros llegan a lugares que nunca pensé, ayudando a incursionar en el arte, les cuento que estos 11 libros nacieron en el 2018 cuando tuve una super mega crisis, me mandaron pastillas pero preferí salir de mi depresión y mi locura [Publicación de Facebook]. Recuperado de <https://www.facebook.com/Hembra-Borderline-sobreviviendo-a-mi-misma-TLP-107001087375340/>

Por otro lado, hay quienes toman también con humor los criterios del diagnóstico asumiéndose como personas “dramáticas” como lo muestra el siguiente meme:



Borderline TLP colectivo Torno de personalidad. M. N. (15 de septiembre de 2019). Jajaja Horas después comienza otra [Publicación de Facebook]. Recuperado de

<https://www.facebook.com/photo/?fbid=10218479837882194&set=g.570576773041046>

El tratar los criterios como “dramático” con humor señala la capacidad de humor con la que por otro lado, también se puede gestionar el malestar.

El meme<sup>169</sup> se puede entender como un dispositivo de expresión humorística que se conecta con el conocimiento popular sobre diversos temas, es una forma de compartir temas que podrían resultar incómodos en un lenguaje simbólico y manejable. Al fenómeno del meme, se le podría relacionar con el chiste<sup>170</sup> como manifestación de lo simbólico, de la encriptación o condensación de significados que, para que sean posibles tiene que haber un “otro” o tercero implicado (Freud, 1905).

Este tipo de expresiones, hacen manifiesto un trabajo de “elaboración” que requiere de cierta destreza y creatividad que se pone en acción para hacer de una situación incómoda, algo más manejable y aceptado en el grupo social. Los memes que se comparten en las comunidades virtuales, tienen un contenido que corresponde a la jerga común y que hace posible manifestar la angustia a través del humor.

De esta manera, cuando un sujeto es diagnosticado con TLP tiene diversas formas enfrentarlo habla de su disposición afectiva de apertura, que crea las condiciones para poder elaborar y resignificar la realidad, de vivirse en la angustia desde la acción y no desde la actitud pasiva.

---

<sup>169</sup> Entendido desde Dworkin el meme es una unidad de sentido, cuya replicación es posible de una forma que podemos decir que es tanto transversal (en distintos grupos dispersos geográficamente, pero con lazos de comunicación entre ellos y ubicados en tiempos más o menos coincidentes), como longitudinal (a lo largo de varias generaciones en el tiempo). (Aguilar-Edwards, Pérez-Salazar, Guillermo-Archilla. 2014).

<sup>170</sup> Es bien sabido que Freud trató, en *El chiste en su relación con lo inconsciente* (1905), como un fenómeno similar al de los sueños, en tanto que es otra vía de acceder al contenido de lo inconsciente; pero no solo eso, también hace un tratamiento del chiste como mecanismo de defensa, puesto que hace posible la expresión de deseos inconscientes indeseables, que de otra manera no podrían hacerse manifiestos en la consciencia por la carga de angustia que representan. Así, el mecanismo de condensación y simbolismo hacen posible crear representaciones que tengan la aceptación social que tiene el chiste y en este caso el meme.

Es decir, el devenir de la angustia, despierta la agencia desde una visión más creativa, desde una posición de curiosidad lleva a que la angustia misma se convierta en facilitadora y en posibilidad. Esa posición de apertura del Dasein va dibujando el panorama de la idea de el sujeto que atraviesa por la *Bildung*, el sujeto que se apropia de su experiencia, la transforma y la comparte con los demás y que es quién podría permitir el camino hacia la colaboración con los especialistas para construir la posibilidad no solo de una "nueva psiquiatría", sino de una nueva forma de entender a la enfermedad mental en el mundo "psi".

### 3. El camino de construcción del experto colaborativo<sup>171</sup>.

Se ha descrito ya cómo el diagnóstico se puede considerar como una herramienta que en el ámbito de la medicina puede ser muy clarificador y de mucha ayuda en el momento de establecer un tratamiento (Jutel, 2009) y en lo que respecta a las personas consultantes se puede representar como *existenciarío*.

Aun cuando, se ha reconocido que para los especialistas el diagnóstico de TLP no es para nada clarificador e incluso representa problema en relación con el tratamiento, se ha encontrado que el fracaso o éxito en el camino del bienestar interviene no solo las en estrategias de tratamiento -basadas en el modelo médico hegemónico- como la oferta de psicotrópicos, el internamiento en hospitales y la consulta quincenal o mensual que se ofrece en los servicios públicos y privados de

---

<sup>171</sup> El experto colaborativo que se propone, difiere del "experto contributivo" que señalaron Collins y Evans (en su primera propuesta sobre la experticia), puesto que éste último apela al mundo de los especialistas y al de los científicos, es decir, la forma en que un experto que ha pasado por una serie de certificaciones hace valer su saber, a partir de la forma en que contribuye a la construcción de conocimiento. En este caso, la noción de experto colaborativo implica una vivencia encarnada, y al mismo tiempo, una trayectoria que se puede considerar de tránsito, en la que la propia persona diagnosticada se convierte en la posibilidad de mostrar a partir de su búsqueda el conocimiento adquirido a sus pares, de una forma no institucionalizada, simétrica y equilibrada.

salud mental; si no que también la participación activa de las personas diagnosticadas forma parte de la construcción de ese bienestar.

Ahora, es importante señalar la trayectoria que los usuarios transitan, desde que llegan a ser nombrados con TLP hasta el momento en que toman postura de cuidado de sí, ya sea mediante sus propias alternativas o desde la psiquiatría, y finalmente plantear cómo un individuo puede convertirse en un experto colaborativo en la construcción de la enfermedad mental, rescatando la idea de la *Bildung* como una vía de posibilidad.

En esa trayectoria se identificó que la forma en que impacta el conocimiento del diagnóstico en la vida e identidad de los usuarios se da como respuesta o en relación dialéctica con distintos agentes o motores como lo señala Hacking (2006) que en este caso son: los especialistas del campo psi, las instituciones de salud mental, el personal de esas instituciones -psiquiatras, psicólogos, enfermeras (ros), personal de trabajo social, etc.-, el diagnóstico mismo y los usuarios que principalmente sin ellos esa dinámica dialéctica no sería posible.

Esta tesis inició con la reflexión provocada por Ian Hacking sobre el proceso de “hacer personas”, se señaló que parte de su propuesta es que las personas se identifican con las categorías de manera tal, que ellas mismas se comienzan a definir como “soy TLP”. Si bien nuestro análisis se pudo quedar en ese nivel, se abrieron -como en toda investigación- nuevas vías y nuevas preguntas que nos han llevado a discutir con diversos autores y no solo eso, puesto que esta investigación no se planteó solo como una investigación teórica, se recuperó la información que puede ofrecer el trabajo de campo virtual.

Todo ello abrió la posibilidad de aportar a la reflexión de Hacking el proceso por el cual las personas no solo se “crean” y se identifican y adaptan de manera pasiva al diagnóstico, sino que su propia trayectoria va forjando un camino que puede llevarlos a diferentes formas de existencia a partir del diagnóstico y no solo de él, sino de la manera en que ellos mismos hacen una puesta en escena de su agencia.

Así que antes de describir las diferentes trayectorias de los usuarios en el camino del autoconocimiento y el autocuidado, se describirán las bases para poder hablar de un experto colaborativo -en la construcción de una nueva visión de la enfermedad mental en psiquiatría-, que abrió paso para hacer una transmutación del concepto de *Die Bildung* (formación) para explicar este fenómeno.

La noción de *Die Bildung* es un concepto que surge en un momento específico y en una tradición filosófica como lo es el idealismo alemán del siglo XVIII y hace referencia a la formación del individuo por medio del conocimiento. Dentro de sus pioneros se encuentran Humboldt, Herder y Hegel posteriormente profundizaría en ello. Hegel retoma el concepto como una necesidad para que los sujetos se conviertan en ciudadanos que a través de un proceso de culturación y pudieran así identificarse como parte de una nación unificada.

Este filósofo definió *Die Bildung* como un autocultivo del espíritu; un camino hacia la autonomía racional y la liberación activa de la inmediatez natural de la vida, un camino que se desarrolla a través de la contradicción, la diferencia, la dialéctica y las interacciones intersubjetivas dentro del ámbito social y en el plano de la historia cultural (Bernal, D. s.f.). Al mismo tiempo, la *Bildung* trasciende de la filosofía a la

literatura de la época, en la que se retoma el término para dar origen al *Bildungsroman*.

*Bildungsroman* es un tipo de novela que narra la formación y crecimiento de un personaje, por lo regular joven, al que vemos crecer o llegar a la madurez por medio de las vivencias en los lugares que transita, las personas a las que conoce y por sus relaciones amorosas (entre otras vivencias) que lo hacen convertirse en el héroe de la novela.

Dentro de las grandes obras enmarcadas en esta concepción literaria, se ubican cuatro de sus primeras muestras: "Los años de aprendizaje de Wilhelm Meister" (1796-1796) de Goethe, "Enrique de Ofterdingen" (1802) de Novalis, "Hiperión" (1797-1799) de Hölderling y "Puntos de vista y consideraciones del Gato Murr sobre la vida" (1820-1822) de Hoffman (Escudero, 2007). Posteriormente, ya en el siglo XIX existen obras que se reconfiguraron como parte de ese género como "El juego de los Abalorios" (1943) de Hermann Hesse, "La montaña mágica" (1924) de Thomas Mann, entre otras.

En este apartado se ha elegido esta última obra de Thomas Mann como caso para describir de manera metafórica el recorrido que las personas diagnosticadas con TLP emprenden en la búsqueda de su bienestar, una búsqueda que desde inicio es performativa de la identidad y si bien genera en las personas ciertos momentos de contradicción, el camino mismo va delineando formas de construir el bienestar.

En la novena de Mann somos testigos del proceso de metamorfosis de Hans Castorp (el personaje principal), vemos en el joven Castorp con su llegada a la montaña mágica, la evolución que transcurre de la candidez y la inocencia, a la formación de un individuo con un carácter propio que se va forjando en medio de

las confrontaciones de la propia experiencia de enfermedad, del espejamiento con los otros residentes de la montaña, la interacción con los especialistas que también forman parte de la creación de su mundo. Hans Castorp llegó a la montaña sin saberse enfermo, se veía a sí mismo como un foráneo, un visitante que solo permanecería en la montaña algunos días (para hacer compañía a su primo Joachim Ziemssen).

Sin embargo los días se hicieron años, en los que emprendió -como todos los que estaban internados en la montaña- un camino hacia la búsqueda de bienestar. Los primeros signos que se hicieron evidentes fueron el enrojecimiento de sus mejillas y una fiebre inexplicable, al principio incrédulo pensó que era algo simple, una gripe cualquiera, hasta que fue diagnosticado, fue nombrado a pesar de su resistencia, por los médicos del lugar.

El joven Castorp se muestra inicialmente con una sensación de inadecuación en el mundo de la montaña -el mundo de los enfermos-, pero al comenzar a transitar una trayectoria de aprendizaje en la que intervienen antes de ser diagnosticado su relación con los otros miembros de la montaña y especialmente con -Settembrini y Naphta- a quienes adoptó como mentores, la presencia de su primo, las amistades que forja y la relación con los médicos del lugar va constituyendo una visión del mundo y de sí mismo. Es entonces cuando el diagnóstico se hace presente y a pesar de sus propias contradicciones lo vive con tranquilidad, se vive a sí mismo y a los demás desde un espacio contemplativo logrando al final encontrar un lugar de reconocimiento y un lugar para '*estar*': la montaña mágica.

A partir de aquí quisiera plantear una analogía con la trayectoria por la que transitan las personas que son diagnosticadas con TLP, pues muchos como

nuestro joven personaje, inician su trayectoria de transición en la adolescencia, en la que se muestran los primeros síntomas de inadecuación a los desafíos de la realidad, de la misma manera, muchos se muestran confundidos, abrumados por no poder dar lo que se exige de ellos, buscan respuestas en sus relaciones de amistad, amorosas, familiares, etc. pero al no verse reflejados, ni reconocidos, al sentirse en un mundo del menosprecio, algunos emprenden el camino de la autodestrucción y en un momento límite buscan otros espacios. Arriban inicialmente a las instituciones de salud, ya sean públicas o privadas y dependiendo de esa primera experiencia se desprende una trayectoria, que es la que se va señalar enseguida, pues representa la dinámica dialéctica que se da entre las personas -usuarios y especialistas- en relación con su mundo.

Uno de los aspectos que se identificaron en el proceso de aplicación de entrevistas, fue que las personas describían sentir una especie de inadecuación, es decir, un sentimiento de “desencajado”, de no pertenecer que por lo regular, es uno de los motivos por los cuales suelen iniciar su búsqueda de ayuda. Ese sentimiento, que como vimos el joven Castorp, que siente recién llega a la montaña, es el mismo que siente las personas diagnosticadas con TLP en su propio mundo, un mundo que no lo sienten como un hogar. A ese sentir Heidegger lo describe como *Das Unheimlich* -sentimiento desazonado- (2018/1927, p. 207) o, como lo describiría Freud, el sentimiento de lo *ominoso* (Freud, 1919/1975).

Ese no estar habitando un hogar, no solo en el sentido de la familia, sino del ambiente en general de lo conocido pero que provoca la impresión de inadecuación, de estar en un mundo que al que no se pertenece, en ella deviene lo

*Unheimlich*, y como consecuencia: la angustia. Como se ha dicho antes, para Heidegger abre la posibilidad al llamado de la consciencia para el cuidado de sí.

Así, la enfermedad, en este caso el TLP, como se afirmó antes, podría entenderse como un *existenciario* que le permite al sujeto además de la posibilidad de preguntarse sobre sí, le brinda la posibilidad de cuidado de sí, de hacerse cargo de sí. En palabras de Heidegger “la angustia revela en el *Dasein* el estar vuelto hacia el más propio poder-ser revela su ser para la libertad de escogerse y tomarse a sí mismo entre manos. La angustia lleva al *Dasein* ante su ser [...] aquel al que está entregado en cuanto estar en el mundo” (1927/2018, p. 206).

Es por ello, que es pertinente identificar cuáles son las trayectorias de *Bildung* que recorre una persona para atender al llamado de la consciencia y se tome el bienestar en las propias manos.

### 3.1. Trayectorias y recorridos de las experticias.

Como se describió en el apartado anterior Ian Hacking (2008) solo señala la idea “hacer personas”, pero no a las trayectorias que viven y tienen las personas que emergen de ese nicho ecológico. En ese sentido, este es uno de los aportes que se pueden señalar en esta investigación.

Si bien, las categorías tienen un poder de impacto en las personas en relación a la enfermedad mental, se dan además de la identificación con el diagnóstico, una serie de relaciones y de momentos que son necesarios nombrar y que también generan una respuesta dialéctica en los usuarios de los servicios de salud mental. Es decir, no se identifica con el diagnóstico de la misma manera una persona que desde la primera consulta es tratado con ética, profesionalismo y eficacia, a otra

que sea violentada, que pase por varios procesos terapéuticos y de tratamientos fallidos que no generen absoluto cambio en el manejo de sus síntomas. Cada uno, en diferentes formas atraviesan por diversas trayectorias que influyen en su formación como expertos colaborativos.

Las fases que enseguida se exponen, tienen la intención de explicar los momentos de la *Bildung* por las que una persona pasa de ser "normal" a ser *paciente* y, de paciente, a ser un *experto por experiencia*, hasta llegar a ser un *experto colaborativo*, es decir, quien se ha formado y ha forjado su propio conocimiento sobre el diagnóstico y tiene el potencial de enseñar o transmitir lo aprendido a los demás, a partir de su propio proceso.

El trayecto se dividió en diferentes fases:

a) Fase premórbida:

Esta fase puede durar meses o años. Es de suma importancia puesto que a partir de lo que las personas viven en ella, comienzan a cuestionar su malestar e identificar como sus reacciones resultan inadecuados para las personas que les rodean.

Por lo regular, se podría decir que las personas tienen un termómetro integrado indicador de que "algo anda mal" en términos heideggerianos, esto puede ser *el llamado de la consciencia* (p.294) , una llamada al cuidado, un cuidado que nunca estuvo y que de alguna manera le es reclamado, no por nadie, sino por sí mismo. El primer desafío que implica ese llamado de la consciencia, es la búsqueda de respuestas a preguntas por el ser, motivadas por el reflejo que se tiene en y con los otros.

Así, se inicia el camino de la *Bildung*, como se ha visto las personas suelen buscar fuera de sí las respuestas. De esa forma, arriban a las instituciones de salud mental y las respuestas que obtienen, en su mayoría, no ofrecen más que dictámenes ópticos de la persona, categorías que regularmente fallan en la necesidad que tiene el paciente de obtener el valor perdido y el reconocimiento como individuos, lo cual, no hace más que aumentar el grado de la lesión, de una herida abierta causada por el desdén ordinario y la privación de sus derechos fundamentales (Honneth, 1997).

Esto es un tema recurrente en la información que se observó en las comunidades virtuales, personas que decepcionadas de lo que encontraron en las instituciones de salud mental terminan buscando no solo ayuda sino reconocimiento y aceptación en otros espacios, como lo que se puede apreciar en el siguiente post:

Borderline TLP Colectivo torno de la personalidad.  
M.V. (18 de agosto de 2019).

Hace pocos días tuve cita con mi psiquiatra (del imss) tarde 40 minutos para que pasara y todo esto porque el señor abrió la puerta a una señora muy bien parecida y la atendió muy Cortez, cabe destacar que lo vi sentado muy a gusto sin hacer nada, como si estuviera mucha prisa para decir el nombre del siguiente paciente... por lo que me moleste y le dije a la trabajadora social lo sucedido.

Me dijo en un momento me atendería.

Sufro de crisis de ansiedad, si algo no sucede cómo está planeado me desespero mucho, me irrito y lucho por no entrar en crisis y hacerme daño, jamás eh tratado mal a alguien por mi condición, todo lo reflejo hacia a mi.

A todo esto voy, eres PSIQUIATRÍA, debes de saber muy bien los tipos de trastornos que pueden tener las personas (existe un historial electrónico)

Entro al consultorio y me pregunta cómo estoy, ¿como estoy? Sobreviviendo. Pero solo lo pensé... a penas hizo contacto conmigo. Aún así trate de hacerle saber algunos de los síntomas por los que estoy pasando:

- 1.- siento comezón en todo mi cuerpo, no me deja estar en paz
- 2.- tengo semanas en las que no duermo NADA por las noches.
- 3.- cuando logro consolidar el sueño tengo pesadilla y despierto cada media hora aproximadamente.
- 4.- Eh perdido mi trabajo en 3 ocasiones por culpa de mi ansiedad combinada con mi depresión.

Pero bueno, volvamos al psiquiatra...  
a penas hizo contacto conmigo, ajustó mis medicamentos aumentando las dosis, en un mes causarán efecto.  
"Doctor me quiero morir ahora mismo" por favor míreme a los ojos.  
Tengo una carrera, pero estoy desempleada, porque mi condición no le permite llevar una rutina normal, porque esto es peor que la bipolaridad. Amo lo que hago, amo aprender.  
Salí de la universidad y a lo único que me dediqué fue mejorar el aspecto de mi casa, tomar cursos, diplomados, prepararme para lo que siempre quise.  
Ahora veo que todos avanzan, que tienen trabajo, que no ocupan 6 pastillas diarias para estar "bien"  
Ojalá el psiquiatra me hubiera dado una palabra de aliento, de esperanza y no solo fuera impreso unas hojas. Toma tu medicamento y que te vaya bien.

Recuperado de  
<https://www.facebook.com/groups/BorderlineTLPColectivo/permalink/2367168520048520>

El relato de esta persona expresa la desesperación provocada por una falta de empatía y validación de parte del psiquiatra "doctor me quiero morir ahora mismo, por favor míreme a los ojos" una frase que se convierte en un grito ahogado puesto que no encuentra en el otro una mirada de reconocimiento y que por otro lado, "aumenta el grado de lesión de una herida abierta" y re-victimiza su posición frente al dispositivo psiquiátrico.

Con ese post se deja ver que dentro de las características principales que comparten las personas que habitan en las comunidades virtuales, además del diagnóstico, son las historias de daño, el dolor, el trauma que tienen su origen en el ámbito familiar e interpersonal frecuentemente se observa en dinámicas de violencia normalizada, abuso, de engaños o simulaciones frente a los otros y cuando se enfrentan al mundo de los social, intentan replicar esas dinámicas, enfrentándose a la disonancia que en muchos sentidos les genera sentir sus actitudes, formas de amar, de dirigirse al mundo como anormales. Lo que antes era normal, de inmediato deviene en patológico.

El relato de Melanie (29 años/ mexicana) puede dar luz sobre esto

"...contándole a mi novia me di cuenta de que no estaba tan bien, a veces llegas a un punto en el que sientes que es normal sentirse mal, que es normal sentirse ansioso, en ese aspecto siento que mi carrera me ha ayudado mucho para entender los síntomas y en la introspección y a entender que no es común que las personas quieran suicidarse y, así... y a veces te conformas con pensar es que soy la amiga rara, que soy la oveja negra. Pero ya cuando empiezas a crecer, a ver y estar en otros círculos ves que no es normal que te cortes, que tengas ideaciones suicidas etc. Haciendo la comparación, yo con mi novia, me di cuenta de que había cosas que no estaban nada bien, que había algo más que ansiedad y depresión; como mis fugas y conductas más impulsivas.

Las personas alrededor como la familia a veces también lo ven como algo normal y terminan diciendo 'es que así es'... A veces estos síntomas se normalizan, cuando estaba en casa de mis padres, yo solo decía no quiero hablar y me encerraba, viviendo con mi novia fue un ¡no, aquí no se va a hacer así, ya vives conmigo!, me confrontaba y me decía eso no es normal, ahora estas en pareja y tienes que enfrentar..." (sic).

Así que, a pesar del sentirse afectivamente mal o simplemente no reconocer lo que les pasa, en tanto que se identifican como las "ovejas negras", "las chicas malas" de la familia, suelen no socializar su sentirse inadecuados, hasta que el los otros les señalan aquello que resulta incómodo fuera de lo "habitual" entonces, deviene la consciencia de su condición, la condición de *desacreditable* (Goffman, 2015). Condición que como el joven Castorp, se puede vivir inicialmente con extrañeza o negación.

En ese momento inicia la fase premórbida al diagnóstico, una fase que surge en medio de la contradicción entre el mundo conocido y el desconocido. Por ejemplo, en algunos casos de abuso sexual, sobre todo cuando se lleva a cabo por personas cercanas como el padre, o algún miembro de la familia, en el que la violencia física no se hace presente, sucede que los niños pueden vivir esa

experiencia como una extensión de las formas de afecto, el problema deviene cuando tratan de replicar esas mismas formas con otros niños y se les señala como una conducta indeseada, se les castiga y sanciona. Es en ese momento que deviene el trauma, junto con la emoción de vergüenza y culpa, que muchas personas por años pueden callar, como en el caso de Rita, Melanie, June, Isela (21 años/peruana)<sup>172</sup> y Marla que comparten el haber sufrido abuso sexual en la infancia y el guardar silencio les provocó además de culpa y vergüenza, ira que comenzaron a volcar en contra de sí mismas. En el caso de Rita, la vivencia del abuso fue recurrente durante años y cuando se lo contó a su madre (cuando tenía cinco años) su respuesta fue de descredito y reforzó la idea de que ella era culpable.

Esto muestra que en el caso del TLP sucede que precisamente en la familia se marcan dinámicas de relación afectivas que pueden estar en el plano de lo ambivalente, en el plano del no reconocimiento, de la no valía y al verse en relación con los otros -externos a la familia- se hace manifiesta una especie de *disonancia cognitiva*<sup>173</sup> entre sus creencias, sus emociones y afectos.

Entonces, la persona que hasta ese momento podría haberse considerado como “sana” comienza a buscar respuestas y cuando arriban a la psiquiatría que como parte del *modelo médico hegemónico* -además de difundirse como la panacea de las enfermedades mentales (Menéndez, 2020)-, no le da crédito a

---

<sup>172</sup> Ver anexo entrevista 12.

<sup>173</sup> La disonancia cognitiva es una teoría en la psicología social. Se refiere al conflicto mental que ocurre cuando los comportamientos y creencias de una persona no concuerdan.

los procesos de auto-atención y reduce la posibilidad de un primer nivel de atención autónomo y potencialmente eficaz, que esté focalizado en los sujetos o microgrupos, en función de sus necesidades particulares, con el objetivo de seguir manteniendo su hegemonía (Menéndez, 2020, p. 96).

Cuando las personas terminan llegando a servicios de salud públicos, que no cuentan con los recursos humanos -ni materiales- necesarios para su atención (Berenzon-Gorn, 2017) pueden desencadenarse experiencias que sobrepasan lo desagradable, como el caso de Katty (35 años/ boliviana) refirió cómo incluso en un hospital ya especializado (psiquiátrico) no tienen ni buenas condiciones de atención, ni de cuidado en su país.

"Estar en hospitalizada es como estar en la cárcel, no quiero nunca volver al hospital donde estuve internada, todo fue pésimo. Me internaron a la fuerza..." (sic).

Lo que hay que resaltar del caso de Katty, es que visibiliza las dinámicas de violencia que se llevan a cabo en las instituciones, dinámicas que violentan la voluntad de los sujetos, que establecen criterios de internamientos obligatorios, con base en la premisa de "por razón necesaria" que se da en el ámbito institucional violando los derechos de los individuos<sup>174</sup>.

Más allá de esas discusiones, lo que es importante señalar aquí es cómo esos primeros acercamientos a la psiquiatría pueden generar una respuesta de rechazo o bien, de disidencia al mundo de la salud mental.

---

<sup>174</sup> En un estudio reciente elaborado por una ONG en México "Documenta: análisis y acción para la Justicia Social", muestra evidencias de las violencias que disfrazadas del mandato médico "por razón necesaria", se llevan a cabo en la gran parte de las instituciones que documentaron.

En el caso de Katty a partir de que fue internada en contra de su voluntad, de que la mantuvieron más tiempo encerrada a pesar de que su psiquiatra la había dado de alta y además la mantuvieron en aislamiento y atada a la cama, estableció una clara distancia con la psiquiatría, se dio a la labor de buscar otras terapias alternativas en las que aprendió a gestionar su bienestar y estrategias de autocuidado, sin el uso de medicamentos.

“La verdad me he sentido tan bien que las pocas personas que saben que tengo TLP no me lo pueden creer, porque me ven muy estable, he aprendido a hacerme cargo de mi” (sic).

Ahora bien, también surgieron datos de otras narrativas en las que las personas a lo largo de una atropellada trayectoria han encontrado en la psiquiatría buenas praxis y se han adecuado al efecto de los medicamentos. Como el caso de Elvira (43 años/ española), Lola (29 años/ mexicana), Gisela (28 años/ costarricense), Romina (30 años/ mexicana)<sup>175</sup>. De ellas, lo que se puede señalar es que independientemente de que las condiciones que refieren son muy distintas todas coinciden en que el dispositivo psiquiátrico les ha ayudado por lo menos a no estar peor.

En el caso de Lola por ejemplo, refiere que el diagnóstico le dio la posibilidad de nombrar a sus acciones como parte de algo que genera la química de su cerebro y no su voluntad, en su caso tiene una condición de discapacidad múltiple fue diagnosticada inicialmente con trastorno de alimentación, trastorno de hiperactividad con déficit de atención y TLP.

---

<sup>175</sup> Ver anexo entrevista 11.

Por su parte Lola se mostró con una entusiasta actitud en la entrevista, resuelta y dispuesta a aportar lo que ha aprendido sobre su condición desde que fue diagnosticada. Refirió que defiende plenamente el uso de los medicamentos, que rechaza todo intento de desacreditar a la psiquiatría y que confía en su tratamiento totalmente.

“para mi el diagnóstico incluso es tomar una etiqueta de neurodiversidad que ahora me hace sentir orgullosa, me hace poner los pies en la tierra, para dejar de compararme con otras personas que no lo tienen, porque hay cosas que están fuera de mi alcance en este momento de mi vida, como retomar un trabajo o tener un posgrado, por ejemplo, ahorita está fuera de mi posibilidad simplemente no puedo manejarlo [...] a veces sufro y digo maldito TLP! Porque si yo fuera una persona neurotípica seguramente estaría triunfando [...] pero es como... a ver ¡no lo soy!

Se podría pensar que Lola tiene una actitud de experto colaborativo, puesto que investiga, usa terminología técnica, etc. La actitud de Lola frente al TLP es activa, en tanto que busca información especializada y conectarse con otros que están diagnosticados con TLP no solo en Facebook, sino también en otras plataformas virtuales.

Habiendo señalado hasta aquí la importancia del primer contacto y algunas de sus posibilidades describiremos la siguiente fase, que consiste en busca de ayuda o información en otros ámbitos, lo que dependerá de las condiciones sociales, económicas y culturales que tenga los usuarios, además de su disposición afectiva de las personas.

b) Fase de búsqueda:

Es el momento en que las personas buscan respuestas sobre su sentir, puede darse antes o después del diagnóstico. Por lo general, esa fase surge a partir de que se hace evidente la disonancia cognitiva, en las que “los otros” cumplen un papel fundamental, puesto que en la dinámica de relación y reconocimiento se hacen patentes comportamientos, actitudes o simplemente formas de interacción que son desacreditadas o desaprobadas.

Respecto a lo que sugieren los aportes del trabajo de campo, estas dinámicas se pueden presentar desde la infancia en medio del núcleo familiar y la respuesta reactiva ante el menosprecio se hace más evidente en la adolescencia y, es en ella, que en la mayoría de los casos que se entrevistaron afirmaron ser referidos por padres o maestros a campos clínicos -por lo regular psiquiátricos-.

Melanie, Kary, Giordano, Marla -entre otros- refirieron que fue en el ámbito escolar su primer acercamiento al mundo “psi”, esto sugiere que las trayectorias para muchos de los usuarios suelen ser de larga duración, siguiendo la analogía anterior con el caso de la novela de Mann, representa para los usuarios años de exploración, de vivencias, de búsqueda que los lleva al final posicionarse frente al dispositivo psiquiátrico.

Otro aspecto de esta fase es que (la pregunta por el ser) puede ser motivada por otros -amigos, familiares, profesores, etc.-, o bien, puede surgir en el momento de sentirse arrojado o cuando se hace manifiesta la disonancia cognitiva.

Desde ese momento comienza el tránsito hacia la *Bildung*, en el que la propia experiencia, como las que surgen en relación con los demás, van forjando el descubrimiento de sí, por el cual se van experimentando e identificando estrategias de cuidado. En relación con tales estrategias, fueron narradas en las entrevistas varias estrategias como pintar, escribir, meditar, hacer yoga etc. que además podemos encontrar en las comunidades virtuales que forman parte de los dispositivos de cuidado de los usuarios. Como muestra de ello se pueden seguir las páginas de usuarias como Marla [TLP: hablemos de salud mental](#), Carolina (influencer del TLP) [Mi vida Post Border](#) y [Hembra Borderline: sobreviviendo a mi misma](#) en los cuales se evidencian las dinámicas de cuidado de sí que además aportan conocimiento para el cuidado de los otros.

c) Fase de diagnóstico y arribo al dispositivo psiquiátrico:

Esta es una de las fases más importantes en la trayectoria de la *Bildung*, pues a partir del encuentro con todo el dispositivo de la institución de Salud Mental, se va delineando el camino y posición que un usuario asuma respecto al diagnóstico.

Las dudas que surgen a partir de ese primer acercamiento a la categoría, los lleva a plantear si en efecto, se identifican con esas descripciones categoriales o si *son* TLP es decir si aquello que se les acaba de develar forma parte de su identidad. Deviene entonces la pregunta ¿Quién soy yo? esa pregunta, a veces llamada *pregunta de caracterización* (Schechtman, 1996, p. 1), es lo que determina la identidad personal de alguien en este sentido (Olson, 2019).

Para ello, es necesario diferenciar entre identidad e identificación, puesto que pueden ser parte de una misma dinámica pero que indican aspectos distintos de ser persona.

La identificación surge a partir de la relación con los otros, se da a partir de sentimientos como admiración o devaluación, por ejemplo, ante el reconocimiento de la fortaleza paterna o materna, una persona puede hacer de esa característica algo propio, a partir de un proceso de introyección, y sentir bienestar cuando se siente reflejado en figuras que comparten esa característica.

En el sentido opuesto, una persona se puede identificar con las características negativas de otra persona, como el ser egoísta, agresivo o perezoso. Este tipo de identificación es, por lo regular, desagradable para la consciencia y suele negarse ante los demás. Para el psicoanálisis la identificación es un proceso psicológico mediante el cual el sujeto asimila un aspecto, una propiedad o un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de este. Así, la personalidad se constituye y diferencia medianamente de una serie de identificaciones (Laplanche, 1983).

Ante este escenario, se puede reconocer que existe una íntima relación entre la identificación y la identidad, puesto que la identidad se compone en el fondo de múltiples procesos de identificación, en tanto modos de ser.

Uno de esos modos de ser, relacionado con el nombre o las etiquetas, impacta la representación personal y social o del *reconocimiento cognitivo*, como lo refiere Goffman (2015) indican una especie de unicidad del sujeto, que, aunque se comporte de maneras distintas en diversos contextos, mantiene una

identidad única o "esencial". Sin embargo, si nos orientamos hacia el concepto de identidad, no desde su concepción de unicidad, sino como una manifestación de las posibilidades del ser, desde una perspectiva fenomenológica y ontológica, la identidad estaría constituida por una multiplicidad de posibilidades de *ser* (ser profesor, ser médico, ser carpintero, amigo, pareja, hijo, etc.) que una persona puede representar.

Esta manera de concebir la identidad es rescatada por L. Binswanger que desde una visión heideggeriana (sobre el *Dasein*) ubica a la identidad como un proceso que se manifiesta a partir de los modos de existencia, alejándose de la idea de un Yo trascendental independiente del mundo, como lo planteaba Husserl.

De esta manera el concepto de identidad personal está determinado por la pregunta de caracterización ¿quién soy? y se ha tratado de responder desde diferentes visiones en la filosofía, Olson (2019) afirma que no existe un asunto único sobre la identidad personal sino que al existir una amplia gama de preguntas conectadas, a cerca de su significado, no hay consenso alguno.

De modo que, siendo coherentes con la visión que se está planteando se entiende la identidad no desde la herencia psicocentrista, sino desde la identificación o identificaciones que se tienen a lo largo de la vida con ciertos objetos o personas vivas o inertes, las vivencias que como parte de la biografía de la persona puede identificarse con las características de un objeto o de un personaje de la literatura, con la narración de otros sobre sí mismo, etc.

Cuando se lee por primera vez el DSM suele pasar que prácticamente nos sentimos identificados con muchos de los criterios de distintas categorías

psiquiátricas. Entonces, cuando una persona es diagnosticada con TLP, no es de extrañar que se sienta identificada con los criterios que describen a este diagnóstico. Como se observa en Gisela (28 años/Costa Rica)

“yo nunca había escuchado sobre el TLP, no sabía qué era y el psiquiatra me dijo ‘pídales a sus familiares que le lean los síntomas’ y mis papás y mi hermana me los leyeron y todo calzaba digamos, era una descripción muy detallada de mi misma.”

Sin embargo, como se ha señalado antes el TLP está compuesto por criterios bastante vagos, eso podría permitir que muchas personas se sientan identificadas con ellos, puesto que varios criterios podrían corresponder a un estado anímico del momento.

Las preguntas relacionadas con el ser ¿quién soy? Conllevan al mismo tiempo a otras, si hay además de los criterios del trastorno diferentes características que los definan, si se es más que una enfermedad, etc. son preguntas genuinas que se enmarcan en la necesidad y el conocimiento de sí, desde una visión ontológica.

Como es visible en el siguiente *post*:

Borderline TLP colectivo Torno de personalidad. M. N. (06 de junio del 2020).

¿Qué parte de su personalidad creen que sea exclusivo del TLP? ¿Qué creen que los defina a partir del trastorno? A veces no sé quién soy si no más que la enfermedad y me siento solo eso. [Publicación de Facebook]. Recuperado de <https://www.facebook.com/photo/?fbid=10218479837882194&set=g.570576773041046>

la publicación recibió al menos 27 comentarios en el momento en que se capturó la imagen. Además de la empatía que muestran las personas que se visualizan en la imagen, se hace notar la identificación entre pares y por otra parte, el conflicto que les genera el sentir que solo son síntomas.

Otros comentarios, como el de un chico que responsabiliza a la crianza que lo obligaba a reprimir sus emociones y que lo ha llevado a ser quien es afirma "soy una persona que finge sus emociones por estar bien con los demás", otra chica que comenta "Yo siempre me pregunto, donde acabo yo y donde empieza mi enfermedad. No sé quién soy más." (sic)., hasta el comentario de un psicólogo que le dice lo siguiente: "En el TLP, los profesionales fracasamos cuando no sabemos integrar los muchos yoes que algunas personas parecen tener. Porque el objeto de la terapia debería ser integrarlos y que usted sepa que los tiene<sup>176</sup>." (sic).

Este tipo de preguntas planteadas en el ámbito de las comunidades virtuales brinda quizá más posibilidad de apertura en la que se puede conocer otras voces y su vivencia, opciones diversas de modos de ser y la posibilidad de espejamiento con la otredad.

En términos generales, el arduo recorrido que realizan las personas en el que pasan de ser personas no diagnosticadas a ser "pacientes" con una nueva identidad les brinda la posibilidad de vivirse de maneras diversas.

---

<sup>176</sup>Adjunta la imagen del libro *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica* de Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhui y Kathy Steeke. En ese texto se plantea una visión de la identidad como una especie de sistema que está compuesto por diferentes aspectos, biológicos, experienciales, ambientales, culturales, etc. La forma en que se constituye el yo se percibe no de manera única, sino como varios aspectos del yo que debieran estar cohesionados y cuando las condiciones de vida llevan a la persona a sufrir traumas como el abuso físico y sexual, la violencia, etc. el sistema no se unifica, sino que se desarrolla de manera fragmentada. Por eso, ese sujeto con su comentario señala que la función de un especialista debería estar enfocada en la integración y conocimiento de los distintos Yoes.

Inicialmente la trayectoria diagnóstica, no es un camino que las personas elijan sino motivados por la inadecuación en el mundo, el dolor emocional, la inestabilidad en relación con los afectos y relaciones que hablan de la biografía atravesada no solo por el trauma, sino también, por las condiciones sociales desfavorecidas, lleva a estas personas a buscar espacios de explicación, en donde su mundo comience a tener coherencia o sentido.

“Como la imagen normativa de sí de cualquier hombre [...] con la experiencia del ‘menosprecio’ aparece el peligro de una lesión, que puede sacudir la identidad de la persona en su totalidad.” (Honnet, 1997, p. 160).

Esa lesión es la que en el caso de las personas que se siguieron en comunidades virtuales y que atendieron al llamado de las entrevistas, se ha hecho presente en diferentes niveles y formas. Así, comienzan a emprender el camino a la auto-reparación.

Originalmente, algunos inician su búsqueda en el mundo médico, cosa que no es de extrañar en una sociedad en la que el pensamiento médico hegemónico predomina, no solo a nivel institucional, sino también en el imaginario social. Esa búsqueda por la auto-reparación puede ser muy atropellada, tanto por malas prácticas como tratamientos poco exitosos e inadecuados que llevan a las personas a explorar en otros espacios el conocimiento de sí.

El emprenderse a partir de ese examen los va formando y con el paso del tiempo, puede devenir no solo la experticia por experiencia, sino una experticia más holística de la enfermedad mental y de sí mismos que propicia la emergencia del experto colaborativo.

En las entrevistas realizadas se encontraron algunas similitudes en el primer encuentro con el dispositivo de la psiquiatría, desde la forma en que son señalados por una jerga psiquiátrica que ya forma parte del imaginario social, pero con grandes fallas, hasta el momento en que emerge por primera vez el diagnóstico. En medio de esas dos situaciones, las personas pueden pasar por una serie de pruebas diagnósticas, exámenes físicos, psicológicos o incluso, internamientos que van alimentando su formación como expertos en el TLP.

Algunas de las experiencias en común, son: 1) el proceso tardío en el diagnóstico, 2) los falsos positivos de otro tipo de trastornos como Trastorno Bipolar, Esquizofrenia, Trastorno disociativo de la personalidad, TDAH, etc. 3) la presencia del estigma en la visión psiquiátrica, que indica una conceptualización del diagnóstico determinado por un manual y una visión concreta de lo que significa ser persona, 4) tratamientos farmacológicos fallidos y algo que surgió no solo en las entrevistas, sino que también se observó en las comunidades virtuales 5) el abuso sexual de algunos psiquiatras a las pacientes.

Este último aspecto, es importante señalarlo, pues representa uno de los aspectos más delicados en la forma que opera el dispositivo de la psiquiatría, respecto a su práctica. Como bien se ha señalado los casos de Kary y Melanie decidieron no denunciar la situación de abuso sexual por temor a la desacreditación de su testimonio “por ser una paciente psiquiátrica a mí no me iban a creer y a él sí” (Melanie).

Este tipo de actos cobran mayor relevancia, puesto que uno de los factores que son casi un común denominador en el desarrollo del TLP es el abuso sexual en

la infancia y la adolescencia, la mayor parte de las entrevistadas refirieron haber sufrido abuso sexual por parte de personas cercanas y familiares.

En este sentido, cuando nuevamente se repite la situación de abuso, en un contexto que debería ser confiable, como en el ámbito clínico, le trauma suele revivirse, la “incapacidad” para denunciar nuevamente se reactiva, ahora una incapacidad que no es dada por la edad cronológica y falta de herramientas, sino por el propio dispositivo psiquiátrico en donde la palabra, la voz de las personas es anulada y entonces las mujeres que han pasado por esa experiencia deciden callar.

Ahora bien, en efecto, no todas las experiencias en el entorno psiquiátrico son traumáticas, sin embargo, era importante visibilizar los aspectos más sobresalientes que se encuentran en la mala praxis de la psiquiatría. Aunque, también se encontraron casos en los que se refiere lo contrario, como el de Elvira (43 años/española) que refirió “siempre todos (los psiquiatras) han sido encantadores, han tratado de ayudarme, de profundizar, el psiquiatra que me vio antes fue el que me sugirió el psicodrama y la que tenía antes me sugirió la terapia cognitivo conductual, todo con ellos ha sido estupendo”.

Hasta aquí, se puede señalar que en relación con el encuentro con el dispositivo psiquiátrico, las personas van perfilando ya una postura que responde a la manera en que son tratados, señalados o reconocidos en el campo de la salud mental. Lo que determina en gran sentido su toma de decisiones respecto a si se decide “tomarse en las propias manos y hacerse cargo de sí (como apunta Heidegger) o bien, se decide dejar en manos del dispositivo psiquiátrico ese papel, cosa que abre la pauta a la siguiente fase:

d) Tomar postura:

Esta fase hace referencia a la postura que adoptan los usuarios respecto a su diagnóstico y ante el dispositivo psiquiátrico, de acuerdo a las entrevistas realizadas se pudieron identificar tres actitudes ante la psiquiatría:

- 1) Usuarios que aceptan el diagnóstico sin buscar información
- 2) Los usuarios que son reconocidos como “sobrevivientes” de la psiquiatría (Nikolas Rose, 2019) que a partir del diagnóstico logran gestionar su experiencia de una manera informada, pueden ser parte o no de la atención psiquiátrica y que políticamente se posicionan a través de movimientos anti-estigma de la enfermedad mental.
- 3) El grupo de los disidentes, que renuncian a cualquier tipo de atención psiquiátrica y buscan nuevas formas fuera del ámbito clínico, formando por lo regular círculos de participación política y social en la que plantean una reforma de salud, respecto a la enfermedad mental.
- 4) Las personas que además de hacer valer su agencia y su experticia por experiencia siguen el camino de la *Bildung* y se encargan del autocuidado y de formar a los otros a través de plataformas como YouTube y Facebook, en las que comparten su experiencia y conocimientos. En esta fase pues surge el experto colaborativo.

En cada una de estas fases, se hace énfasis en el proceso de transición de ser un paciente a ser un sujeto con la agencia sobre su bienestar, basada no solamente en su experiencia del cuerpo o de lo que vive con base a su diagnóstico, si no la forma en que a través del conocimiento que va adquiriendo por el contacto con especialistas, por lecturas sobre su padecer, el acercamiento con otras personas

en diferentes espacios digitales (dentro de los cuales se consideran las comunidades virtuales), forjan una posición no solo de su padecer, sino de lo que son a partir de lo que han aprendido y esto los lleva a tener una postura clara sobre la psiquiatría y sus formas de actuar.

Esa postura puede ser positiva o negativa, dependiendo de los especialistas a los que hayan consultado, de la información a la que hayan tenido acceso y de su experiencia como usuarios de los servicios de salud mental.

En ese marco, el experto colaborativo es aquel que aprende y crece a través del tiempo y a pesar de su padecimiento o condiciones. Es un tipo de experto que rebasa a la experticia por experiencia, pues emprende su camino hacia ser no solo un aprendiz, sino un sujeto que se transforma, que en el transcurso de su experiencia tiene la posibilidad de convertirse él en instrumento pedagógico para los demás. Rose ya ha afirmado antes que para que una psiquiatría colaborativa sea posible, no es suficiente con que los usuarios vivan la experiencia, sino que se requiere de una acción de producción colectiva y no individual del conocimiento (2019) en este sentido no basta con que las personas gestionen su autocuidado si eso, no tiene resonancia en los demás, en sus pares, en lo social y la única forma para lograrlo es crear nuevas comunidades epistémicas.

La actitud del experto colaborativo se va perfilando como la persona que vive la experiencia del TLP, que asume el desafío del autoconocimiento y autocuidado, que busca, se informa y se forma de manera autónoma, para finalmente, tener la disposición de compartir la riqueza de conocimiento sobre el TLP que implica la combinación de esos componentes. Para poder representar esa descripción surgieron en el trabajo de campo varios ejemplos anteriormente mencionados.

Carolina *Influencer* del TLP que si bien, no fue entrevistada directamente, se puede acceder a la información que comparte en su página de *YouTube* [Mi vida PostBorder](#), en la que explica su trayectoria como TLP, muestra una postura disidente hacia la psiquiatría y ofrece alternativas de autocuidado que ha aprendido a partir de su formación de vida y de terapeuta que muestra la forma en que convierte la angustia en un trabajo intelectual, en el que la vivencia del TLP está presente en el contenido de la información que comparte.

Otro ejemplo es el caso de Marla, una actriz, que a partir de su proceso de formación (*Bildung*) también se ha convertido en *Influencer* del TLP.

Lo que vemos en estos dos casos, es el abordaje de la enfermedad mental desde una visión ontológica, vivencial y comprometida no solo con el bienestar individual, sino también, al compartir con sus pares lo que aprenden y descubren, hacen manifiesto su compromiso social.

Ahora bien, existen dinámicas que se dan entre los especialistas y los usuarios que es pertinente señalar, puesto que como se ha dejado ver, esa dinámica genera que se desarrolle una disposición afectiva que lleve a las personas al crecimiento o la indisposición que los puede llevar a una desarrollar una visión de túnel en la que nada ocurre.

La tendencia en el actuar de los especialistas, como se ha destacado, suele ser marcar la asimetría entre el saber de los usuarios y su saber categorial, de tal manera que ambos parecieran inconmensurables, esa brecha incluso es marcada por la propia forma de nombrar a los usuarios, pues se les sigue llamando “pacientes”, a pesar de las oposiciones al término y al debate dentro del mismo mundo “psi” sobre si es la forma correcta de nombrarlos o no.

Veamos sus implicaciones.

La palabra "paciente" tiene dos significados: 1) alguien que sufre de una enfermedad y 2) alguien que tiene paciencia; viene del latín *patiens* que significa sufriente o sufrido. La palabra paciente significa entonces: el que sufre calladamente, el que tiene paciencia (Etimologías de Chile, 2020).

Esa definición, en sí misma, indica la posición que tienen los usuarios en la consulta, alguien que espera pacientemente por un diagnóstico y un tratamiento, que calladamente sufre y que no cuestiona las decisiones del médico. La relación asimétrica entre médicos y pacientes en general, han provocado también una relación paternalista que ha sido muy cuestionada pero que aún se puede observar en instituciones que tienen un modelo médico tradicionalista o hegemónico en palabras de Menéndez.

En ese sentido, la noción de "buen paciente" podría asimilarse a la imagen del *Dasman*, que mantiene una indisposición al existir, vive en el mundo sin angustia, sin sentir extrañeza de sí, sin preguntarse por su habitar un espacio, lo vive de manera mecanizada y no reflexiva.

Los usuarios en la postura de ser pacientes, ante la mirada del especialista, podrían ser un *Dasman*, del que solo espera obediencia, de hecho, en el relato de muchos médicos se escucha la frase "es que no obedece, no hace tal o cual cosa, no se tomó el medicamento como le indiqué etc.", pues sin esa obediencia, no conciben "la cura". De otra manera, si la persona misma se asume en el papel de paciente, deposita su cuidado solo y exclusivamente en el otro -que es el especialista-.

Siendo así, el paciente-*Dasman* no cuestiona el por qué tiene que hacer tal o cual cosa para su recuperación, ni tampoco se cuestiona si tomar un medicamento o no, solo lo hace, a pesar de los efectos que esto pudiera tener, se aliena de manera pasiva a las indicaciones, sin hacerse la pregunta sobre sí.

A pesar de esas implicaciones del término "paciente", se continúa utilizando indiscriminadamente en el ámbito clínico, quizá, solo se usa por costumbre, o porque realmente no se tiene consciencia o comprensión profunda de su significado y aunque ha habido momentos en los que se ha cuestionado su uso y se han realizado otras propuestas como: utilizar el concepto de "clientes" o "consumidor" -propuesto por el departamento de salud Inglés-, éstos han provocado resistencia en los especialistas por las supuestas implicaciones mercantiles que tienen esos términos (Agrest, 2011).

Otra propuesta que ha llegado más o menos a un consenso, es el uso del término "usuarios" como abreviatura a "usuarios de servicios de salud mental" que, de hecho, se ha elegido en este trabajo, pues apela a la identificación de la persona y se valora a través de este término su experiencia. El uso de este término ha favorecido al empoderamiento de las personas que utilizan los servicios de salud mental (Agrest 2011) y da posibilidad al surgimiento de aquel que se pregunta, que cuestiona, que interioriza en su experiencia de vida, etc.

Desde esa postura los usuarios son los que al ser diagnosticados pueden poner en duda el diagnóstico y se dedican a consultar diferentes especialistas, diferentes fuentes de conocimiento, textos, artículos, noticias, videos, etc. hasta que encuentren algo que realmente haga sentido con su malestar.

En ese nivel en ocasiones pueden coincidir o no con el conocimiento del especialista, pero en ambos casos, dan paso al surgimiento del *experto colaborativo*, puesto que no solamente tienen la experticia de primera persona, sino que también investigan, buscan estrategias diversas para su autocuidado, en términos generales se hacen cargo de sí y además, algunos de ellos llegan a formar movimientos de usuarios con quienes pueden compartir información, o bien, hacer manifiesto sus acuerdos y desacuerdos con la psiquiatría.

Por lo tanto, así como Rose (2019) señala que al existir diferentes tipos de psiquiatría, en consecuencia, emergen diferentes estilos o tipos de usuarios, dependiendo como se ha dicho de la relación dialéctica con los especialistas y eso lleva a que tomen una postura no solo respecto al especialista sino al tratamiento que se le asigna. En la siguiente sección se abordará la forma en que los usuarios desde la disposición que muestran ante la psiquiatría se asumen ante el tratamiento.

### 3.2 Características del experto colaborativo

En este apartado se dará lugar a la descripción de la experticia colaborativa, que se propone como un puente entre usuarios y especialistas de la salud mental. El objetivo es convocar nuevas formas de entender a las enfermedades mentales, desde una visión más integrativa que considere la voz del experto colaborativo y no escuche su narrativa solamente como un desglose de síntomas si no que, por el contrario se considere su experiencia, sus formas y estrategias de autocuidado sean tomadas en cuenta al momento de establecer un diagnóstico.

Como lo afirma Nikolas Rose, para crear una nueva epistemología en la psiquiatría, no basta con los movimientos de personas “sobrevivientes” que buscan reconocimiento y respeto a sus derechos. Se pregunta Rose, ¿qué pasa con las personas que forman parte del mundo de los expertos por experiencia pero que están ya tan intervenidos por los psicofármacos u otras drogas? (2019, p 159).

Es necesario que alguien los represente y para eso hacen falta expertos no solo por experiencia, sino que tomen la voz de quienes no pueden levantarla y que a partir de su propio proceso de formación, establezcan medios de comunicación con los psiquiatras dispuestos a escucharlos.

¿Quién entonces puede ser un experto colaborativo? Todo aquel que esté dispuesto a compartir su aprendizaje sobre la enfermedad mental, específicamente en este sentido del TLP, a partir no solo a través de su experiencia corporizada, sino a través del proceso recorrido en la *Die Bildung*, es decir, que su experiencia y aprendizaje sean sus herramientas de colaboración no solamente con sus pares, sino que lo haga extensivo para mantener un dialogo con los familiares, amigos de sus pares y con los propios especialistas que pueden ser psiquiatras, psicoterapeutas o psicoanalistas.

Uno de los casos más reconocidos en este sentido es la psicoterapeuta Marsha Linehan, que a partir de su vivencia como TLP, recupera todo lo aprendido y lo convierte en un dispositivo que llamó “Terapia dialéctica conductual”.

Algunos de los textos de Linehan son: *Building a life living: a memoir* (2020), *DBT Skills training Manual* (2014), *Dialectical Behavior Therapy* (2006), entre otros.

El modelo terapéutico que propone Linehan es desarrollado con técnicas que combinan estrategias conductuales y principios derivados de las prácticas del

budismo Zen y la Filosofía dialéctica (Roda-Rivera, 2020) y con base en ello propone dos principios: la aceptación de la vida tal y como es, no como se supone que debe de ser y la necesidad de cambiar, a pesar de aceptar la realidad. Linehan, pone especial énfasis en la aceptación y validación de los otros, para desde ahí conseguir el cambio<sup>177</sup>.

-¿Eres una de nosotros? (le preguntaba una chica a Marcha en una conferencia).

- ¿quieres decir si he sufrido?

- “No, quiero saber si eres una de nosotros, tal como nosotros, porque si lo fuiste, eso nos daría mucha esperanza a todos”.

En 2011 Linehan a sus 68 años, logró contar su experiencia como persona diagnosticada con TLP a los 17 años, después de algunos intentos de suicidio fue internada en una institución psiquiátrica por casi dos años, era de las pacientes “más graves” se hacía daño golpeando su cabeza, se quemaba cigarrillos en la piel “sentía que no tenía ningún control [...] me sentía completamente vacía, como el hombre de hojalata, “estaba en el infierno refirió en aquel momento.

El primer diagnóstico que tuvo fue Esquizofrenia, por el que fue medicada y le realizaron terapias de electroshock, sin ninguna mejoría. Internada en la clínica que estaba se hizo una promesa “algún día regresaré y sacaré a todos de aquí”. A los 20 años, con un mal pronóstico y pocas posibilidades se hizo una revelación de sí: “me amo a mi misma” y a partir de ese momento comenzó su transformación. (Maero, 2015).

---

<sup>177</sup> Recuperado de [Marsha Linehan de paciente a psicóloga](#). (octubre, 2021).

El caso de Linehan es una puesta en escena del experto colaborativo pues a partir de su experiencia y de la trayectoria que implicó para ella el TLP logró posicionarse ante sí en pro de su autocuidado logró como afirma Heidegger, hacerse cargo de sí y no solo eso también logró enfrentar el desafío que implica participar en el cuidado de los otros, creando una estrategia terapéutica que al parecer ha mostrado resultados positivos en el manejo del TLP.

A partir de lo planteado podría señalarse la cuestión ¿Conozco luego existo? ¿qué implicaciones tiene la *Bildung* (formación) en la construcción de la narrativa personal de las personas con TLP?

En información recopilada en el trabajo de campo, se logró determinar que las distintas formas en que los usuarios se asumen como personas *borderline*, la forma de entender qué es ser límite y cómo eso les brinda herramientas narrativas para describir en la mayoría de los casos su identidad, está íntimamente relacionada con las diversas y diferentes trayectorias que recorren en el proceso diagnóstico.

Ahora bien, como ya se dijo anteriormente, se considera que la identidad personal está conformada por la narrativa que tienen otros sobre uno mismo, por los recuerdos, las influencias sociales e incluso por los deseos que los propios padres proyectan en sus hijos. Desde la perspectiva de Hilde Lindeman (2001) la identidad está formada por un tejido de historias, ese conglomerado narrativo contiene historias que representan las diferentes facetas de las personas que combinan narrativas grupales (o sociales) y narrativas personales.

Para esta autora existen dos daños que se pueden infligir a la identidad el primero priva a los individuos de bienes sociales importantes, es decir, por el diagnóstico

pueden ser excluidos de oportunidades, no contratados en algún empleo, etc. y el segundo los priva de su autoestima (Lindeman, 2001).

El efecto del diagnóstico en el caso del TLP la pérdida de la autoestima puede aparecer en diferentes momentos, cuando reciben el diagnóstico sobre todo cuando el mandato de los especialistas es “tendrás que depender de los medicamentos toda tu vida” o “ya no podrás estar sin terapia”, “no puedes estudiar esa carrera porque necesitas estar en equilibrio para poder ejercerla y no lo vas a lograr”, etc. genera que cuando las personas reciben el diagnóstico ese tipo de afirmaciones minen de una manera más contundente su autoestima y seguridad para poder resolver la vida cotidiana pues se enfrentan por primera vez a verse a sí mismos como personas incapaces o con una especie de "problema" que dura “toda la vida”.

Es por ello, que en el caso del TLP es necesario que las personas tengan una actitud de apertura y disposición para poder enfrentar todo un dispositivo de autoridad, como el que representa el campo de la psiquiatría y a partir de ahí poder forjar su propia posición frente a sí mismo, respecto a su cuidado y frente a los otros. El camino que recorren en ese sentido las personas diagnosticadas con TLP es un camino en busca del reconocimiento.

*“Decidí ayudar a la gente con tendencia suicida porque son las personas que se sienten más miserables del mundo. Creen que son malos y me di cuenta de que no lo eran. Lo entendí porque pasé por el infierno del sufrimiento, sin ninguna esperanza de salir de él “.*

Marsha Linehan.

Experta colaborativa en el mundo “psi”

## **Conclusiones**

Esta investigación hizo posible mostrar un panorama de la psiquiatría y de las prácticas “psi” como prácticas en las que es necesario un cambio de paradigma que permita la comprensión de la enfermedad mental desde una visión ontológico fenomenológica, que reconozca a los usuarios de servicios de salud mental como personas inmersas en un universo de relaciones, influencias costumbres, ideologías, etc. que las constituye.

Al inicio de mi propia trayectoria como investigadora no tenía muy claras las motivaciones del por qué elegir este tema y cuál era mi relación directa con lo que comenzaba a desarrollar. Recuerdo que una de mis primeras presentaciones sobre esta investigación, estando en un congreso en la Universidad de Nova de Lisboa, presenté esta investigación como una propuesta en ciernes y uno de los investigadores que me escuchó<sup>178</sup> me preguntó ¿lo que deseas es señalar un problema ante la praxis psiquiátrica o deseas proponer un cambio ontológico de la psiquiatría?

Reconozco que no me esperaba esa pregunta y le conteste con el entusiasmo que caracteriza a los legos cuando se inicia un proyecto “espero lograr lo segundo” – sin saber en efecto lo que decía-. Su reacción fue de sorpresa y contestó: “tu propuesta es muy ambiciosa, pero ¿por qué no intentarlo? este tipo de trabajos son

---

<sup>178</sup> Dr. Karim J. Gherab de la Universidad Rey Juan Carlos III de Madrid

necesarios”. Su respuesta motivo orientarme hacia una búsqueda que por un lado me llevó a amainar mi visión antipsiquiátrica inicial y por otro lado, a que esta investigación sea una propuesta que visibiliza algunas posibilidades para que un cambio de paradigma dentro de la psiquiatría sea posible, para el devenir de una “psiquiatría colaborativa”.

Como psiquiatría colaborativa se entiende, no como una práctica trans ni interdisciplinaria, sino como una disciplina y práctica que se posicione más abierta al reconocimiento de los otros en el sentido que se ha tratado en este texto, denote una postura más humana que independientemente de “crear personas” (a partir de la creación de categorías) las reconozca en la complejidad que representan. Lo que llevaría a plantear mejores estrategias para poder ofrecer caminos más fructíferos en términos de bienestar.

En relación con los resultados que se obtuvieron en esta investigación se identificó cómo los especialistas del mundo psi pueden saber de categorías, de manuales, de teorías, pero las particularidades de un individuo que solo se aprenden a partir de un recorrido de reconocimiento con los otros es con frecuencia dejada de lado, cosa que se pudo apreciar en diversas narrativas tanto de las comunidades virtuales como de las entrevistas que se llevaron a cabo.

Así, una de las propuestas que se hace en relación con ello es que se reconozca a los usuarios de los servicios de salud mental como el encuentro que se tiene un libro que no ha sido leído, que para saber su contenido no basta con la lectura de un título, hay que escudriñarlo con cuidado, página por página, regresar y releer lo que no se comprende; de esa manera se podría tener una comprensión más completa e incluso más justa de la narrativa de las personas que llegan pidiendo

ayuda a los consultorios, a los hospitales e instituciones, leer con cuidado las páginas que muestran, repasar a detalle lo que sugieren respecto a su experiencia, ver qué tienen que contar, qué se puede aprender de ellos en tanto que ese valide su experiencia como conocimiento válido no solo en la construcción de categorías sino que más allá de las categorías, que a partir del conocimiento que comparten los expertos colaborativo se construyan las pistas para generar propuestas de desarrollo y bienestar.

En ese sentido, las conclusiones que aquí se plantean respondiendo a los objetivos planteados son las siguientes:

I. En relación a la forma en que los usuarios se identifican con el diagnóstico como lo señala Hacking (2004, 2006, 2010) responden dialécticamente a la categoría de TLP. Además, se identificaron en ese proceso diversos agentes que participan en el proceso diagnóstico y que pertenecen al dispositivo psiquiátrico, como son: la relación con el psiquiatra, las observaciones del psiquiatra que pueden ser interpretados por sus consultantes como mandatos paternos y de esa manera juegan un papel determinante en la toma de decisiones.

Por otro lado, también el impacto que tiene el tratamiento psiquiátrico y la efectividad o ineficacia de los fármacos forman parte de ese dispositivo que hace que los usuarios se adhieran o no, a la categoría diagnóstica.

De esa manera los usuarios pueden decidir si hacen uso de los psicofármacos o buscan otras alternativas, como lo vimos en el caso de June y de Katty que encontraron otras estrategias para alcanzar sus propios estándares de bienestar posibilita su autocuidado.

II. Sobre el uso y la adherencia a los psicofármacos se logró identificar que éste se da independientemente al impacto que tiene el TLP en la identidad. Hay quienes a pesar de identificarse con el TLP deciden no medicarse, quienes lo hacen pueden desarrollar una adherencia positiva a los medicamentos en un 51% y el resto refiere efectos secundarios negativos por los cuales los han abandonado o se encuentran en el proceso de hacerlo.

Se logró identificar que la aceptación del consumo de fármacos es más común cuando las personas se han diagnosticado además como TLP comorbilidad con otros diagnósticos, en el caso de Rita, Elvira, Giordano, Lola que tienen diagnósticos de carácter psicótico o disociativo y han aceptado tomar los medicamentos asumiendo que si no los tomaran estarían peor. Además de ello, es importante señalar que los medicamentos utilizados son de la misma índole para todo tipo de categoría independientemente de la comorbilidad con otros diagnósticos. El esquema de medicamentos más utilizado es la combinación de ansiolíticos, antidepresivos, antiepilépticos y antipsicóticos. Cuando el esquema es más ligero, solo recetan ansiolíticos y antidepresivos.

III. En cuanto al estigma de la enfermedad mental se encontró que es un fenómeno observado, no solamente en la sociedad en general, sino que los propios especialistas de la salud mental pueden ser perpetuadores del estigma, que devienen en procesos de discriminación, abuso y de iatrogenias. Se identificaron dinámicas tanto de auto-estigma como de estigma-social y estigma-profesional (propiciado tanto por las categorías como por lo que representan en el gremio de la psiquiatría).

Se hizo evidente en los casos citados sobre psiquiatras que hacen afirmaciones como “tendrás que depender de los medicamentos toda la vida”, “no puedes estudiar “x” por que no estás equilibrada”, etc. Lo que evidencia un profundo descrédito hacia el otro, más que el conocimiento en el que supuestamente basan sus afirmaciones.

Lo anterior permitió señalar que la teoría sobre las enfermedades mentales se utiliza como unos lentes por los que los especialistas observan una única realidad la de “las categorías” e impiden de esa manera el reconocimiento del individuo en su totalidad.

En relación con ello, se indicó que el TLP tiene en sí mismo una carga estigmatizante al señalarla como una categoría de los “dramáticos, teatrales, emocionales”.

Se llegó a la conclusión de que el estigma es un concepto que emerge de un juicio que también es moral y que señala en los otros la marca de desaprobación, desacreditación de su juicio, experiencia o testimonio.

Al mismo tiempo, esto lleva indicar que la idea de Hacking de que cuando un fenómeno es nombrado como un trastorno o enfermedad (es decir que es biologizado) lo libera del estigma social y moral, en el caso de las categorías de enfermedad mental no aplica del todo, especialmente en nuestro caso de estudio: el TLP.

IV. Respecto a la disposición que los usuarios de los servicios de salud mental manifiestan ante la psiquiatría se llegó a la conclusión de que la relación que se establezca se relaciona con las dinámicas dialécticas que emergen con el la

categoría y también con todo lo que le representa el dispositivo psiquiátrico, esto es, los psiquiatras, las instituciones, el éxito o fracaso del tratamiento, etc.

Todo ello lleva a que su agencia se manifieste en diferentes formas adhiriéndose a las indicaciones psiquiátricas, manifestar su disidencia buscando otras opciones alternativas de entender su condición de existencia -como es el caso de los expertos por experiencia- o bien, que logren generar a partir de una trayectoria de *Bildung* logren ejercer acciones concretas hacia el propio bienestar y al de los demás, construyéndose sí mismos como agentes de conocimiento es decir, que se conviertan en expertos colaborativos.

La relevancia de esta categoría se relaciona con la reacción dialéctica que surge a partir del contacto que tienen los usuarios en su trayectoria recorrida en la búsqueda de respuestas ante el llamado de consciencia. Son tan diversas las reacciones de los usuarios, como tan diversas las formas de interactuar de los psiquiatras. Se dejaron ver tanto aspectos positivos (como en el caso de Elvira), como aspectos negativos que hacen referencia al abuso de poder, abuso sexual y negligencias de parte de los psiquiatras, lo que en consecuencia marca la adherencia o la disidencia de los usuarios a la psiquiatría.

El surgimiento del experto colaborativo, solo es posible a partir de una disposición del ser de apertura que elija el camino de la formación, como la posibilidad de colaborar en la formación de sus pares y que logre interactuar con especialistas, ya sea que se formen en el área de la salud mental -como lo es el caso de Linehan- o simplemente que tomen postura y logren influenciar positivamente a sus pares - como el caso de Marla o el de [Hembra Borderline](#)- que sin haberse formado como especialistas en salud mental, han logrado establecer una posición de experto

colaborativo impartiendo charlas a través de las plataformas virtuales. Lo que da pie para analizar el siguiente apartado.

V. Finalmente lo que se pudo observar respecto al potencial de las comunidades virtuales como fuente de conocimiento es que tienen ciertas virtudes dentro de las cuales se pueden apreciar: la formación de lazos afectivos dentro y fuera de las comunidades, el contacto con otras personas diagnosticadas con TLP genera un sentido de pertenencia, tienen el potencial de generar dinámicas de reconocimiento que sus miembros, en otros espacios (*offline*) no encuentran.

Por otra parte, las comunidades virtuales tienen el potencial para facilitar la expresión de las emociones, funcionan como catalizadoras de catarsis que por otro lado, pueden expresarse en el momento de sufrimiento, pero también se logran expresar con humor a partir del uso de memes, que como se señaló forman parte de una narrativa que ayuda a sobrellevar los estados de angustia, a través del humor, como se aprecia en la siguiente imagen.



Borderline TLP Colectivo torno de la personalidad (01 de noviembre de 2021).

Crisis de hipocondría... Ya van en varias ocasiones que me da un dolor debajo del omóplato, lo siento como cuando te da un aire o una reuma. Dura unas horas o un día y desaparece pero reaparece, casi siempre con el frío. [Publicación de Facebook]. Recuerdo de <https://www.facebook.com/groups/570576773041046/search/?q=crisis>

Otra de las virtudes que se encontró de las comunidades virtuales es el potencial de compartir conocimiento, de estrategias tanto de contención como de cuidado y se pueden compartir en ellas vínculos a otras páginas como YouTube, Twitter e Instagram.

Por último, se encontraron también aspectos negativos de las comunidades virtuales, como la identificación negativa que implica el involucramiento con el sufrimiento del otro, pueden desprenderse por otro lado, dinámicas de agresión y violencia como se indicó en las entrevistas, hubo quienes refirieron que tuvieron que abandonar algunos grupos por la falta de cuidado al tratar situaciones en que se expresan por ejemplo ideas o pensamientos suicidas, en los que algunas personas responden con frases como “solo quieres llamar la atención” que por su parte, refuerzan el estigma de “personas teatrales”.

---

La propuesta: el devenir del experto colaborativo.

Como se hizo notar, la teoría de la experticia en los estudios filosóficos y sociales sobre ciencia y tecnología es basta se describió la contribución de Collins y Evans, sobre la experticia, de la que la última visión planteada en *Experts and the Will of the People* (2020), se rescató la visión de fractal para entender como para la democratización del conocimiento es importante la participación de expertos por experiencia, pero de expertos comprometidos con el propio saber para lograr hacer un discernimiento más apropiado de las aportaciones de la ciencia.

Si bien, las aportaciones que hacen Collins y Evans están relacionadas con la práctica científica, la idea de retomar el concepto de *Die Bildung* surgió de la noción del conocimiento como fractal, del que se reconocen diferentes niveles. Lo

que dio la posibilidad de enfocarnos en el análisis de las trayectorias por las que los sujetos diagnosticados transitan antes y después del diagnóstico.

Por otra parte, se identificaron en esas trayectorias las dinámicas dialécticas con el dispositivo psiquiátrico -es decir, con los discursos de la psiquiatría, las nociones que se tienen en el imaginario social sobre las categorías, la forma de actuar de las instituciones, el uso de los medicamentos y el impacto en los cuerpos, etc.- y cómo a partir de ellas se generan distintas maneras de evidenciar la experticia, especialmente la forma en que una persona deviene en experto colaborativo, puesto que pasa por el trayecto de formación desde una posición consciente que le permite alcanzar el bienestar a través del cuidado de sí.

Lo anterior implica tratar al diagnóstico de TLP como un *existenciarío*, pues entendido de esa manera, se puede apreciar que más allá de los criterios que lo definen, es una categoría atravesada por el sufrimiento humano, por las carencias afectivas, situaciones de menosprecio, de poco reconocimiento, situaciones de carencia física o económica -cuando las condiciones de pobreza llevan al abandono<sup>179</sup>-, etc. El TLP, más allá de ser un trastorno, representa en muchos sentidos la miseria humana, las condiciones sociales e incluso políticas sobre la noción del bienestar, que en efecto ponen en evidencia un “vacío” pero un vacío no solamente que se desprende de un sentimiento inexplicable o sin sentido, sino que representa el vacío de habitar un mundo tan desajustado.

En este sentido, este trabajo es una contribución no solo a la investigación sobre la enfermedad mental y cómo se construyen las categorías, sino que representa

---

<sup>179</sup> En el caso de Ruth, refirió que como su madre tenía que salir a trabajar, la dejaba sola desde los cuatro años, ella a esa edad tenía que resolver lo que comía y lo que hacía, esa dinámica marcada por la necesidad llevó a que fuera abusada sexualmente por su vecino de los 4 a los 9 años.

también un aporte a la pregunta de N. Rose *is another Psychiatry possible?* Sí, lo es. Siempre y cuando los especialistas, psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, psicoterapeutas, etc. estén en la misma actitud del experto colaborativo, en una actitud de apertura y disposición, en la que asimilen que el conocimiento del ser no es algo que se pueda entender a partir de categorías descriptivas, que se vea en los individuos mismos una fuente de aprendizaje constante, que su narrativa sea tan valorada, como lo es la teoría, que tengan ante los otros una actitud menos autoritaria, menos paternalista y más abierta al diálogo solo en ese sentido, un verdadero cambio de paradigma dentro la psiquiatría sería posible.

## Anexos

### Transcripción de entrevistas

#### Entrevista 01

Fecha:05-abril-20

Melanie

Edad: 29 años Nacionalidad: mexicana

Profesión: Psicóloga/clínica-educativa

Su proceso diagnóstico fue largo, comenzó desde los 20 años. La primera vez que asistió con un psiquiatra refiere haber sido abusada sexualmente por parte de este, comenzó con la entrevista después se fue acercando hasta que comenzó a tocarla “terminó abrazándome y besándome durante 10 o 15 minutos” sic., nunca quiso denunciar porque había quedado en shock y porque el psiquiatra le dijo que si decía algo a ella por ser un apaciente psiquiátrica no le iban a creer y a él sí. Decidió no denunciar y comenzó a buscar ayuda en otros espacios. No obstante, a pesar del abuso tomó los medicamentos que en ese momento le recetó (alprazolam y sertralina); ese esquema lo continuó tomando durante 6 meses con ciertas fluctuaciones.

M-- “A partir de los 23 años comencé a tener conductas poco adaptativas, de hecho, ya antes de ese tiempo a los 18 años comencé a cortarme, eso fue antes de ir con el psiquiatra, la psicóloga de la escuela se dio cuenta de eso y por eso me mandó al psiquiatra. Ya en la carrera comencé a tener ciertas fugas, a veces desaparecía, empecé a tener ciertos rasgos depresivos, fueron varios desencadenantes por que en ese entonces mis padres se separaron, bueno cambiaron de casa porque todavía mantenían una relación... creo que ellos fueron un factor importante porque mi padre tenía alcoholismo, había violencia intrafamiliar, mi papá también tiene ciertos rasgos depresivos principalmente, pero quizá es probable que estemos hablando de un diagnóstico más profundo. Después de eso, ya no tuve un tratamiento psiquiátrico como tal, ya fue hasta que me cambié de casa hace casi cuatro años, que me vine a vivir con mi novia, justo en ese momento me quedo sin trabajo, entonces con nuevos gastos y con el proceso adaptativo, decae mi estado de ánimo y caigo en depresión. Después de eso comencé a ir con una nueva psiquiatra”.

E—¿Cuál es tu experiencia con esta nueva psiquiatra?

M— Llego con ella porque justamente mi novia comienza a identificar todos estos síntomas, entonces nos pusimos a investigar en ‘Doctoralia’ parece que es la página y dimos con esta psiquiatra que al parecer tiene manejo de pacientes con bipolaridad, con cuestiones del estado de ánimo ansiedad y depresión. De hecho, esta psiquiatra creo que anteriormente tenía un puesto importante aquí en el hospital civil de Guadalajara, entonces sí tenía bastante experiencia... comienza a darme el tratamiento, era de escitalopram (antidepresivo y ansiolítico) y pregabalina (antiepiléptico). Con ese medicamento comencé a estar mejor, se disminuyeron los síntomas, duré con ese medicamento... eh me parece que fueron ¿dos años?

E-- ¿con la misma dosis?

M—sí, sí... siempre fue la misma dosis, entonces logramos hasta cierto punto una cuestión de estabilidad. Antes de estos dos años, digamos como al año y medio notamos que comenzaban a aparecer ciertos síntomas, yo continuamente le preguntaba a la psiquiatra cuál era el diagnóstico y ella estaba dando tratamiento para ansiedad y depresión, ese fue su diagnóstico. Pero comencé a sentir cierto estancamiento regresaban los síntomas, y la psiquiatra era un poco tajante y comenzamos a tener problemas y desacuerdos en la relación.

E—Entonces, ¿tú empezaste a darte cuenta de que había más cosas que no tenían que ver con la ansiedad y la depresión y se lo decías a ella? ¿Estoy entendiendo bien?

M—Sí así fue, comencé a tener más síntomas de impulsividad, comencé a hacerme daño, comencé a jalarme el cabello y a arrancarlo, eso nunca me había pasado. Se lo dije a la psiquiatra, pero ella siguió dando el mismo tratamiento, además en ese momento estaba pasando por un momento difícil de pareja en el que se veía venir una separación, y la psiquiatra lo llegó a sugerir y como aún estaba en terapia con mi psicóloga, comencé a notar cierta contradicción y decidimos buscar a otra psiquiatra. Esta otra psiquiatra hace cambio de tratamiento de Sertralina a lamotrigina, pero después de cierto tiempo comencé a cuestionar la eficiencia del tratamiento y su eficacia, dejé de ir porque igual la psiquiatra no sé que pasó que no nos poníamos de acuerdo con los horarios, con ella no era tan constante entonces dejé de ir, pero seguía con el tratamiento.

E—¿Cuántos años tenías entonces?

M—Fue el año pasado.

E—Ah, ok. Continúa

M—Seguí con el mismo tratamiento, escitalopram y pregabalina. En enero comencé a tener síntomas más fuertes. En septiembre tuve una relación más afectiva con otra persona, y en enero me fui de mi casa como tres días. Nunca he dejado de ser funcional, solo andaba con una mochila. Obvio mi novia se da cuenta, en ese momento me dio una crisis me comienzo a arrancar el cabello y por esa crisis voy nuevamente con la psiquiatra y me dan olanzapina (antipsicótico) y me deja tumbada como tres días. Mi novia se da cuenta de mi relación, su familia, mi madre me hizo una confrontación y yo solo quería escapar entonces salí corriendo y quería aventarme de a la casa del vecino de una altura de un piso y me dieron otra dosis más de olanzapina. Decidimos buscar una nueva psiquiatra. Mi jefa me recomienda a otra psiquiatra y por lo que cobraba no estaba tan de acuerdo en verla, pero por estos eventos voy con ella. Ella me aplica varios test de depresión, ansiedad, porque también trabaja en un centro de adicciones y tiene una especialidad en neuro, ella es cubana y comienza a sospechar en bipolaridad o TLP, me manda a hacer un estudio no recuerdo cuál fue. Me manda con “alguien especializado” en buscar estas cuestiones. No recuerdo el nombre, pero mi novia se ha de acordar.

E-- ¿una tomografía?

M—No recuerdo ahora, pero ahora le pregunto a mi novia ahora, ella se debe acordar. Entonces me hace el estudio y checan que sí hay una alteración en el lóbulo frontal, justamente en el control de impulsos. Lo que hizo fue un mapeo cerebral. Me manda a hacer un chequeo general, no hay nada ahí y en febrero me dice que va a realizar un manejo por TLP, me subió la lamotrigina y me recomendó hacer un estudio para detectar si el nivel de lamotrigina es el correcto. Actualmente tomo una pastilla de escitalopram al día y una y media de lamotrigina, de hecho, subió la dosis, pero me tengo que hacer otro estudio para saber si es la dosis correcta que tengo que tomar. Ahora estoy en pausa con la psicóloga porque se suspendió por esta situación (covid-19) y voy a buscar una nueva terapia porque el enfoque que ella maneja es Gestalt y voy a buscar una terapia cognitivo conductual, que es la que yo manejo y creo que posiblemente sea la mejor opción en este caso. No estoy ingiriendo alcohol tengo mes y medio que no estoy tomando nada, no suelo fumar, he bajado la cantidad que tomo de café. Mi próxima cita es el siguiente mes con la psiquiatra. Pero sí he estado mucho más controlada. He estado mucho más en contacto con grupos de autoayuda en Facebook, estoy en grupos de Trastorno bipolar (también por lo de mi trabajo) y TLP; ahora he estado buscando mucho más contacto con grupos de TLP, justamente la semana pasada tuve una recaída, estuve un poco más impulsiva, comencé a sentir síntomas depresivos, comencé a buscar a esta persona con la que andaba, mi novia comenzó a identificar luego mis síntomas. Ella comenzó a investigar, me recomendó un libro español que se llama “Diamantes en bruto” y me comenzó a leer los

síntomas y eso también me ayuda a identificar mi impulsividad principalmente y la depresión. Por eso comienzo a buscar los grupos solo de TLP.

E—¿Estar en estos grupos (de Facebook) te ha ayudado?

M—Sí me ha ayudado, me parece que es una herramienta que debo utilizar muy prudentemente porque a veces se siente como si fuera una “jaula de cocodrilos”, somos iguales, pero a veces por un simple comentario se comienzan a dar reacciones en escala que no ayudan en nada. A mí me ha servido para ver que no soy la única que se siente así, siento que hay personas que me entienden, ha sido un tanto tranquilizante saber que no soy la única que has sentido algo así que hay personas con los mismos pensamientos, emociones que yo. He notado también que hay muchas quejas, a veces suele ser muy negativo cuando los lees constantemente porque se convierte en un bombardeo de sentimientos negativos y a veces hay bombardeo de información y por lo tanto de síntomas. Trato de estar en diferentes grupos, monitoreando los diferentes diagnósticos, el manejo y tratamientos que les están dejando, a veces hay tratamientos que no tienen nada que ver, incluso veo la automedicación, hay mucha ideación suicida, a lo mejor sí se pueden dar ciertas recomendaciones y consejos, pero he notado comentarios o publicaciones a las dos o tres de la mañana que ya están hartos que no quieren vivir, que tienen ya una ideación suicida.

E—Oye, perdón que te interrumpa ¿tú eres activa en el grupo en ese sentido, has llegado a dar contención también?

M—Solo exploro normalmente, la semana pasada que estaba en crisis hice una publicación porque me sentía muy mal, pero afortunadamente me di cuenta después de que no se publicó, al no recibir ningún comentario revisé y no se había publicado mi post. Entonces soy solo exploradora, no hago comentarios y a veces hay publicaciones que me parecen alarmantes, pero después de todos los consejos, sí veo que hay contención de otros miembros del grupo y hay seguimiento de preguntar cómo estás, cómo te has sentido, etc. Eso me parece padre. Cuando yo quise publicar, en ese momento solo por escribir me sentí mejor, me bajó el estado de ansiedad, solo con tener la expectativa de los comentarios de los demás pude controlarme; ya hasta después me di cuenta de que no se había publicado. Por eso creo que es super importante que existan más estudios sobre esta cuestión, porque casi no se sabe nada. Cuando yo estaba estudiando casi no se sabía del TLP y ahora ya hay mucho más conocimiento. A mí me sorprende mucho cómo fue evolucionando el diagnóstico conmigo, la forma en que pasé de depresión, ansiedad incluso se dudaba sobre bipolaridad, etc. hasta que esta psiquiatra me logró diagnosticar después de 13 años. Yo no lo había considerado, solo pensaba que era ansiedad.

Sí a veces es un calvario llegar a este diagnóstico y también llegar con las personas correctas, porque lamentablemente muchos psiquiatras solo quieren abordar los síntomas y falta mucho por explorar el centro de lo que es la enfermedad, a mí me pasó cuando pasé con la segunda psiquiatra, no me decía qué tenía, solo calmaba mi depresión y ansiedad, pero no más, hasta con esta nueva psiquiatra que me mandó a hacer estudios logré encontrar el diagnóstico. Aunque sé que no hay una cura del diagnóstico, ya comienzo a identificar los momentos de crisis y mi novia también, de hecho, gracias a ella he podido gestionar mejor los síntomas. A veces se abandona muy fácilmente el tratamiento porque los psiquiatras no pueden dar una respuesta o no dan el tratamiento correcto.

Cuando uno no se siente atendido, pues puede abandonar fácilmente el tratamiento, cuando no responden a la pregunta de ¿qué tengo, qué pasa conmigo?

E—¿la pregunta de qué tengo o qué pasa conmigo, te la has hecho tú misma, o solo la has buscado con los psiquiatras?

M—Sí siempre me lo pregunto, cuando estoy en crisis suelo dibujar cómo me siento porque a veces es un poco más fácil hacerlo visible. Contándole a mi novia, a veces llegas a un punto en el que sientes que es normal sentirse mal, que es normal sentirse ansioso,

en ese aspecto siento que mi carrera me ha ayudado mucho para entender los síntomas y en la introspección y a entender que no es común que las personas quieran suicidarse y así y a veces te conformas con pensar es que soy la amiga rara, que soy la oveja negra. Pero ya cuando empiezas a crecer, a ver y estar en otros círculos y ves que no es normal que te cortes, que tengas ideaciones suicidas etc. Haciendo la comparación yo con mi novia me di cuenta de que había cosas que no estaban nada bien, que había algo más que ansiedad y depresión; como mis fugas y conductas más impulsivas.

Las personas alrededor a veces también lo ven como algo normal, “es que así es” ... A veces estos síntomas se normalizan, cuando estaba en casa de mis padres, yo solo decía no quiero hablar y me encerraba, viviendo con mi novia “fue un no, así no se va a ser así, ya vives conmigo”, me confrontaba y me decía eso no es normal, ahora estas en pareja y tienes que enfrentar.... Al salir de mi contexto me dice mi novia no es normal, más que eso, no es sano. Si ella no fuera médica no tendría tratamiento, a veces es muy difícil vivir con una persona con TLP, creo que podemos ser las personas más cariñosas y atentas, pero en otros momentos suele ser lo contrario sentir odio y rencor con la persona que vives, eso se ha dejado de lado y es importante que sea información que se de a los familiares, parejas porque no saben cómo actuar ante los sube y bajas del TLP.

Se afecta, aunque no quieras a las personas con las que vives, porque se comienzan a sentir a la expectativa de cómo vas a amanecer, triste enojada, o como. Mi novia investiga mucho y siempre trata de darme contención, pero entiendo que eso debe ser muy cansado para ella e incluso he visto que no solo a las personas con el dx sino también a los familiares principalmente a las parejas informarlas. A veces es un círculo vicioso, estoy enojada, peleo, y se desprenden con eso otros síntomas.

E—Entonces, ¿tú si te sientes identificada con el diagnóstico? Por lo que me dices, o ¿sientes que hay cosas con las que no te identificas?

M—Ha sido fuerte, pero a la vez un alivio. Porque sí cumplo con todos los síntomas, ya sin ninguna duda, tomando en cuenta la investigación psicológica, investigando más sobre mi familia, los estudios médicos, el estudio ambiental, etc. Ahora sé qué tengo, no me gusta tomarlo como una excusa, estoy enojada porque tengo TLP, sino saber qué tengo siento que es normal que teniendo este trastorno puedo sentirme de tal manera. Ha sido una identificación solo con el DSM, sino en retrospectiva como una línea de tiempo de yo a los 16 años hacía esto o a los 20 estaba pasando por esto otro y sí, coincide todo lo que he vivido con el diagnóstico, aunque sea difícil, porque ha sido un duelo y ha sido complejo aceptarlo. Incluso si planeo tener hijos, tener una familia, es algo que tengo que considerar si planeo realizar ciertos proyectos...

E—¿Pero tú crees que el diagnóstico te puede imposibilitar para hacer planes, para tener una familia?

M—A veces sí lo pienso, principalmente después de una crisis. Por ejemplo esta crisis que tuve la semana pasada ya habíamos comentado con mi novia de tener una familia, de tener algún hijo pero fue con algo en lo que coincidimos el “tenemos que ver” más por lo hereditario es cómo vas a responder, cómo vas a manejar tus emociones, por ejemplo si me da una descarga de ira, cómo me voy a hacer cargo de una persona, yo soy consciente de que es algo a considerar, pero también lo veo como una meta, tengo que seguir en mi tx con mi terapia, para hacer contención a todos los síntomas. En la cuestión laboral realmente no, más en lo personal. A veces me hago la pregunta y si ella no está, cómo voy a tomar esa ruptura, si no seguimos yo no sé si realmente podría cuidar a alguien y superar la pérdida, me sentiría en un hoyo... eso en lo personal por que como te digo nunca he tenido problemas ni en mi trabajo o en mis estudios, de hecho lo contrario, siempre ha sido lo que me ha mantenido a flote, a pesar de que a veces no me quería levantar, recuerdo en la universidad incluso era un alivio asistir era un alivio tener la responsabilidad y tener que cumplir con algo, me daba una razón para vivir tal cual, sí tenía algunas conductas destructivas no dormía bien, no comía bien pero nunca dejé de

ser funcional. Eso en lo profesional, en lo personal a veces sí me aislaba, me daba por eliminar gente por no hablarles más, por alejarme y decir ya no me importas, pero de ahí en fuera, con mi pareja sí tengo más planes, a veces si se pueden tener dudas, pero sí los puedo considerar.

E. ¿Quiénes saben de tu dx, solo tu círculo cercano o quienes más?

M. Pues mi círculo cercano, son varias personas, obviamente mi novia, madre, hermana, creo que no entienden bien el grado, no se han tomado la molestia de investigar, veo con ella como cierta renuencia de aceptar el dx, independientemente de que sí se preocupa por si estoy bien o no.

E. ¿Consideras que en la conducta de tu madre influye el estigma hacia las enfermedades mentales?

M. Sí totalmente, en cuanto a las expectativas, en mi última crisis por ejemplo ella nunca me había visto así y decidió apartarse porque dijo no puedo con esto y bueno a lo mejor más que el estigma, creo que es miedo. Por ejemplo, si uno se pregunta, qué hago si está enojado, no sé qué hacer o como manejar o ayudarla, a pesar de que es momentáneo. El miedo y la falta de comprensión del trastorno, lo veo también con unas amigas.

Yo estoy en un ambiente estable porque estoy con una pareja que me apoya que investiga, que está siempre pendiente, pero falta esa explicación de una forma más completa de lo que siento, porque las personas manifestamos diferentes los síntomas dependiendo de cómo somos.

Si una persona no está educada y tiene el conocimiento suficiente para entender el TLP, pueden entender mejor, pero con el TLP no se tiene idea, no se conoce de la contención del manejo que te tengo que dar, a mi no me ha pasado, pero me enojaría mucho que me dijeran estas molestias porque tienen tlp, porque independientemente del Dx Magaly también se puede enojar.

Algo por ejemplo que me pasaba con los medicamentos es que un tiempo no podía llorar, no es que no me sienta mal, no es que no pueda tener empatía, es que los medicamentos me impiden llorar, a veces puedo sentirme mal, pero no puedo llorar y eso se puede convertir en ira bastante fuerte... las personas a mi alrededor puede que no entiendan.

E. te ha pasado que dudas de tus propios juicios o emociones?

M. Sí principalmente por la ira, no es para enojarme tanto pero me siento muy enojada, en la última crisis tuve ideas paranoicas, sentía que me vigilaban que me querían hacer daño, no tenía ni siquiera argumentos para creerlo, si soy una persona inteligente, por qué no puedo resolver algo tan sencillo absurdo etc. NR la cuarentena ha sido para mí ya este año tener un tx, porque si tengo una rutina ciertos hábitos para no caer en estos síntomas, la de la semana pasada ok. Se vale, hace mucho no había pasado, pero tengo que manejarla porque puede ser como una cadenita y si es importante contrarrestar los pensamientos automáticos negativos que tengo con la realidad. A veces que sí es como un estira y afloja, me pasa seguido de aunque piense esto sé que no es real, a veces suelo preguntar mucho sobre si me ve de esta u otra manera, en esta cuarentena por ejemplo si estoy comiendo de más, si tengo el spm, si estoy más pasada de peso pero ya sé que es porque no he tenido la misma actividad y viene el pensamiento negativo de estoy gorda etc. literalmente es aferrarse a la realidad.

E. Además de los medicamentos que más te ha ayudado

M. tener una rutina, ahora he estado disfrutando más mi casa, ahora he tenido que ceder, ella está trabajando, pero ahora uno no por la cuarentena, estaba en una asociación pero renuncié y estoy viendo a unos paciente en línea y con la escuela. Me dedico a hacer la comida, y lo que hemos hecho ya cuando es tarde salimos a caminar juntas por aquí cerca y de regreso, tengo una rutina de ejercicios, cada tercer día, me encanta dormir tarde, ahora lo he hecho, pero lo disfruto. Me da miedo regresar a mis hábitos anteriores, porque tengo que levantarme temprano y eso afecta mi estado de ánimo, y eso puede ser la puerta para otros síntomas. Por eso me preocupa más el regreso y al estilo de vida de

antes, mi sueño principalmente, porque puedo dejar de comer, pero no de dormir. Yo trabajo con niños y a veces es muy estresante porque a veces me pone de malas luego a mi casa y sigo enojada hay pleitos y se repite todo, eso me da miedo, me preocupa regresar a la rutina. A mi no me ha ido tan mal, pero por el trabajo, mi tx, por el apoyo que tengo, pero otras personas creo que pueden estar pasando mal, porque hay personas que no tienen dinero para el medicamento, ni como ir a una cita con su psicólogo, llegar a un dx es a parte de cansado costoso y eso habla del ingreso económico.... Hay personas que seguro ni llegaron a tener una buena atención, a veces hay quienes pueden solo ir al seguro, les dan clonazepam y eso no les ayuda nada, y por eso me siento más favorecida. Creo que en esta pandemia la salud mental se está dejando de lado y creo que se va a venir una crisis fuerte, en este caso los TLP que no están en una situación favorecida.

E. Actualmente los medicamentos que tomas te están ayudando?

M. Sí mucho, he tenido mucha estabilidad, creo que era la dosis que tenía que tomar y lo que me gusta es hacerme el estudio de la lamotrigina para saber mi dosis exacta. Niveles séricos de lamotrigina, es un estudio de sangre que además se tarda mucho casi 4 semanas, pero ha sido un alivio, el manejo que me ha dado esta psiquiatra me ha gustado mucho, ella propuso este tx durante un año y creo que sí he tenido muy buenos resultados a pesar de los sx o efectos secundarios que pueda tener, no han sido tan fuertes, solo ciertos moretes al inicio, ha sido más la cuestión emocional porque me siento incapacitada para llorar, antes era muy sensible, pero ahora pueden pasar meses sin poder llorar, eso es complicado de entender, pero he tenido también en lo sexual efectos como me cuesta más llegar al orgasmo y he sido muy afortunada porque mi pareja lo entiende. Ayer note que la comida no me sabía igual, no me saben tanto los alimentos, pero también es por la lamotrigina, el aumento de peso, eso me ha costado mucho trabajo, pero cuido mi alimentación, no es tan mala, aunque estos días sí me he descuidado un poco. Eso me ha costado más aceptar, pero creo que no me ha ido tan mal...

E. Si pudieras dar alguna sugerencia además del tx psiquiátrico qué más sugerirías

M. La aceptación, la tolerancia hacia uno mismo, aceptar que tienes algo, no usarlo como justificación, porque hay que diferenciar si una persona realmente me hace enojar todos tenemos derecho a eso, pero no hacer algo y decir es que tengo tLP, por ejemplo hay quienes preguntaban en el grupo si alguien tenía el retiro por discapacidad, y eso me parece que no está bien, primero aquí en México eso nunca va a pasar, pero por otro lado no me parece positivo, porque sí tienes que poner de tu parte, tiene que haber un esfuerzo a veces titánico para asimilar y no justificarse con esta situación, si es una respuesta ciertas cosas que yo no entendía de mí, pero no quiero limitarme e incapacitarme para no hacer las cosas por mí misma, el tx es necesario pero no indispensable, es recomendable que de cada quien busque pasatiempos estrategias para nivelar esos estados de ánimo, grupos de apoyo de gente cercana que conozca el trastorno las respuestas que le puedes dar, el buscar un medio para tener algo así como un diario o una línea de tiempo, a mí me gustaba escribir, ahora ya no lo hago tanto, pero ahora dibujo y me ha funcionado muy bien, me ha ayudado hacer una línea de tiempo, comienzo de lo general a lo particular, mi pareja ya sabe que cuando me pongo a dibujar tiene que darme tiempo y después veo el dibujo y me pongo a verlo para identificar cuando me siento mal, observada cuando ya viene el demonio acercándose, le comienzo a poner cara, lo comienzo a identificar y a conocer, a veces el verlo más continuamente, ya lo manejo mejor y ya no te sacas de onda. Cuando necesito comenzar a tener cierta contención agarro mi carpeta veo mis dibujos que son mis estados de ánimo y me pongo a recordarlos, me ha funcionado y creo que es importante que uno tenga un medio para explicarle a los demás, pero también comprenderse. Aquí no importa la calidad y la cantidad sino la confianza en las personas hay que buscar un grupo seguro de apoyo, por ejemplo yo tengo unas amigas y sé que no todas me van a entender, pero sé quienes pueden ser más pacientes, comienzo a identificar en las personas sus habilidades y así voy con quien necesito, si necesito que me

escuchen me de contención o solo pasarla bien, ya sé con quienes ir, y eso es importante para no depositar todo en una sola persona.

E. Algún momento te has sentido rechazada por buscar ayuda?

M. No, Afortunadamente mis amigas son psicólogas y me apoyan me ayudan y la que si me preocupa es mi mamá, porque creo que ella no entiende bien. Es también saber dar los mensajes correctos para que las personas me entiendan, cuando me dieron el diagnóstico les dije a mis amigas ya me dieron el dx y tengo TLP y les comunico cuando no tengo buenos días y lo entienden mejor. Hay algunas amigas que están más al pendiente que otras, pero sé que cada una tiene cosas que hacer. A una de ellas le pedí ayuda una que está muy al pendiente y le pedí un favor cuando puedas investiga un poco más sobre el TLP, tomate un tiempo cuando puedas y me gustaría que me ayudaras a que identificaras los síntomas que yo tenía desde que estábamos en la universidad

M. Tengo un parteaguas desde los 18 años cuando me comencé a cortar, pero también el ambiente, cuando mis papas se separaron y cuando estábamos juntos no había más que sufrir por lo que pasábamos, y aguantar lo que sufríamos, a los 24 años me di cuenta de mis preferencias, siempre fui muy introvertida pero no sé que tanto era por el TLP, o porque era algo adaptativo, o el alcoholismo de mi papá, además era muy rígido. Después de los 18 se dan los ataques de pánico, depresión, etc.

E. Por qué comenzaste a cortarte?

M. Tenía problemas en casa, mi papá siempre fue muy violento con rasgos depresivos y creo que todo viene desde ahí.

E. Planeas seguir en los grupos?

M. Sí, estoy en varios, estaba considerando la opción de crear uno exclusivo en Guadalajara para crear una red de apoyo, que realmente sea algo que ayude a los demás. Puedo hacerlo solo como administradora pero estoy pensándolo bien, porque si junto a personas con tendencias suicidas, podría no tener tan buenos resultados. Pero sí podría ser una red de apoyo, tener sesiones presenciales, entre nosotros, con los familiares, pero es una idea que tengo un tanto en el aire, también por eso estoy en los grupos para estudiar la dinámica que se tiene y ver si es posible o no.

Con las publicaciones de ideación suicida sí funcionan la contención de otras personas.

Tengo esa curiosidad de ver si lo puedo hacer solo para aquí, y ver que tan sano sería. Pero no sé, si hago algo así tendría que estar comprometida y bueno, también sé que necesito estar estable, controlada y también ver qué tanto me puede afectar esa responsabilidad para ver si es posible o no es viable, así que sí voy a seguir en los grupos, para pedir o dar contención. Me gusta ver también gente de otros países, para estar al pendiente de los tratamientos que hay en otros países, etc.

## **Entrevista 02**

Fecha: 05-abril-20

Andrea Edad: 25 años

Nacionalidad: argentina

Profesión: estudiante de Artes visuales

Madre soltera

Hola... si

Decime

E—Hola, te platico. La investigación que estoy haciendo es para mi tesis de doctorado "Enfermedad Mental y sociedad: construcción de la noción de la enfermedad mental en el mundo digital".

Me enfoco especialmente en el diagnóstico de TLP y en grupos de Facebook

Para efectos formales tengo que preguntarte de nuevo:

A- Si..decime

E-- ¿aceptas participar en mi investigación?

A-- Si

E-- ¿Cómo te enteraste de que tenías TLP?

A-- Por una psiquiatra.. en realidad empecé con una depresión .. y bajo excesivo de peso. cuando tenía 16 años ..fui a la psiquiatra por un estudio q me hicieron hacer

E-- ¿Sabes de qué estudio se trata?

A-- Y ahí.. salió que tenía un neuro trasmisor .. q no ... generaba mi organismo ahí decía... justamente q el neurotransmisor. La serotonina no generaba como tenía que ser.. por eso me llevaron a la psiquiatra y ella me dio el diagnostico

E-- y ¿cómo fue para ti el proceso diagnóstico, te costó trabajo aceptarlo?

A-- y.. si.. me costó, al principio no quería tomar la medicación porque sabía q te generaba la suba de peso ... me costó mucho, no solo a mí, si no a mi familia también.

Hasta que aceptamos y hasta ahora sigo medicada

E-- ¿Cuánto tiempo exactamente llevas con medicamentos, cuáles son y en qué dosis los tomas?

A-- Llevo hace 10 años medicada. Tomaba al principio fluoxetina de 20 mg. y valcote no recuerdo cuanto en ese tiempo... después solo fluoxetina, hasta que quede embarazada. Por ese tiempo no tome nada, solo valeriana. Obviamente luego que naciera mi nena tomé otra vez fluoxetina y quetiapina me la agregaron hace poco

E-- ¿Y cómo te sentías con la valeriana?

A—No, no era lo mismo. Sentía que no me hacía efecto digamos. Realmente siento la diferencia cuando tomo o no la fluoxetina.

E-- ¿has tenido efectos secundarios por los medicamentos? De ser así, ¿cuáles han sido?

A-- Aumento de peso, nada mas.

E-- Además de estar medicada, ¿asistes a otro tipo de terapia?

A—Sí, terapia psicológica. Una vez a la semana

E-- ¿desde hace cuánto asistes, sabes qué enfoque terapeutico tiene tu psicóloga@?

A-- Ya hace más de 1 año en realidad desde chica que iba a psicólogos, pero por una cosa u otra iba cambiando. Y no ni idea qué enfoque tiene mi psicóloga de ahora.

E-- ¿Qué ha hecho que permanezcas con esta terapia durante un ya año?

A-- La verdad, siento que esta terapia de ahora me ayuda bastante al tema de tranquilizar mis ataques, cosa que en varias anteriores no me ayudaron.

E-- ¿Sientes que te ha ayudado más que los medicamentos o todo ha influido?

A—No, creo que los medicamentos me ayudaron más. Sinceramente.

E-- Y regresando un poco al tema del diagnóstico, ¿Cuándo fuiste diagnosticada tu psiquiatra te explicó todos los criterios del TLP?

A-- hace unos 9 o 8 años atrás que me diagnosticaron con TLP, solo me habían dicho que tenía trastorno de la personalidad, pero nada mas.

E-- ¿Investigaste por tu cuenta más información sobre el diagnostico?

A—Si, Yo sola investigué por internet y vi que lo mismo me pasaba a mi

E-- ¿Te sientes identificada con todos los criterios?

A—Si, así es.

E-- ¿Además del TLP, te han diagnosticado algún otro padecimiento mental?

A—No, no. Solo tlp.

E-- ¿Cuál es tu noción de la enfermedad mental en general y del TLP en particular?

A—Yo pienso que la enfermedad mental es como digamos, cualquier enfermedad, obviamente tiene sus cosas particulares y debe ser tratada, aceptada y saber llevarla por el resto de tu vida. Y del tlp es difícil porque los demás no entienden q pasa x tu cabeza. solo quien lo padece entiende que es difícil controlarlo.

E-- En algún momento, de manera consciente ¿has justificado por tener TLP algún tipo de comportamiento no deseado?

A-- Eh... no lo sé, creo que sé, pero no me di cuenta, capaz alguna vez. Según mi familia sí dicen que yo siempre me victimizo por mi enfermedad

E-- y ¿qué piensas de ello?

A—Que no, que no es así yo no me levanto pensando en molestar a todos hoy, es algo que pasa cuando me enojo, me pasa sin pensarlo. Es como que no estás en vos digamos.

E-- ¿Alguna vez te has sentido discriminada, poco escuchada o que tu testimonio no cuenta a causa del TLP?

A—No, la verdad q no, fuera de mi casa no. Dentro de mi familia solo con mi mamá.

E-- ok. ¿alguna vez, has pensado que tu trabajo correría riesgo si dijeras que tienes TLP?

A-- Si.

E-- Comúnmente ¿le cuentas a las personas de tu diagnóstico?

A—Sí.

E-- ¿En qué momentos?

A-- Solo les cuento a los de mayor confianza nada mas.

E-- te pregunto que en qué momentos has sentido que tu trabajo está en riesgo por el TLP, Si me puedes contar alguna experiencia en específico:

A-- En realidad yo estoy estudiando, hace más de 6 años y no termino de finalizar una carrera en particular porque pienso a veces que en momentos de presión que no podré afrontar la situación.

E-- Consideras que tú misma ¿has llegado a dudar de tus capacidades por causa del TLP?

A-- Si

A-- Mmm... no, soy muy impulsiva a veces, muy pocas cosas las suelo pensar y otras sí, la verdad creo que no. Discúlpame, no me se expresar muy bien. Espero que algo te ayude y

E-- ¿cuándo piensas más las cosas, has dudado de tus decisiones? Espero q algo te ayude

E-- ¡Sí, en mucho! ¿Alguna vez has dudado de tu propio juicio o percepción por causa del TLP?

A-- Y a veces si, dudo si

E-- ¿Cómo haces para disipar tus dudas?

A—y a veces quedan mis dudas y no termino haciendo eso que dude, no sé si me explico.

Y.. a veces quedan mis dudas y no termino haciendo eso q dude.no se si me explico..

Sí, entiendo.

E-- ¿a cuántos grupos de TLP en Facebook perteneces?

A-- Creo que son dos o tres.

E-- ¿Qué te llevó a buscarlos?

A-- Quería conocer gente que tenga lo mismo que yo que sepa, como es todo esto que entienda.

E-- ¿Crees que has encontrado lo que esperabas?

A—Si, la verdad que sí, es como que me siento cuando veo algunos comentarios o posteos de los grupos como identificada no me siento sola se q otros les pasa lo mismo

E-- ¿has aprendido sobre el TLP en los grupos?

A-- Si.

E-- ¿Consideras que los grupos son favorables para las personas que son diagnosticadas con TLP? Es decir, que ¿pueden encontrar contención e información válida?

A-- Si si. Yo creo que sí.

E-- ¿tu eres activa en los grupos, posteas tus estados de ánimo o crisis?

A—No, solo una vez lo hice y nada mas

E-- y ¿qué resultados obtuviste, ¿cómo te sentiste al hacerlo?

A-- No me sentí sola, me sentí bien porque sabía que otros le pasaba igual y no era solo yo la q sufría, por así decirlo.

E-- ¿Has formado amistades en los grupos?

A-- No.. no

E-- ¿Qué te ha hecho no formar amistades?

A—Eh, creo que la idea esta de que varios son de otros países, y no.

E-- ¿planeas seguir activa en los grupos?

A-- No lo sé la verdad. Esa vez que posteé algo lo hice en un momento difícil y sin razonarlo.

E-- ¿Eres parte de alguna otra comunidad virtual sobre TLP en otros espacios como Blogs u otro tipo de páginas?

A—No, solo por fase sigo algunas páginas que solo suben imágenes relacionadas a la enfermedad mental

y ya para terminar, ¿qué edad tienes ahora?

A—Tengo 22 años.

Perfecto, por mi parte es todo entonces. Muchas gracias a ti y en cuanto los resultados de mi tesis estén listos voy a publicarlos en un link para que quienes participaron y les interese puedan leerla.

Que tengas un excelente día.

### **Entrevista 3**

No asistió

Fecha 13 de mayo de 2020

### **Entrevista 4**

Fecha 13 de mayo de 2020

Silvia

Edad: 34 años Nacionalidad: mexicana. Residencia: Guadalajara.

Escolaridad: Maestría en estudios de la mujer

Ocupación: Dir. De cámaras/agente de *call center*

E—¿Cómo fue tu proceso dx, quien te dx o cómo te enteraste que tenías tlp?

Como a los 16 17 a. siempre tuve problemas emocionales, era un torbellino, entre depresiones, intentos de suicidio, etc. y nadie me tomaba en serio, pensaban que eran cosas de la adolescencia. Hasta que tuve una depresión mayor y comencé a rebotar de psiquiátrico y en psiquiátrico, me llevaron hace 4<sup>a</sup> y medio, una terapeuta con la que llevaba un proceso intermitente, ella le dijo tienen que llevarla a urgencias porque me iba a suicidar. En ese momento sentía que no podría salir, me llevaron al Fray llegamos a urgencias y me hicieron una entrevista me quisieron internar y no quise, me hicieron después de un mes una evaluación de 6 horas y me dieron el dx. No fue ningún estudio físico, todas fueron pruebas de personalidad, las pruebas tradicionales como la del vampiro que no es vampiro o quien sabe qué es... Pues llegué al lugar de personas especialistas y van muchas personas que tienen TLP y son expertos en eso, y el encargado me dijo que con la entrevista y con las pruebas era suficiente para diagnosticarme.

E—¿Tu te sientes identificada con todos los criterios de TLP?

S—Ahorita ya no me gusta pensarme así, como una persona que tiene TLP pero al inicio cuando me diagnosticaron sí me sentí identificada. En las primeras etapas, iba a una terapia donde literal te educan para decirte cómo funciona el TLP, cuales son los síntomas, etc. sí vi que me pasaba todo, me sentí muy identificada con la autodestrucción, y ahora me gusta verme mucho más allá de eso, creo que soy más cosas que el solo dx. Pero sí me ayuda para controlarme en situaciones en las que antes de entrar en crisis, me digo “tranquila, tranquila, esto no eres tú, es el tlp... respira, respira”, y eso me ayuda a calmarme. Sobre todo me ayuda con la impulsividad, porque soy muy impulsiva.

E—¿además de lo que te dijeron en estas terapias, tu investigaste por tu parte más información de lo que es el TLP, o te quedaste con lo que te dijeron en el hospital?

S—No, sí busqué. He leído muchísimo, por lo mismo en un sistema de salud pública y las primeras pláticas fueron muy instructivas, pero después yo busqué y encontré grupos de apoyo y era ver a las personas que sentían lo mismo que yo, hay muchos videos para ver cómo meditar, darte un tiempo fuera, cómo respirar, etc. Me ha ayudado mucho el saber cómo funciona mi cerebro, por ejemplo, me digo “esta es la amígdala, es la que te está diciendo que reacciones impulsivamente, y así me calmo. Sí leído buenos libros.

E—Entonces, ¿tú atribuyes los síntomas del TLP a algo meramente biológico, o consideras que hay otros factores que interactúan para que surja el diagnóstico, como lo social y lo familiar?

s—creo que sí hay una predisposición biológica, pero independientemente de eso, creo que la biología es solamente una parte, por ejemplo yo no puedo decidir qué trastorno tener, no puedo decir quiero tener mejor trastorno bipolar, porque es más tratable, esa madre solo te tomas una pastilla y ya estás, o la esquizofrenia por ejemplo creo que tienen raíces meramente biológicas, en cambio el TLP tiene mucho que ver con todos los traumas que te pasan, en mi caso fue el trauma del abandono y de la sobre protección y de ahí se desprendió un desmadre. Para mí es una combinación de muchas cosas.

E—En general ¿cuál es tu noción de enfermedad mental y en específico del TLP?

S—Pues mira sí es muy difícil pensarlo, creo que para tener una noción de algo es necesario estar dentro de, creo que el término de enfermedad como tal, está mal utilizado, sobre todo para el tlp, para otras como la esquizofrenia o la bipolaridad es claro que son enfermedades porque son puramente biológicas, pero como el TLP no, no es algo que se pueda curar con una medicina, sino que depende de muchas cosas, entonces creo que el mismo termino de enfermedad por lo menos sobre el TLP está mal. Ahora, este trastorno, puede generar enfermedades mentales como la depresión, que es una baja en la producción de serotonina y esas cosas, pero en sí misma no es enfermedad es un trastorno, creo que no es algo que se parezca, sino es algo que se vive.

EE—En todo el proceso dx viviste alguntipo de mal trato o malos diagnósticos en el gremio de especialistas?

S—Sí, ahora ya es mas visible, cuando comencé a buscar ayuda los psicólogos que yo veía al principio no estaban capacitados para poder abordar el trastorno, la ultima que me atendió era una psicoanalista que me ayudó mucho, ella no cree en los trastornos y me ayudó mucho porque lo que sí trabaja son los traumas, me ayudó mucho a superarlos y manejar mis emociones, me hacía ver que a veces yo utilizaba al tlp como pretexto y a veces sí, pero a veces creo que no, porque cuando te diagnostican si dices qué pedo, te sientes super mal y cuando te da una crisis sí llegas a pensar claro, es que pobre de mí estoy enferma, pobre de mí estoy enferma, entonces yo llegué con la psicóloga en esa etapa y ella me ayudo a salir de eso, de no estar enferma todo el tiempo, no eres tlp todo el día, lo estás utilizando para no hacerte responsable de tu vida y entendí muy bien eso. Hay personas que no buscan ayuda y no logran entenderlo, entonces justifican todo el tiempo sus comportamientos por tener TLP. Yo tuve suerte, pero creo que regresando a lo que me preguntabas, con los que me fue mal fue con los psicólogos como de atención primaria, los que están en las escuelas o los centros de salud. La verdad después tuve suerte de llegar al Fray.

E—¿Cuándo te diagnosticaron te medicaron?

s—Sí.

E-- ¿Sigues medicada?

S—No, hace un año que dejé de tomar medicamento.

E—Cuando te medicaron ¿sentiste mejoría con el medicamento?

S—Al principio no, ya la última combinación ya no tuve arranques tan violentos, pero me doparon, bajé la ira, pero estaba como ida un rato. La fluoxetina nunca me hizo efecto, nunca sentí que la depresión se fuera, por lo menos con la fluoxetina no.

E—¿Cuánto tiempo estuviste medicada?

S—Comencé por 3º 4 meses con fluoxetina y risperidona, después con el valproato que fue el que más me asentó. Me moduló el estado de ánimo, pero era el que más me dejaba como en otro mundo, con ese estuve como por un año y medio.

E—¿los efectos secundarios de los medicamentos los viviste intensamente?

S—Sí, no sé si intensamente, pero en realidad sí, en una ocasión por los efectos secundarios me hicieron ir al hospital porque me pasé de dosis, no sé si eso cuenta como efecto secundario, pero es que no fue sobre dosis, tuve como una descompensación, es que estaba medicada y me comí un pedacito de marihuana y se me juntó todo. No podía respirar entonces me tuvieron que llevar al hospital, pero la verdad es que nunca dejé de beber mientras estaba medicada, entonces es difícil saber cuáles eran efectos secundarios y cuáles no. No sé si por eso, luego estaba adormilada, tal vez ese sí era un efecto secundario.

E—¿Por qué dejaste los medicamentos?

S—por la terapia, cuando comencé la terapia con la psicoanalista, los dejé de tomar con la supervisión de ella y obviamente con la del psiquiatra, cuando llegué con ella le dije al psiquiatra, ¿sabes qué? Ya no quiero tomar la medicina, quiero seguir solo con mi terapeuta y como dicen en el Fray, los medicamentos realmente no te curan el TLP solo te ayudan a sobrellevar ciertas cosas. Entonces, seguí yendo a la terapia de grupo y a mi terapia de psicoanálisis sin tomar medicamento.

E—Y ¿cómo te has sentido a partir de entonces?

S—Todo bien, hasta que me cambié y me vine a vivir a Jalisco por Vallarta, estaba en CDMx, estaba bien, pero comencé a tener crisis como por septiembre y literal dejé mi trabajo y ahora estoy tratando de actuar de manera adulta y responsable, pero creo que ya me voy a regresar a CDMx para retomar mi terapia, no fue por la falta de medicamentos que me haya puesto mal, sino por que dejé la terapia, y es ahí donde creo que el sistema de salud pública está muy mal, sobre todo en provincia, aquí no hay psicólogos que sepan bien como tratar el Tlp y en el sistema público mucho menos y los psiquiatras o psicólogos particulares son carísimos, entonces no he tenido la oportunidad de tener acceso a una terapia para poder tratarme.

E—¿Qué dosis tomabas de medicamentos?

S—Valproato de 500 1 x la mañana y otra en la noche. Fluoxetina de 100mg. 4 dos en la mañana, dos en la tarde y otra en la noche ya no y risperidona no recuerdo creo que era de dos o 5mg una en la noche.

E—¿Qué te motivó a entrar a los grupos de Facebook, qué expectativas tenías?

S—Es que vas por la vida real conociendo un chingo de gente que les platicas y te dicen sí te entiendo, pero cuando te da una crisis no, no te entienden. Mi expectativa era encontrarme con gente que cuando me leyera supiera lo que me estaba pasando, que cuando yo les contara dijeran “claro, sí yo también y cuando me pasa eso yo también me siento así”. Bueno, también tengo que decir que a veces si es contraproducente, porque luego hay muchos gatillos por ahí, porque a veces la gente que entra en crisis y publican cosas de “ya me voy a morir” o cosas así, de repente ay, eso sí no ayuda, da para abajo, en realidad por eso me salí de varios grupos, pero hay uno que otro que buscan que más que tirarse al drama, comparten mas tips y yo misma he llegado a poster algunas cosas, ,de hecho tengo una pagina de vivir con TLP tengo una publicación que tiene como 9000 y algo de comentarios porque la publicación la hice en un momento que me sentía muy mal y hablé sobre eso y de cómo nos sentimos los que tenemos TLP y creo que en realidad eso es necesario que en realidad sentir que la gente te entiende, no sentirse criticado.

E—¿Se cumplieron tus expectativas?

S—No entre con muchas, pero ahora siento que ha sido bueno.

E—¿Crees que a las personas les puede servir la contención que dan en estos grupos?

S—Hasta cierto punto, a mi me ha tocado darles contención a una o dos personas, y me ha tocado recibirla también de dos personas completamente desconocidas, creo que en el momento de crisis, para que te digan ¡wey no te mates! en ese momento creo que sí sirve.

E—¿Sientes que has aprendido algo en los grupos?

S—De hecho, hoy postearon un test de múltiples personalidades y jaja... a todos nos salió lo mismo, que teníamos múltiples personalidades, pero en eso alguien postea, miren a una amiga le salió esto y todos no mames eso es bien real, entonces creo que aprendemos de las cosas que vivimos todos y de cómo nos sentimos, de un miembro en específico no, no tengo amigos que hayan salido de los grupos, por ejemplo. Bueno, estoy en grupo de WhatsApp pero siento que de repente soy muy mala para hacer amistades, muy mala para mantener el contacto y creo que por eso no se ha dado.

E—Me decías que además de estos grupos tienes tu propia página, cuéntame cómo te va con ella:

S—Se llama vivir con TLP y no lo hago para socializar, lo hago para postear de vez en cuando cosas que son como muy de adentro y creo que me ha ido bien, tengo una publicación que es extremadamente famosa, la que te conté de casi 9000 comentarios y likes. Así varias de mis publicaciones, tengo gente que me sigue y me lee seguido. Y lo hago cada que me da sentimiento es una especie de autocontención.

E—Alguna vez por causa del TLP, ¿han devaluado tu opinión sobre algo?

S—¿Que me haya sentido discriminada? Sí, no sé exactamente si por mi diagnóstico, pero en algún momento se dieron cuenta que tenía algo, en realidad fue mi jefe en el trabajo anterior, de hecho, fue una de las razones por las que terminé renunciando.

E—Me podrías platicar ¿qué pasó?

S—Sí. Cuando llegué aquí a Vallarta, entre a trabajar a ese lugar como camarógrafa, después en dos meses me ascendieron al puesto de directora de cámaras y el chavo que era mi jefe, que es 4 años menor que yo, se dio cuenta que tenía una enfermedad psiquiátrica porque en algún momento quise seguir con mi tratamiento aquí y traté de ir al único centro de salud que hay en Vallarta para tratar enfermedades psiquiátricas, que no sé bien como se llama, y tuve que pedir permiso para salir, y para eso tuve que mostrarle mis recetas del Fray y con eso el wey supo, y de ahí se agarró para manipular ciertas cosas, para quedar bien él y ponerme en mal a mí, porque tenía miedo que le quitara su chamba al wey. A partir de ahí, todo lo que yo opinaba, todo lo que no me parecía del trabajo y lo expresaba, me decía delante de todos, ya cálmate, son tus emociones, todo el tiempo achacando las cosas a mi diagnóstico, y llegó el momento en que eso ya no me gustó que me hiciera menos por eso y pues dije, ya, váyanse a la verga y así.

E—En algún otro momento además de esta situación ¿has vivido algo similar?

S—No, porque antes de venir a Vallarta no era público que yo tuviera tlp, ahora ya soy mas abierta, pero antes no se lo decía a nadie. Ahora lo digo porque creo que tener este diagnostico no tiene por qué ser algo malo, por lo que te discriminan, a veces me dicen, “wey no se lo digas a todo el mundo” pero en realidad procuro decirlo a las personas de mi círculo cercano. Por ejemplo, con mi jefe actual, no pienso decirle “wey tengo una enfermedad psiquiátrica”, no, pero si sale al tema pues ya le diré, pero como algo muy casual y si me pregunta de qué trata, pues le diré de esto... Y sobre todo con la gente con la que comencé a ser más cercana aquí, porque quiero hacer relaciones diferentes y traté de ser muy honesta y decir “sabes qué, tengo esto, a veces me pasa así, cuando pase esto otro dame tiempo, no es adrede, se los dije así desde hace un mes, a una chica en especial, se lo dije mil veces, y es ahí donde te das cuenta que la gente no te entiende, te escuchan pero no te entienden. Tuve un conflicto con dos personas aquí, me dijeron es que te comportaste de tal manera, les dije: pero les advertí que estaba en crisis y me di

cuenta que no entendieron... me siento mal y me siento culpable pero en general la gente no entiende.

E—¿Alguna vez tu misma has llegado a cuestionar tus decisiones u opiniones por causa del dx?

S—Sí claro, muchas veces. Tenemos una característica del tlp, que muchas veces pensamos en retrospectiva y muchas veces eso te hace sentir culpable, y obviamente, todas las decisiones que he tomado en mi vida ha sido como “no mames”, me han costado mucho porque siempre pienso y si hubiese hecho esto, el otro o aquello... ahorita precisamente estoy en una disyuntiva de me regreso o no me regreso, me regreso o no me regreso y voy y vengo, y hay días en los que ni duermo pensando “que tal si nada más estaba huyendo, pero si cuando me vine también, y así”, siento que ahorita no tengo muchas herramientas par distinguir unas ideas de las otras, si me está costando mucho decidir, sobre todo por la pandemia. Pero creo que lo mejor que puedo hacer en este momento es regresar a mi casa, regresar a CDMx, reiniciar mi tratamiento y si me quiero volver a ir pues ya el tiempo dirá. Igual por esto de la pandemia todos tenemos que empezar de cero, nos puso a todos en una situación muy similar.

E—¿Qué otras cosas crees que te ayudan además de los medicamentos y la terapia, para generar una situación de bienestar?

s—escribir, sobre todo eso. Dormir la mente y ver series, entre escribir y respirar y ver series, no de las que te hacen pensar, sino las tontas, sino la de grays anatomy o de policías y así.

E—Si pudieras darle un consejo a alguien que acaba de recibir el dx ¿qué le dirías?

S—Que se eduque mucho, que lea todo lo que hay que leer sobre el tlp, es saber, si esa persona que es porque no es una persona mierda que le va mal, sino que su cerebro actúa de tal manera que lo lleva a hacer cosas destructivas eso seguramente le va a ayudar mucho, por lo menos eso funcionó para mí, la información. Mientras más informados estemos mejor. Además, y sobre todo que no se guarde, que no se calle, que le diga a toda la gente que tiene alrededor qué es lo que tiene, la gente que realidad lo quiere escuchar y entender se van a quedar, lo demás sobran.

E—¿consideras que la voluntad de cada uno ayuda para gestionar las crisis o estados emocionales?

S—mmm... no creo que nosotros elijamos sentirnos mal, lo que si creo es que si no Te voy a poner un ejemplo, yo no quería gritarle a la chava con la que tuve el conflicto, una parte de mi me decía, ya cállate wey ya cállate, pero no podía. Ahí no estaba actuando mi voluntad, ya después me sentí mal, hablé con ella, le expliqué le dije cómo fueron las cosas, le pedí una disculpa le dije así y así... es que mi cerebro está así así y así... ahorita tengo este rato así así y así... ¿sabes? Estoy intentando cambiarlo y cada vez que sentía muy intenso, paraba y me decía, respira, respira no lo digas. Yo creo que es una batalla ¿sabes? Y de 10 peleas vas a perder 3, pero perder 3 que sí peleaste, o dejarte perder las 10 sin hacer nada, ¿me explico? Siempre habrá cosas que no podemos controlar, pero si no estás dispuesto a cambiar para bien, nunca vas a mejorar. Es como un señor que tiene mal la cadera pero que le recomiendan que camine y si no lo hace va a empeorar, eso es una cosa real la cadera no le funciona, y si no hace nada y nunca tuvo la voluntad de levantarse y estar mejor, pues no va a mejorar, es lo mismo.

E-- ¿has tenido problemas de pareja o con amigos muy frecuentes por el TLP?

S—Por las cuestiones que general el tlp sí. Mi ex novia el amor de mi vida, me dejó cuando se enteró que me diagnosticaron, ella fue la que más me dolió. En cuanto me diagnosticaron cambió por completo la perspectiva que tenía de mí, sentí que ya no me veía igual. Creo que en su caso y tratando de justificarla un poco es que ella también tenía pedos, porque tenía depresión y seguramente pensó no, ya esto es demasiado. Creo que en su caso no era discriminación, sino tiene que ve con un trauma.

E—regresando un poco al dx ¿has sido diagnosticada con otra cosa?

S—No, nunca me habían considerado caso psiquiátrico, ya en el psiquiátrico me diagnosticaron con TDHA, pero eso sí no tengo, todo lo contrario, con eso no tengo problema.

E—¿Como te ha impactado el covid y el confinamiento?

S—Creo que es muy generalizado, a mi me ayudo, me hizo poner a la gente en el mismo lugar, me sentía en desventaja y al ver que todos tienen que comenzar de nuevo, me ha puesto en otra postura que a huevo, me siento muy bien, creo que ahora que estoy sola, me he sentido muy bien, seguro que algunos sí les ha pegado, pero a mi me ha venido muy bien.

E—¿Quisieras agregar algo que creas que sea importante?

S—Creo que hay otra página que te recomiendo “mi vida como border” te la recomiendo mucho, tiene unos videos muy buenos, me han ayudado a entender que lo mejor que puedes hacer es sentarte con la gente y ponerles las catas sobre la mesa y si te late seguimos siendo amigos y si no, no hay pedo. Creo que la información es lo mejor.

E—Muchas gracias, te deseo lo mejor en este confinamiento.

S—Ahí luego me dejas leer tu tesis. Si quieres publicar cosas de mi página y así, puedes hacerlo sin bronca.

## **Entrevista 05**

Fecha: 05 de junio 2020

Paul Edad: 38 años.

Nacionalidad: mexicana. Residencia: Guadalajara

E—¿cómo fue tu proceso diagnóstico, me puedes platicar sobre eso?

P—En realidad tengo poco tiempo con el diagnóstico, hace tres meses me lo dijeron. Desde mi adolescencia era impulsivo, agresivo e inestable. Eso siempre me trajo muchos problemas laborales, no permanecía tanto tiempo en los trabajos, me desesperaba la rutina. Estuve casado durante 13 años pero me divorcié hace tres por violencia intrafamiliar, tengo que confesarlo honestamente, sí llegué a golpear a mi esposa. Me arrepiento mucho de eso. La verdad, estaba tan mal en ese tiempo, que llegué a meterme con el crimen organizado, vivía en la sierra a donde conocí a mi esposa que es bióloga y estaba haciendo una investigación, nos casamos, yo la quería mucho, dicen que quienes tenemos este diagnóstico nos entregamos demasiado y sí, yo eso sentía, pero mi impulsividad lo hecho todo a perder.

Después de separarme me recluyeron 7 meses en un anexo para trabajar con la violencia, en realidad es como si fuera una cárcel, el lema de ellos es destruirte para volverte a construir, es un centro privado y uno paga para eso, pero yo casi que no aguanto, es muy duro, te tratan muy mal, dormía en un colchón individual, super incómodo, nos tienen en una especie de sometimiento, pero en realidad yo vi que la mayoría estaba ahí por el alcohol y el alcohol no es mi problema. Pedí que me sacaran de ahí y me llevaron a otro centro que es más como oceánica, se llama “Casa Lúa”, ahí traté de aprovechar todo, mi terapia y sacarle todo el provecho posible. Al salir me fui a Puerto Vallarta, los terapeutas me dijeron que me recomendaban no tener pareja por el momento, pero al mes, estando en Vallarta conocí a una chica con la que otra vez me destrampé, ella era más joven y le gustaba mucho la fiesta y pues yo pues la seguía, fui muy irresponsable en ese tiempo, estuve con ella durante dos años, y la verdad yo ya no quería esa vida, pero con ella nunca hubiera podido alejarme de los vicios. Así que la tuve que terminar, me costó mucho trabajo pero no podía seguir así. Conocí entonces a una venezolana que no me gustaba mucho pero era más tranquila, yo no le puse mucho interés a esa relación pero ella sí estaba muy emocionada, se enamoró mucho de mí y antes de navidad me dijo que estaba embarazada. A partir de eso, ella cambió totalmente conmigo, se volvió más fría, y me dejó estando embarazada y ahí literalmente conocí la locura, porque me puse muy mal, porque

ya me había hecho ilusiones de ser padre y ella se fue así de la nada para no volver y sufrí mucho por perderla y a mi hijo o hija no sé. Terminé renunciando a mi trabajo y mi familia me pide que me regrese a Guadalajara, y estando ahí, me llevaron otra vez al médico, me hicieron unos estudios, un mapeo cerebral, resonancia magnética, de todo, pero estaba bien, no salió nada y me mandaron con el psiquiatra.

En la primera consulta con el psiquiatra me dijo que tenía TLP y me dijo que tengo que depender de los medicamentos y estar en terapia toda la vida.

E—¿Qué medicamentos tomas actualmente?

P—Estoy tomando Alprazolam, Quetiapina y bupropión (que es el buprobión -antidepresivo).

E—¿cómo te has sentido con los medicamentos?

P—La verdad soy otra persona desde que los tomo [a pesar de que lleva solo un par de meses medicado]. Estoy leyendo un chingo de libros, estoy corriendo una hora al día y estoy siendo super constante con los medicamentos. Me preocupa que se termine el confinamiento, volver a la normalidad y retomar mi vida, porque retomar las responsabilidades, volver a trabajar y esas cosas me da mucho miedo que el estrés nuevamente me desencadene todo. Ahora estoy muy bien, aunque es la primera vez desde hace mucho tiempo que estoy dependiendo totalmente de alguien, estoy en casa de mis papás y la verdad es que no hago nada más que cuidarme, leer, y ellos me dan mi espacio, no se meten conmigo para nada.

E—¿Qué te hace pensar que los medicamentos te están ayudando a hacer todo lo que ahora estás haciendo?

P—En realidad, hace poco me di cuenta que aún no me controlo del todo, tuve un ataque de impulsividad hace unas semanas, se sucitó un problema, me habló mi ex y no me quiso decir dónde está y me puse a gritarle muy descontrolado, entonces no sé si sean los medicamentos o no, pero sí noto que por lo menos estoy haciendo cosas distintas, que nunca había hecho.

E—¿Te sientes identificado con todos los criterios de TLP?

P—La verdad no del todo, en la impulsividad sí, pero no con todo. Estando en los grupos de Facebook me doy cuenta que también hay niveles, yo por ejemplo, nunca he querido suicidarme, ni me he cortado nunca, en mi caso lo más difícil de controlar ha sido la impulsividad y la inestabilidad.

E—¿A qué causas le atribuyes el desarrollo del tlp en tu caso?

P—todo tiene su raíz en la infancia y la adolescencia, aunque en mi caso la verdad no dudo que mi papá también lo tenga, él es muy irritante y suele ser muy hiriente. Yo sufrí violencia intrafamiliar y lo que yo creo que más me traumó es que a los 11 años, murió mi hermanito ahogado en la alberca de mi casa. Fue muy difícil para mí, yo era más chico que él y de alguna manera siempre me sentí culpable de que él muriera y no yo...

E—¿Recibiste algún tipo de apoyo para trabajar la pérdida de tu hermano?

P—No, para nada. Nadie me decía nada, pensaban que yo no entendía. Fue algo que tuve que enfrentar solo, yo creo que eso también me ha afectado mucho. Era mi único hermano y éramos muy cercanos.

E—¿A qué edad comenzaste a sentir que necesitabas ayuda?

P—Desde hace poco en realidad, la verdad es que siempre entre el relajó, las drogas un poco el alcohol, los malos amigos, nunca me había puesto a pensar que necesitaba ayuda. Pero cuando pasó lo de mi ex-esposa me di cuenta que algo no estaba bien en mi y fue hasta entonces que pedí ayuda y mi familia me llevó a este centro que te dije.

E—¿Desde que te enteraste a la fecha le has contado a tus personas cercanas que tienes TLP?

P—No, ahora estoy saliendo con una chica por ejemplo que me importa mucho, pero no quiero decirle, sólo saben mis papás y nada más.

E—¿Por qué no contarle?

P—Tengo miedo de que la gente no entienda, por ejemplo, esta chica no sé, me gusta mucho y no me gustaría que me dejara por eso. En realidad, creo que este diagnóstico tiene sus partes bonitas, en el amor, por ejemplo, uno siente con más intensidad. Además, creo que este padecimiento tiene mucho que ver con la inteligencia emocional, no tanto una enfermedad. Creo que si me hubieran puesto atención desde antes no estaría como estoy.

E—¿Cómo te sientes en tu terapia actual?

P—Solo he visto en dos ocasiones a mi psiquiatra por lo del covid, pero no me he sentido bien con ella, me sentía un poco mejor con la del centro de rehabilitación, pero tampoco la vi mucho, por ejemplo, ahí tenían medicados a todos menos a mí, quisiera pedir otra opinión, porque quisiera dejar de tomar los medicamentos, no quiero depender de ellos de por vida como me dijeron. Quiero buscar una ayuda más profunda.

E—Ya casi para terminar, ¿cómo fue que llegaste a los grupos de Facebook?

P—Buscando información sobre qué es el TLP, vi que había grupos y estoy en varios.

E—¿Consideras que estar en los grupos te ha beneficiado o que has aprendido más sobre el TLP?

P—Sí, sobre todo, como te decía he aprendido que hay niveles de TLP, eso a veces me da esperanza porque cuando leo lo que publican otros, me siento más optimista con lo que me pasa a mí.

E—¿En algún momento has dado o recibido contención por parte de miembros del grupo?

P—No, casi no publico nada, pero si veo que a las personas que dicen que se van a matar o así, la gente les responde mucho y creo que sí les sirve.

E—¿Planeas seguir como parte de los grupos de TLP?

P—Sí, creo que son una buena herramienta, sobre todo en uno que estoy que se llama TLP México, creo que ahí la gente sube cosas útiles, de otros realmente estoy pensando salirme porque no ayudan mucho.

E—¿Algo más que deseas agregar o que creas que sea importante?

P—No, mucha suerte con tu investigación, espero haber sido de ayuda.

E—Sí, muchas gracias.

## **Entrevista 06**

Fecha: 06 de junio 2020

Ketty. Edad: 33 años

Profesión: Maestra de preescolar. Nacionalidad: peruana.

E—Kenny pláticame ¿a qué edad te diagnosticaron con TLP y cómo fue el proceso de diagnóstico?

K—Tener una enfermedad mental es muy difícil, porque la gente no te entiende. Por lo menos aquí en Perú está todavía muy rezagado el tema de las enfermedades mentales. Me diagnosticaron a los 21 años, después de dos intentos de suicidio y de estar internada en un hospital psiquiátrico. Fui diagnosticada por un psiquiatra del hospital y tomé muchos medicamentos, muchos y me fue muy mal con ellos, me ponían peor. Decidí dejarlos muy pronto y hacerme cargo de mí, comencé una terapia y hacerme responsable.

Porque no quiero nunca volver al hospital donde estuve internada, todo fue pésimo. Me internaron a la fuerza y cuando el psiquiatra dijo que ya me iba de alta, el día que tenía que salir, no estaba mi psiquiatra y los residentes no me dejaron salir y la verdad es que sí me alteré porque yo quería irme y en lugar de eso me aislaron hasta los dos días que llegó mi psiquiatra tratante, de hecho les llamó la atención porque él dijo que no tenía nada que hacer ahí.

El proceso ha sido muy largo y duro, pasaron muchas cosas, cuando tenía 14 años me secuestraron y me violaron, después de eso mi papá nos abandonó y a los 19 años que siento que ahí se detonó todo yo estaba en una relación muy buena con un chico y falleció,

a partir de ese momento ya nada fue igual para mí, entré en una depresión muy fuerte, me diagnosticaron depresión, trastorno de ansiedad generalizada y a los 21 años TLP. El diagnóstico me dio mucha ansiedad, desde que me pasó lo del secuestro comencé a ir con psicólogos, pero enterarme que tenía TLP fue muy duro porque aquí en donde vivo todavía hay un gran estigma sobre eso, ya con los años lo he asumido y lo he aprendido a visibilizar.

He estado en muchos tipos de terapias psicológicas y el que más me ha ayudado es el coaching, una de las entrenadoras fue mi psicóloga y me ayudó mucho a sacar mis emociones que no había podido expresar antes. A través de eso he logrado aceptarme y dejé de estarme quejando y conformando. El coaching es por etapas, en la primera parte del entrenamiento te ayudan a romper falsas creencias, a cambiar tu mente prácticamente, en la segunda te ayudan a enfrentarte contigo mismo, sacar todas las emociones y a aceptarlas, te llevan a hacerte responsable de tus acciones y a aceptar que “las cosas solo son, las acciones son eventos neutros”. En un tercer nivel, ya uno tiene que plantearse metas y cumplirlas. Todo eso me ayudó mucho, ahora ya estoy con otro terapeuta.

E—¿Sueles decirles a las personas cercanas que tienes tlp, o en tu trabajo?

K—En el trabajo nunca lo digo abiertamente, algunas personas saben que estoy en terapia, pero no saben por qué ni nada, y bueno no me han discriminado porque tampoco lo he permitido.

Con mis amistades más cercanas a veces si se han quejado de mí porque creo no entienden bien el trastorno, de hecho, con mi ex esposo tuve problemas porque me prohibía ir a terapia y tomar mis pastillas, él era muy violento, a veces me golpeaba hasta que decidí que no más y comencé el coaching. Mi pareja actual es muy diferente, él tiene una hermana con TLP y creo que eso le ayuda a entenderme más, porque sabe cómo funciona, entonces no me presiona y cuando detecta que voy a tener una crisis me apoya mucho más fácil.

E—¿En algún momento has dudado de tus decisiones o capacidades por causa del TLP?

K—En general, creo que soy muy capaz y muy inteligente, pero a veces ¡fun! Ya no me siento así y comienzo el autosabotaje. Pero afortunadamente, muchas personas me siguen y eso me ha ayudado a no dejarme caer.

E—Cuéntame ¿cómo llegaste a los grupos de Facebook, sientes que te han ayudado, que has aprendido más sobre el tlp en ellos?

K—Entré al principio por inquietud de saber más sobre mi condición y por curiosidad, no fue Facebook solamente, también me hice miembro de blogs para saber experiencias de otras personas, lo que sí no he hecho es leer tanto textos sobre el tlp, me ha gustado más saber sobre experiencias de otras personas, de cómo viven y como manejan sus síntomas. Pertenezco a varios grupos, algunos son de ansiedad y otros de fibromialgia, porque también me diagnosticaron con eso, siento que, con el tlp, son cosas puramente emocionales las que se comparten en los grupos. Eso me hace sentir muy identificada con otros, y con el diagnóstico. Una cosa que identifico en los grupos es que me han servido para controlarme mucho, controlar y manejar mis emociones. Muchos me dicen que no me ven como TLP, porque suelo ser muy tranquila regularmente, pero no saben que es porque ahora tomo acciones para poder controlarlo, antes me dejaba que mi condición me dominara, ahora yo la domino. Trato de estar al mando de lo que está sucediendo en mi vida, me ayuda mucho hablar con mi psicólogo, mi psiquiatra y les pido consejo, les pregunto a veces qué hago para manejar tal situación y suavizar las cosas.

E—¿Alguna vez en los grupos te han dado contención o tú has apoyado a otros miembros?

K—Más bien yo doy contención, alguna vez si llegue a tenerla, sobre todo en el grupo de Colectivo TLP, me tuve que salir de ese grupo porque ahí estaba la hermana de mi novio que también tiene TLP, ella siente que por mí su hermano la ha abandonado, preferí alejarme un poco de ella y que no sintiera que invado sus espacios. Pero creo que es un

grupo muy bueno, siento que ahí la mayoría de los que están tratan de ayudarse siempre, creo que en otros grupos falta madurez.

E—¿Planeas seguir participando en los grupos de Facebook?

K—Sí, para mí es muy importante seguir activa en ellos y ayudar a quien pueda.

E—¿Me decías que decidiste no medicarte más, me puedes contar qué pasó?

K—Sí, no quise seguir más, las pastillas me ponían muy mal, sobre todo la fluoxetina, nunca sentí que disminuyera mi depresión, todo lo contrario, no podía sacar de mi mente la idea de morir, era como una idea obsesiva y lo que me ayudó realmente fue la terapia, solo con eso pude dejar de pensar en la muerte. Ahora solo de vez en cuando tomo unas pastillas para dormir, pero lo evito mucho, prefiero tomar otras cosas más naturales, como té y cosas así, las pastillas las llevo a tomar solo cuando veo que ya pasan horas sin poder dormir, pero es muy esporádico.

E—¿A qué tipo de causas le atribuyes el desarrollo del TLP?

K—Creo que la familia es un 40%, lo social un 30% y lo biológico quizá el otro 30%.

E—Ya para terminar, cuéntame ¿cómo has vivido este periodo de confinamiento por el covid?

K—Difícil a nivel económico porque mi negocio es de rentar habitaciones, y ahora no hay muchos clientes, los primeros días estaba viviendo en un lugar poco ventilado, con unas ventanas muy pequeñas, en donde al principio estaba bien porque solo llegaba a dormir, pero con el confinamiento todo cambió porque tenía que estar todo el día en casa y no soporté estar tan encerrada en un lugar que ni la luz natural entraba y me comenzó a dar mucha ansiedad, así que decidí cambiarme de casa y estoy muy bien, en mejores condiciones y con lo necesario para sobrevivir, tengo una computadora para trabajar, una tv para distraerme y es un lugar con ventanas grandes y me gusta mucho más. Así que la paso bien.

## **Entrevista 07**

Fecha: 06 de junio 2020

Giordano. Edad: 26 años.

Profesión: Lic. Pedagogía.

Nacionalidad: mexicana. Residencia: Estado de México

E—G. cuéntame cómo fue el proceso diagnóstico, a qué edad te diagnosticaron y cómo viviste el proceso:

G—El proceso fue largo, estuve viendo años y años a un psiquiatra que me trataba por trastorno de ansiedad generalizada, asperger y bipolaridad y hasta apenas dos años atrás me dijeron que tengo TLP. En realidad he estado muy acostumbrado a los psiquiatras, porque desde los 15 años he ido con ellos, desde pequeño era muy aislado, de pocos amigos y me sentía deprimido pero no sabía qué era, en la escuela las personas me atacaban porque era muy retraído. Muchos psiquiatras me han dicho que soy un caso perdido porque no pongo de mi parte, trato de explicarles pero cuando no veo su interés, me cambio de psiquiatra, en realidad creo que nunca he hecho clic con ninguno, creo que nunca he profundizado en nada y luego siento que no vale la pena.

E—¿Has estado en psicoterapia que no sea con psiquiatras sino con terapeutas?

G—Lo he pensado pero la verdad no.

E—Actualmente ¿tomas medicamentos psiquiátricos?

G—Sí, Tomo sertralina y quetiapina, pero desde hace 8 años he pasado por muchos medicamentos.

E—¿Cómo te has sentido con los medicamentos?

G—Pues los que estoy tomando ahorita creo que me dan más control, antes tenían que cambiarlos porque los efectos no me dejaban hacer casi nada. Por lo menos con estos medicamentos puedo controlar mejor mis crisis, eso ha sido muy difícil para mí, intentar

mejorara en crisis sin medicamentos ha sido imposible, solo pienso en matarme y beber, pero pasa el tiempo y pasa la crisis, después en algún momento llega alguna.

E—¿Sueles decirle a las personas que estás diagnosticado?

G—No, solo lo saben mi familia y mi novia, nadie más. Por lo regular la gente es muy ignorante y solo juzgan, aún hay muchos prejuicios sobre la enfermedad mental, así que evito decirlo, nunca lo hago en realidad.

E—¿Alguna vez te has sentido discriminado a casusa de tu dx por las personas que lo saben?

G—No, siento que mi familia me apoya, aunque no lo entiendan bien, mi novia también. Además, yo siempre intento que las personas a mi alrededor se sientan contentas y cómodas. A veces, lo que sí he sentido es que sí dudan de lo que digo, y tratan de verificar que sea cierto, pero eso es por las alucinaciones y los delirios. Aunque nunca he perdido la consciencia sé identificar la realidad de los sueños y reconozco cuando tengo alguna alucinación.

E—¿Le has contado a los psiquiatras sobre las alucinaciones y delirios?

G—Sí, alguna vez. Fue cuando me diagnosticaron trastorno bipolar, pero después me dijeron que no era eso sino TLP.

E—¿Alguna vez te han realizado algún tipo de estudio físico para diagnosticarte?

G—Hace unos meses me hicieron una tomografía, pero no salió nada, parece que todo bien con mi cerebro.

E—¿Qué ha representado para ti tener tlp?

G—En realidad para mi tener tlp no representa algo malo, se sufre, pero me parece bastante interesante saber qué es lo que pasa por mi cabeza y poderlo entender, porque tengo el ego bastante grande, me gusta mucho leer, casi todo lo que pasa por mis manos.

E—¿Has leído textos o información sobre el TLP?

G—Casi no la verdad, he leído algunos, pero entiendo mejor cuando los médicos me explican, se lo dejo a ellos.

E—¿A qué causas le atribuyes el desarrollo del tlp en tu caso?

G—es difícil decirlo, y ame hicieron estudios y pues parece que no es por ahí, yo creo que es más social y familiar o quizá tiene un poco de todo. En mi caso tal vez fue por el alcoholismo que se intensificó, comencé a beber en la secundaria y he tenido periodos muy fuertes en los que mi vida ha sido muy decadente, de llegar a dormir en la calle todo borracho, hasta que me internaron. Ahora me da mucho miedo salir a los espacios abiertos, tengo que ir acompañado, así que el confinamiento me ha venido bien porque no tengo que salir de casa.

E—¿Qué es lo que ha hecho que estés estable en este momento?

G—No lo sé, he sido más constante con los medicamentos creo y he dejado el alcohol un poco. La verdad es que han sido contados mis periodos de estabilidad, creo que mi novia me ayuda mucho, he tenido relaciones muy tóxicas de mi parte obviamente, soy supremamente celoso y termino haciendo cosas de las que no me siento orgulloso como ponerme violento por ejemplo, a veces las he llegado a seguir, porque creo que me están engañando y ellas se terminan fastidiando.

E—¿Con tu novia actual te sucede lo mismo?

G—Aún no, llevamos poco tiempo y me he sentido muy tranquilo, creo que su carácter me ayuda mucho me da mucha seguridad, espero no arruinar todo nuevamente con ella, me gusta mucho en realidad. Además, le he hablado con claridad desde el principio de quien soy, de lo que tengo y eso hace que ella lo pueda gestionar mejor, creo que lo ha entendido.

E—¿Cómo llegaste a los grupos de Facebook, por qué entraste?

G—Me parece interesante saber cómo lo pasan las personas, en realidad solo por eso entré, no busco para nada ayuda ahí, yo nunca pondría un post por ejemplo, como lo hacen otras personas.

E—¿Alguna vez tu has ayudado a una persona?

G—Solamente una vez, una chica que puso que se quería suicidar, hablé con ella por inbox y creo que la ayude, pero no sé ya no seguimos hablando después, pero en ese momento por lo menos sí se calmó.

E—¿Sientes que has aprendido cosas nuevas sobre el tlp en los grupos?

G—No sé, solo de cómo se sienten las personas, creo que el aprendizaje en los grupos puede ser algo riesgoso, como un arma de doble filo.

E—¿Qué te hace pensar eso?

G—Es que hay gente que está muy mal y luego suben cosas que no ayudan en nada cuando uno está mal. Otras veces sí, hay quienes suben más información y así, pero igual no me fío mucho de la información que se sube ahí. A mi me ha ayudado a ver que hay muchas personas que se sienten igual o peor que yo.

Interesante resaltar de esta entrevista que, a pesar de estar casi toda su vida en consultas psiquiátricas, no han logrado diagnosticarlo con eficacia, tiene alucinaciones, delirios, crisis de ausencia y siente que se transporta a otros lugares (sin que eso sea un sueño) literalmente se siente en otro lugar y conductas antisociales como dormir en la calle sin tener motivos. Con esas vivencias, se puede ver que no corresponden a los criterios diagnósticos del TLP.

### **Entrevista 08**

Fecha: 07 de junio 2020

Kary. Edad: 37 años. Nacionalidad: peruana.

Profesión: Psicóloga no graduada

E—Me podrías contar por favor ¿cuánto tiempo llevas diagnosticada con TLP y cómo fue el proceso para que te diagnosticaran?

K—Me diagnosticaron hace 5 años, ahorita estoy en tratamiento psicológico y psiquiátrico. La verdad creo que siempre desde que me acuerdo he estado deprimida, desde los 7 años intenté tomar un montón de pastillas porque me sentía desesperada, en toda mi vida he tenido como cinco intentos de suicidio. Yo no conocí a mis papás, mi tía nos cuidaba, pero ella tenía un hijo y no la culpo, pero sí le ponía más atención a él, toda la vida pensé que no me quería. En una ocasión tuvieron que llevar ya muy grave al hospital, nuevamente había tomado pastillas, eso lo hice como tres veces, otras solo he intentado cortarme.

E—¿recuerdas por qué te sentías tan desesperada y el motivo de los intentos de suicidio?

K—Pues creo que me sentía muy sola, tengo una hermana melliza y creo que siempre a ella la han preferido, mi tía siempre me comparaba con ella y con su hijo, pero más con ella, creo por ser mujer, a mi siempre me han visto como lo oveja negra de la familia.

E—Me comentas que hace 5 años te diagnosticaron, ¿te medicaron y llevas algún tipo de terapia?

K—Estoy medicada desde hace 5 años con valproato y fluoxetina, hace poco dejé el clonazepam. Solo lo tomo de vez en cuando no puedo dormir, pero sí quiero dejar los medicamentos. La verdad desde la última vez que me internaron, estuve muy sola y eso me hizo pensar que tengo que hacer me responsable de mi vida y mi cuidado, nadie más estará ahí para hacerlo. El primer año que los comencé a tomar no me llevaba bien con los medicamentos, me ponían muy mal, me cambiaron las dosis y así, desde hace 4 años ya me siento mucho mejor.

E—¿Consideras que solo los medicamentos te ayudan a estar más estable?

K—No, creo que es todo; yo he aprendido a cuidarme, tengo una rutina que me ayuda mucho a no tener crisis, cuando comienzo a tener pensamientos intrusivos ya no les doy entrada y comienzo a hacer cosas para dejarlos pasar y ya no clavarme. La psicóloga me ha ayudado mucho, me ha dado estrategias para controlarme, respirar y así ella es muy

buena. Además, me gusta mucho escuchar música instrumental y eso me ayuda mucho a estar tranquila. Antes era muy dependiente de mi pareja y ahora no, aunque él sigue viviendo aquí en la casa, cada uno hace su vida y ya no estoy como antes preguntándome dónde estará, si me quiere, si no me quiere y esas cosas. Ahora ya él está en sus cosas y yo las mías. Aceptar que era dependiente, también me ha ayudado para no sentir que lo necesito y hace que no caiga en depresión.

E—Y cuéntame, ¿cómo fue el proceso de diagnóstico?

K—Pues desde hace 12 años que estaba en la universidad me puse muy mal porque estaba con un chico y me dejó, fui con la psicóloga de la universidad y ella me refirió con un psiquiatra, porque me dijo que tenía una depresión profunda. Comencé a ir con el psiquiatra y la verdad en lugar de ayudarme me hizo muy mal, al principio yo pensé que era bueno, me hacía sentir escuchada, pero terminó abusando sexualmente de mi como en tres ocasiones y además él me hizo creer que no podía dedicarme a mi carrera, yo quería ser psicóloga clínica, terminé la carrera, pero la verdad es que nunca me titulé. Él me dijo que, así como estaba nunca podría ver pacientes, que para trabajar con otras personas se necesita estar equilibrada y yo no lo estaba que mejor me dedicara a otra cosa. Yo llegué a creerle la verdad, porque me comenzó a medicar y yo no me sentía bien, sentía mi cabeza toda hueca y pensé sí yo así no puedo ver a nadie.

Yo me sentía muy mal, estaba muy vulnerable, creo que me manipuló y como tres veces tuvimos sexo en su consultorio. Dejé el proceso con él y nunca le dije a nadie. Desde entonces no volví a ver a ningún psiquiatra hasta hace 5 años que me internaron porque me corté las venas. El psiquiatra del hospital es el que aun me sigue viendo, de hecho, con mi psicóloga tienen buena comunicación. Están pendientes de mi progreso.

E—¿cómo superaste lo del abuso del psiquiatra?

K—La verdad es que nunca lo he trabajado, es algo que no me gusta pensar mucho, me da mucha rabia cuando me acuerdo y prefiero seguir, creo que eres la primera que lo sabe de hecho, no se lo he dicho ni a mi psicóloga y psiquiatra. Como no dije nada para que no sucediera, siento que no me van a creer o no sé.

E—Gracias por la confianza, parece que ahora te sientes muy bien con tu terapia y el tratamiento ahora.

K—Sí estoy contenta, quiero estar bien por mi, por mi hija, porque nunca la he cuidado como es debido, la familia de mi esposo me ha ayudado, su mamá y su hermana se hacen cargo cuando yo no he estado, ahora que ya no tomo el clonazepam me siento mucho mejor, creo que me hago más cargo de mi y de ella. Me duele no poder ser una buena madre y agradezco mucho a mi cuñada y suegra que se hagan cargo a veces.

E—¿Te sientes apoyada por ellas, además de ellas cuentas con otras personas en las que puedas confiar?

K—sí me apoyan con mi hija, pero la verdad es que creo que no me entienden del todo, no comprenden por qué estoy en terapia y eso, no quieren que tome nada, me dicen que le “eche ganas” y que voy a estar bien, pero no es cosa de “echarle ganas” esto es una cosa con la que se lucha todos los días, de gestionar las propias emociones y si dejas de luchar te puedes ir para abajo y no volverte a levantar.

E—¿Alguna vez te has sentido discriminada por el hecho de tener tlp?

K—Pues por mi familia en general, me prohíben decirlo, mi esposo me maltrataba y sufrí violencia intrafamiliar, me decía que eso no me servía de nada [los tratamientos] que dejara de perder el dinero y el tiempo, al final terminé denunciándolo por violencia intrafamiliar y hasta entonces me dejó en paz, ya no se mete conmigo, creo que tiene miedo a que vuelva a denunciarlo. Solo le dieron una advertencia, pero creo que funcionó.

E—¿Alguna vez tú misma has llegado a dudar de tus capacidades?

K—Sí todo el tiempo. De hecho, por eso le creía al psiquiatra y terminé haciéndole caso. Porque siempre dudo de lo que hago, incluso ahora que demandé a mi esposo por violencia intrafamiliar dudé, pensé ¿no estaré exagerando? a pesar de que me había

golpeado, pensaba que denunciarlo era demasiado. Pero ahora comprendo que fue lo mejor.

E—y cuéntame Kary, cómo llegaste a los grupos de Facebook, ¿qué te hizo buscarlos?

K—entré porque soy psicóloga y me interesa ver a otras personas que como yo pueden hablar libremente de lo que les pasa, además me he sentido muy bien, porque creo que he ayudado a varias personas en momentos de crisis, ahora me encuentro dando seguimiento a un chico que es de Chile, hemos trabajado mucho por el chat de Facebook y ya quedamos de hacer video llamada, porque últimamente se ha sentido muy deprimido. Así que me anima mucho poder ayudar, sentirme entendida también.

E—¿Alguna vez te han ayudado a ti?

K—No, porque no publico casi cosas, no quiero dar problemas, y he aprendido a resolver mis problemas por mi sola, creo que para mí es lo mejor, así que prefiero ayudar a que me ayuden. No soy titulada, pero tengo conocimientos y sobre todo la experiencia de lo que se siente vivir con esto. La verdad es que si ahora no tengo trabajo es porque no confío en mí lo suficiente, estoy tratando de volver a la universidad para ya graduarme, creo que ese puede ser un paso importante para recuperar la confianza en mí.

E—En general ¿cómo has vivido el tener TLP a qué causas le atribuyes el desarrollo de esa condición?

K—Trato de ver lo positivo del TLP, creo que quienes tenemos esto somos personas muy empáticas, no necesitamos ser familia para entendernos, eso lo he visto mucho en los grupos, la gente se entiende.

De las causas, creo que lo que más nos afecta es la crianza, la familia, la mayoría si te das cuenta hemos sido víctimas de maltrato psicológico y de traumas, no dudo que haya algo por ahí biológico, pero creo que es lo mínimo, la gran parte depende de tu familia, de lo social, por ejemplo yo de niña, nunca me sentí querida, siempre era mi hermanastro o mi hermana, ella siempre fue la mejor, yo era la mala y la que nunca tenía nada, todo era para ella. Eso y el abandono de mis padres a mi creo que me marcó.

## **Entrevista 09**

Fecha: 07 de junio 2020

Gisela. Edad: 28 años

Nacionalidad: Costa Rica.

Profesión: Chef.

E—¿cómo te ha ido con el confinamiento?

G—Creo que me ha ido bien, porque además del TLP yo tengo ansiedad generalizada y sí he tenido mucha ansiedad pero es algo que yo puedo soportar, no me han dado ataques de pánico, vivimos cuatro personas en la casa y lo que hago algunas veces es apartarme y quedarme sola en mi cuarto, cuando ya me canso como de la gente entonces me retiro, me voy al cuarto y me quedo sola, como que me recargo emocionalmente y después ya salgo con más alivio y si me siento mal, me vuelvo a guardar, así que estoy bien aquí en la casa.

E—¿Ahora estás trabajando desde casa?

G—No justamente antes de comenzar el coronavirus yo renuncié, estaba en un trabajo de medio tiempo, pero renuncié y ahora solo estoy en la casa.

E—¿Qué hacías antes?

G—Yo soy cocinera, estudié cocina. Estudié una mala carrera para el TLP, porque es muy estresante el trabajo de la cocina. Bueno todos los trabajos son muy estresantes, pero ese es más todavía. Como yo sufro mucho emocionalmente, me estresaba más, a veces me tenía que salir, o irme porque me daban ataques de pánico, tuve que terminar con esa

situación porque la verdad es que ya no aguantaba con esa carga. Yo lo que ocupo y lo que he tratado de hacer es tener un negocio propio, para no tener un jefe, luego eso le cuesta trabajo entender a la gente, pero a veces el TLP siento que me frena para comenzar mi propio negocio.

E—¿a qué te refieres o por qué lo dices?

G—Bueno, es que el problema con el TLP es que uno tiene pensamientos divergentes, entonces yo pienso en este momento que puedo y en otro no entonces, me paso todo el día en ese remolino de que, si puedo o no puedo, entonces tengo el apoyo de mis papás y así, pero no sé en algún momento me animo y lo hago.

E—Pláticame, ¿cuándo te diagnosticaron?

G—A mi me diagnosticaron el febrero del año pasado y desde entonces tomo flouxetina y penibal y epibal [valproato], esos medicamentos estoy tomando.

E—¿Cómo te has sentido con los medicamentos?

G—Bueno la verdad que sí, cuando me diagnosticaron el tlp, fue porque yo tenía ya muchas ganas de suicidarme y me di cuenta que yo ya no estaba bien, yo tenía depresión un día en la noche me puse muy mal, llore y llore hasta que me quedé dormida, tenía que ir a trabajar y no me sentí bien, me levanté y me fui al trabajo, pero seguía llorando y fue muy estresante porque tenía que estar atendiendo el trabajo y entraba y salía porque no me podía contener. Entonces le dije a mi jefa que yo no podía seguir así que me tenía que ir, entonces al otro día fui con mi abuela al seguro social y me mandaron para emergencias y me mandaron a psiquiatría a otro hospital, ahí me atendió un psiquiatra y me dijo “creo que usted tiene otro trastorno además del que ya tenía, por lo regular vienen juntos”, yo nunca había escuchado sobre el tlp, no sabía qué era, nunca había escuchado de él y me dijo “pídale a sus familiares que le lean los síntomas, y mis papás los leyeron y mi hermana y así y todo calzaba digamos, era una descripción muy detallada de mí misma, de ahí comencé con el tratamiento para el tlp. Comencé con el epival, que me quitó la depresión y bueno uno siempre tiene pensamientos suicidas, los sigo teniendo pero ya no son recurrentes. Ya no me pasa como antes, ahora pienso de repente, antes pensaba ya me voy a tirar de un puente, cosas más efectivas, ahora solo de repente pienso “y si no amanezco” pero luego se me pasa. Eso ya es un gran alivio, porque la verdad es que es muy cansado todos los días y pero ahí voy poco a poco.

E—¿Además del tratamiento farmacológico has llegado o estas llevando un proceso terapéutico?

G—Sí tuve tratamiento con un terapeuta, pero después del coronavirus ya no he ido, esa persona me dio herramientas para controlar la ansiedad, esas las ocupo aquí en la casa. Él me ha enseñado a respirar mi respiración es ansiosa, debo enseñarle a mi cerebro a respirar adecuadamente y es muy difícil, pero tengo que entrenarlo. Las dos cosas me funcionan bastante. Creo que todas las personas que tenemos TLP somos personas muy fuertes, como que tenemos mucha fuerza de voluntad, porque para nosotros levantarnos todos los días en sí mismo ya requiere un esfuerzo que hacemos, ir a trabajar y todo eso requiere de fuerza emocional y la verdad mi familia a mi me ha ayudado bastante.

E—¿Consideras que tener tlp te ha impedido realizar ciertos proyectos?

G—No necesariamente, no me siento así, muchas veces yo no sabía qué me pasaba y se lo atribuía más a la depresión, ahora que ya sé que tengo puedo parar los pensamientos que me hacen no hacer las cosas, “pienso, usted ya sabe por qué es, ya deje de pensar así un momento” no es fácil, pero sí me ayuda saber que tengo tlp.

E—¿Tú le dices a las personas que tienes tlp?

G—Sí, de una vez lo digo, cuando trabajao. Yo doy un aviso, digo yo padezco de estas cosas, y llegará un momento en que si me da una crisis me tengo que salir, y eso me ayuda porque de alguna manera doy una advertencia de “a mi me pasan estas cosas” y la gente ya sabe si me contratan o no. Con mis amistades, si soy amiga de alguien también

les digo porque así ya saben a qué a tenerse, es lo que soy yo es como mi carta de presentación, así que lo digo desde el principio.

E—¿Consideras que el TLP y la ansiedad entonces son parte de tu identidad?

G—En realidad sí, forman parte de mi identidad. Digamos son muchas características de mi personalidad que son influenciada por estos padecimientos. Incluso con una relación, en una relación amorosa y o igual aviso, yo no soy una persona tóxica por decirlo así yo puedo avisar de mis estados emocionales, la mayoría del tiempo. Tuve hace poco una relación, quizá él pensó que todo iba de maravilla y yo la verdad ya estaba pensándolo por semanas que las cosas no iban bien y le salí con “mejor terminemos”, pasó unas semanas y entonces la persona me hace falta, sé que lo quiero y todo y pienso hay que tristeza conmigo... después nos dimos una segunda oportunidad, porque él me buscó porque yo no soy de las que buscan la verdad, entonces comenzamos nuevamente yo le salí con mi domingo 7 y yo que fresca, y me da dolor por él, mejor que ande con salga con otra persona que no le haga estas cosas.

E—¿Alguna vez te has sentido discriminada a causa del TLP?

G—Bueno, en el último trabajo que tuve pasó algo así. Bueno en todos los trabajos ha pasado algo distinto pero yo no sabía que era por que tenía tlp. Una vez en un trabajo, hablé con el chef que ocupaba vacaciones, aún no sabía ese término pero yo le explicaba que me sentía muy cansada emocionalmente, eso era lo que yo sentía, porque no era físico; porque mi felicidad es estar en la casa, meterme a mi cuarto y escuchar música como para quitarme todo lo de la gente, y me dijo el chef “yo creo que escogió la carrera equivocada” y creo que después de eso yo tenía un contrato y no me lo renovaron, no me dijeron que era por eso, pero yo estoy segura que así fue. Después entre a trabajar a este lugar donde mis jefes trataron de ser muy comprensivos la verdad, pero ya después de un tiempo pues es normal que usted ya se cansé, sobre todo si usted no lo ha padecido es imposible que uno pueda entender eso, bueno trabajé ahí de salonera, recepcionista y cocinera, y cuando estaba de recepcionista llegó una nueva cocinera y resulta que llegó una nueva salonera que tenía tlp, y que tenía ansiedad también y ella y yo fuimos un espejo, nos llegamos a llevar muy bien, incluso aún hablamos, la otra a veces también decía que tenía depresión a veces pero que ella sola se curaba, como dándonos a entender que de eso uno solo hace, eso es muy desalentador, a uno le da mucha colera, si yo no quiero estar enferma, no quiero tener ansiedad y no quiero tener tlp, si no soy masoquista. Y con esa mujer tuvimos varios altercados las dos, la verdad yo creo que esa mujer estaba más loca que nosotras dos juntas, porque una vez que yo ya había puesto la renuncia, ya era mi ultimo día un domingo y mi jefe tuvo que salir, yo me quedé a cargo del lugar, estaba también la salonera y la cocinera que es esta mujer se puso muy rara, comenzó a decir que se iba a ir que no se qué, yo le dije que no, que yo podía irme pero ella no porque tenía dos hijos que mantener y yo no sé que escuchó ella, que se devolvió y ella es más grande que yo, mide como un metro 87 y me empujó con muchas ganas, por dicha no pegué en nada había un filo de un mueble donde yo podía pegar pero no pegué. Me empujó y caí para atrás y mi otra compañera se le tiró encima a defenderme y la otra es más pequeña (de edad) que yo de altura, me levanté y me fui a quitársela de encima, y me mordió el dedo y le di con la mano izquierda, mis manos son muy pesadas, le di por la cara y le comencé a pegar, yo paré y se me tiró encima y me amenazó con un pico de hielo y me dijo “yo la mato hijaeputa” y yo le dije hágalo, ella pensó que me iba a dar miedo y después de eso paró, me dio una cachetada y se fue. Yo me quedé comencé a llorar, me puse a temblar y le tuve que llamar a mi jefe para explicarle, yo estaba muy asustada al ver la sangre porque no me acordaba que ella me había mordido, y me salía sangre del dedo y me fui para la casa, al otro día ella llegó y le dije que no quería verla y dejó el trabajó, así de la noche a la mañana lo botó, después publicó en Facebook que ella trabajaba con dos locas y que mejor salir de ahí, pero la que comenzó todo fue ella, la que nos menospreció

fue ella, y creo que es ella la que necesita ayuda de un psiquiatra, más que nosotras dos. Creo que esa fue una de las veces que alguien hace referencia a eso, a que tengo tlp.

E—¿En tu familia cómo lo han vivido?

G—Hay un problema en mi familia, creo que es hereditario, mi papá tiene problemas de control de ira, mi hermana también padece de ansiedad, pero digamos que a mi se me ha manifestado mas fuerte. Para mi papá creo que ha sido muy difícil, porque mis ataques de ansiedad cuando comenzaron eran muy fuertes, la primera que tuve llevaba una semana que me sentía con ansiedad, estaba con una reunión llegué a mi casa y les dije a mis papás y les dije, yo necesito que me lleven a algún lugar, no sé que tengo pero yo me siento muy mal y mi mamá me dijo, vaya póngase la pijama y métase a dormir. Yo no podía, estaba super incomoda, no podía estar ni sentada, ni acostada, no podía estar en paz y fue mi primer ataque de pánico. Al otro día fui al seguro y me dijo una doctora general me dio fluoxetina y me dijo cuídese, solo eso me dijo... (ríe). Y uno de los efectos secundarios de la fluoxetina es la ansiedad, entonces pasé un mes muy malo, solo sentada y llorando, porque era lo único que podía hacer. Y mi papá me decía mira Gaby usted lo que tiene que hacer es calmarse, usted tiene que calmarse, usted lo puede controlar, y eso para mi era muy molesto, porque además para mi mi padre siempre había sido una persona ansiosa, como le decía, tenía problemas de control de ira y yo pensaba, pero si usted es una de las personas que tendría que entenderme más, para que él me dijera que yo me calmara, era algo muy molesto, y puse de pie a mi familia a cada rato tenía ataques de pánico, adelgacé muchísimo porque no comía, solo consumía la pastilla y agua, la gente comenzó a decir que me enfermé porque quería adelgazar, eso no me ayudaba nada, tras que estaba luchando conmigo misma, escuchar sus opiniones la verdad me irritaba, hubo mucha gente preocupada por mi, cuando decía que tenía ansiedad, me decían y ¿usted va a seguir con eso? Y yo ahhh pero ¡por qué la gente es así! Gente cercana se han acercado a mi cuando tengo ataques de ansiedad, me dicen pero todo es mental usted puede pararlo, me dan ganas de decir "lárguese de aquí" porque me hacen sentir peor, así ha sido con mi familia, se han llevado muchos sustos conmigo.

E—¿A qué causas le atribuyes el desarrollo del TLP en tu caso particular?

G—Creo que, a lo familiar como mi papa y mi hermana también les afecta podría ser que eso haya influido, creo que eso sería como un 50% y a lo social como otras experiencias como en el colegio que me hacían bullying y familiar el resto. Creo que eso pudo desarrollar mucho mis síntomas, porque desde pequeña los ubico, como desde los 12 años en adelante, me dio una depresión, para la graduación de la escuela tuve que presentar un examen de matemáticas y después del examen lo pasé mal, no comía, adelgacé, porque siempre he tenido problemas de peso y por eso el bullying, en el colegio y tenía problemas de ansiedad, faltaba al colegio, no sabía por qué solo sabía que me quería quedar en mi casa. YO digo las cosas como son y me trataban de malcriada, en el colegio a mi nadie me defendió, tenía amigos pero nunca se metieron a defenderme, comenzó el Facebook y comenzaron por Facebook a burlarse de mi, fui a hablar con los profesores y a mi mamá le decían, es algo de niños, pero yo la verdad es que no sentía que fuera algo de niños, era algo que era muy fuerte porque eran todos contra una. Eso fue hace más de 10 años y yo no puedo decir que a esas personas no las he perdonado, yo no soy rencorosa, pero la verdad sé que me marcaron, solo de contarlos, ya me dan ganas de llorar (llora).

E—No te preocupes, yo te escucho.

G—(llora un momento, seca sus lágrimas y continúa). Es algo difícil. Fue la etapa más horrible de mi vida y cuando me apareció la ansiedad, entonces yo le atribuyo mucho a eso, todo lo que vino después, sobre todo mi ansiedad.

E—¿Nunca tuviste apoyo por lo que viviste con el bullying?

G—Por parte de mis papás solamente, mi hermano que estábamos en la misma escuela, él nunca me defendió, era mayor que yo por dos años. Mis papás, bueno me tocó tener

unos papás extraordinarios, no puedo decir lo contrario, a pesar de que mi papá tiene ataques de ira y todo pero la verdad es que es un papá excelente, él se enojaba mucho y entonces iban a hacer alboroto al colegio, eso empeoraba las cosas, pero la verdad es que les agradezco que me lo hayan hecho, porque al final, fueran o no, me defendieran o no sé que las cosas no hubieran cambiado. La mayoría de esas personas que se burlaban de mí para defenderme, no tenían papás y digamos que esa parte la puedo entender, esa deficiencia de ellas la puedo asimilar.

E—después cómo decides entrar a la universidad tuviste problemas para decidir qué estudiar.

G—yo fui a un instituto que es como una universidad pública en la que dan muchos cursos, estudié muchas cosas, cocina hotelería, muchas cosas pasé como tres años y aprendí bastante, no me costó porque eso me llamaba la atención de pequeña yo inventaba comidas y desde ahí comenzó mi gusto por la comida. La cosa con el tlp es que algo le puede encantar a uno, pero después ya no. A mí me gusta cocinar, pero lo que no me gusta es la presión. Una vez trabajé en el hotel Marriot, fue muy bonito aprendí mucho ahí, me quedé en la parte del desayuno y teníamos que hacer omeletts frente a las personas, yo soy muy buena en servicio al cliente, me gusta. Estaba haciendo omeletts y lo hacía me gustaba, pero me molestaba mucho cuando no había terminado de hacer uno cuando ya me estaban diciendo “en aquella mesa ocupan omeletts” ay eso me molestaba tanto, un compañero me dio también, bueno pues usted para que trabaja en cocina si no le gusta cocinar. Me puso a pensar, fue dos años antes de que me diagnosticaran el tlp.

E—¿Como ha sido tu experiencia de vivir el tlp?

G—pues como ya le decía, me canso mucho de las personas también, con las parejas termino aburrida y los termino, con mis amistades un poco igual, aunque a ellos les puedo decir me voy a desaparecer un tiempo, como que descanso de todos y después los vuelvo a ver. Pero esas amistades me han entendido, me han acompañado mucho. Por ejemplo, mi hermana me busca mucho, me ha dicho que a veces está hablando conmigo y la dejo hablando sola, no me había percatado de eso. Ahora ya me doy cuenta cual es mi tope de socialización. Me pasa también que estoy hablando y pierdo el hilo de lo que estoy hablando.

Me aburro muy rápido de las cosas, porque no estoy segura de quien soy ni de qué quiero. Un ejemplo, yo compro compulsivamente, si tomo alcohol lo hago excesivamente, si comienzo a tomar clonazepam yo termino abusando, pero por ejemplo ahora ya no he abusado de nada de esas cosas, en realidad no me he hecho daño, pero me castigo mucho emocionalmente.

E—Como llegaste a estos grupos de Facebook?

G—Estaba en una página de ansiosos y ahí compartieron un link y de ahí ya me metí y no participo mucho, pero sí me siento muy identificada, la verdad casi no publico, no les digo que me siento mal, nunca digo eso porque siento que cada uno está con sus propias cargas para dárselas a alguien más, pero uno no se siente solo, no se siente excluido, ver que hay otras personas que están pasando por lo mismo que usted, ayuda a sentirse acompañado, también me río de las cosas que a veces suben, los memes y así.

E—¿Alguna vez te ha tocado dar contención a alguien del grupo?

G—Nunca he ayudado a nadie la verdad. Pero es que más que todo he tenido ansiedad y prefiero no meterme, porque puede aumentarme el nivel de ansiedad.

E—¿En algún momento has conocido a gente del grupo en un encuentro real?

G—No, pero me han dado ganas de hacerlo. Sí me gustaría, en general la verdad es que no tengo a nadie todavía, pero me gustaría hablar con ellos creo que me podrían entender un poco más.

E—¿crees que has aprendido en los grupos?

G—poco de los demás, la verdad casi no.

## Entrevista 10

Fecha: 07 de junio 2020

Eduardo. Edad: 25 años.

Nacionalidad: peruana. Escolaridad: licenciatura.

Endú aceptó la entrevista pensando que podría encontrar la posibilidad de un diagnóstico, en realidad no sabe si tiene TLP o no, una amiga que estudia psicología le dijo que era muy probable que tuviera ese diagnóstico. “me envió al psiquiatra, terminé yendo pero la verdad es que me sentí muy incómodo, me medicó pero no quise tomar nada, no me dio confianza, no sé por qué cree que tengo tlp, he entrado a las páginas de Facebook y la verdad es que a veces creo que mi problema es otro, nunca he sido impulsivo, de hecho creo que soy muy tranquilo y tímido, dudo mucho de mí, no me lastimo físicamente, creo que me he lastimado de otras maneras”.

Al final, no se desarrolló la entrevista con Edu, sus expectativas eran otras, esperaba aclarar las dudas sobre el diagnóstico: “me gustaría que me dijera si tengo tlp o no”.

Le expliqué que no era ese el objetivo de la entrevista, que estaba entrevistando a las personas que han sido diagnosticadas o que de alguna manera han tenido la experiencia de vivir con el diagnóstico. Le recomendé algunas lecturas y terminó la entrevista.

El caso de Edu, aunque no fue entrevistado, es de alguna manera afectado por la difusión populista del diagnóstico, su amiga que, si bien estudia psicología, se puede considerar lego, puesto que no tendría por qué diagnosticar a sus amistades, sin embargo esa es una actitud propia de la mayoría de los legos en psicología y psiquiatría que ven en cada persona un libro abierto en el que pueden descubrir alguna patología. Edu se sentía muy confundido, y tenía ansiedad provocada por algo que quizá le resuena, pero de lo que no está seguro. Por ello se decidió compartir con él bibliografía que lo llevaría no solo a conocer el diagnóstico, sino a hacerse las preguntas necesarias para conocer más sobre sí mismo.

## Entrevista 11

Fecha: 08 de junio 2020

Romina. 30 años.

Nacionalidad: mexicana. Profesión: enfermera.

E— ¿Cómo fue tu proceso diagnóstico, a qué edad te diagnosticaron, te fue fácil aceptarlo?

R—pues te cuento, toda la vida he sido demasiado apegada. A casi todo. Empeoro cuando comenzó mi vida sentimental y amorosa... realmente dolía cada separación, dolía al punto de cortarme la piel, sentía que soportaba mejor el dolor físico que el mental y emocional.. Durante el año 2018, en una relación caótica tuve un aborto. Mi mente y emociones colapsaron, entonces la coordinadora de donde hacía mi servicio social, reconoció síntomas de depresión mayor. Me refirió al Instituto Nacional de Psiquiatría. Ahí tras un par de meses de consulta, me diagnosticaron primero con trastorno depresivo mayor con síntomas ansiosos y después con TLP. Fácil... no. Pero siempre supe que mi cabeza funcionaba de forma diferente. Al menos diferente a lo que es socialmente aceptable

E—¿Te identificas con el diagnóstico de TLP?

R—Con la mayoría de sus síntomas y características. Si.

E—¿Actualmente, estás en tratamiento farmacológico?

R—Si. Tomo 25mg de quetiapina por las noches, 40mg de fluoxetina por las mañanas. Y en caso de crisis 10 gotas de clonazepam

E—¿Consideras que el tratamiento farmacológico te ha ayudado a controlar tus síntomas?

R—Si, muchísimo. Aunque la terapia ha sido también de mucha ayuda.

E—¿Estas en terapia, desde hace cuánto tiempo?

R—Desde hace... 2 años y medio. Terapia cognitivo conductual.

E—Cuéntame por favor, ¿cómo ha sido tu experiencia con psiquiatras y psicoterapeutas? ¿Alguna vez has tenido experiencias negativas, de mala práctica profesional?

R—Pfff. He conocido a 3 terapeutas. Una de ellas era dentro de la Universidad, fue mala experiencia. Considero que realmente no tenía la ética o el conocimiento para llevar un caso como el mío. La segunda era de la corriente conocida como "psicoanálisis", ahí el proceso era muy profundo, pero llego el momento en que aprendí a decirle solo lo que quería escuchar. De ese modo la terapia ya no era efectiva. Y por último, encontré una especialista en TCC, con ella aprendí a flexibilizar mis pensamientos. Y con ello a regular mejor mis emociones

E—¿Y con los psiquiatras?

R—He tenido 3 la primera sólo me atendió dos o tres sesiones. No recuerdo mucho de ella. La segunda era muy condescendiente, eso me fastidiaba, ya que lo que menos quería era ser tratada como un animalito herido. El último es muy bueno, (a mi parecer) a veces siento que me confronta conmigo misma... eso me ayuda. Me impulsa a saber de que soy capaz. Y jamás me ha tratado con esa condescendencia incómoda. Me trata como su igual

E—Ok. ¿qué te hizo buscar ser miembro de los grupos de TLP? ¿Cómo es tu actividad en ellos?

R—Conocer personas que me comprendan. Mi esposo me hace sentir muy amada y mi familia igual. Pero no me entienden. Hacen lo mejor que pueden. Pero realmente jamás entenderán mi cabeza. Actualmente casi no participo en los grupos por el trabajo y mi hijita. El marido y eso. Jaja... Pero anteriormente trataba de ser más activa.

E—¿En algún momento has encontrado en los grupos contención ante momentos de crisis o has dado contención a alguien?

R—Sí, lo he encontrado. Sin embargo, como todos somos personas con el mismo trastorno a veces también hay quien explota y solo algunas veces he ayudado a otras personas.

E—Entiendo. ¿Consideras que has aprendido sobre el diagnóstico al estar en los grupos?

R—Sí he aprendido que el tlp no es una receta de cocina sino que todos lo vivimos de manera muy diferente y a todos nos sabe a algo distinto.

E—¿Has encontrado tus propias estrategias para gestionar el diagnóstico?

R—Pero claro que sí. Yo creo que todos los que tenemos este diagnóstico lo hacemos es como un mecanismo de adaptación, todos generamos estrategias en mi caso ha sido escribir, leer... Cuando recién me diagnosticaron escribir un libro entonces siento que todos tenemos ese mecanismo de adaptación

E—Oh, ¿me podrías decir el nombre de tu libro, está a la venta? Me encantaría leerlo

R—Corazón blanco y no. Jajaja Jamás lo saqué de mi computadora. Y no habla como tal del tlp, sino de mi tragedia amorosa del momento jaja

E—Ahhh pensé que lo habías publicado.

R—No... tiene 427 páginas. Pero nunca me atreví a publicar.

E—Oh, es una lastima.

R—Si lo hubiese hecho, hubiese sido bajo un pseudónimo

E—A todo esto, ¿a qué te dedicas?

R—soy enfermera

E—Ah, ¿por eso lo de las pruebas de covid?

R—Si. 😊😊

E—Oye, hablando del trabajo ¿alguna vez te has sentido discriminada o que tu opinión no sea apreciada a causa de TLP?

R—No. Realmente nunca lo he expresado en el trabajo o escuela o así. Creo que sólo los más allegados conocen mi diagnóstico

E—¿Que te ha hecho no decirlo?

R—Que nunca ha salido el tema de conversación

E—¿Si saliera el tema lo dirías?

R—Considero que depende de quien saque el tema. No es algo que me avergüence, pero considero que hay gente sin escrúpulos. Y lastimosamente quienes padecemos este trastorno somos muy... susceptibles.

E—Entiendo. Y cuéntame, ¿alguna vez alguien que no sea de tu trabajo, sino de tu familia o amistades te ha lastimado o discriminado por tener TLP?

R—Nunca. Lo más que mi esposo me ha llegado a expresar cuando se me presenta algún episodio difícil es que él comprende mi condición pero que también es difícil para él

E—¿Alguna vez has dudado de tus propias decisiones a causa del tlp?

R—Sí, de hecho es una de mis características personales de repente suelo ser muy indecisa.

E—¿Has leído textos o artículos académicos sobre tlp?

R—Sí, he leído algunos pero no es una literatura que me fascina... no sé, quizá es como recordarme todo el tiempo que lo tengo y no es tan grato para mí

E—¿Qué recomendación le darías a una persona que acaba de ser diagnosticada?

R—Que no piense jamás que es el fin del mundo, o de su vida social o sentimental... Que todo se puede. Que no somos menos que aquellos que no lo tienen. Que valemos lo mismo.

E—Por último Raquel, ya para terminar, ¿cómo has vivido la situación de la pandemia?

R—Pues mi actividad laboral aumentó mucho. Pero emocional y mentalmente estable.

E—Ok. Solo una última pregunta antes de terminar ¿cuántos años tienes?

R—30

E—¿A a qué edad te diagnosticaron?

R—a los 28

E—Ok. Muchas gracias por la información que me has dado. En verdad es muy valiosa. ¿Hay algo más que te gustaría agregar o contarme?

R—No... considero que eso es lo más importante. Gracias a ti, por tomarnos en cuenta a los tlp.

E—Bueno, si no. Por mi parte sería todo. Nuevamente agradezco mucho tu participación y cualquier cosa puedes contactarme por este medio sin problema.

Que pases linda tarde Raquel

## **Entrevista 12**

08 de junio 2020

Ysela. Edad: 21 años

Nacionalidad: peruana. Estudiante de Lic. en Comunicación Social.

E—¿cómo fue tu proceso de diagnóstico a qué edad te diagnosticaron y bueno, te sientes identificada con el diagnóstico de TLP?

Y—Bueno, me diagnosticaron a la edad de 17 años y sí me siento identificada con el diagnóstico

E—¿Cómo fue el proceso, fue sencillo llegar al diagnóstico en tu caso?

Y—Tuve bastantes sesiones con una psicóloga de la DEMUNA (es un centro social para niños con casos de violencia familiar), además me aplicó muchos test y bueno, el diagnóstico fue borderline.

E—¿Has estado en consultas con psiquiatras?

Y—Me quisieron derivar a psiquiatría, pero en ese entonces yo no quería llevar tratamiento.

E—Oh, entiendo. ¿Y actualmente tomas tratamiento psiquiátrico?

Y—Eso fue en el 2017, en el 2018 sí fui al psiquiatra, pero lo dejé a los dos meses y a los psicólogos que he ido también los dejaba. Actualmente estoy en mi tratamiento más estable (ya voy 4 meses aprox.) con una psicoterapeuta y una psiquiatra

E—¿Qué te ha hecho permanecer ahora en tratamiento? Y ¿Por qué dejaste a los anteriores?

Y— Toqué fondo a fines del año pasado, tuve un abuso sexual, abuso de fármacos, alcohol, mucha inestabilidad y despersonalización, ataques de pánico y eso. Me asusté y sentía que no podía más por eso me comprometí a llevar el tratamiento. A los demás los dejé, por pura inconstancia y falta de compromiso, creía que podría sobrellevarlo yo sola y pues, los psicólogos me caían un poco mal, sentía que me escuchaban, pero no me entendían, probablemente era solo idea mía.

E—¿Alguna vez tuviste una mala experiencia (de mala práctica) de alguno de ellos?

Y—No, todos fueron normales. Bueno, sí, tuve una mala experiencia, un psiquiatra me dijo que mis cortes parecían de delincuente y era una tonta por haberme cortado en el brazo. Yo solo quería aplicarme láser o algo para que no se noten mucho.

E—Cuéntame lo del abuso sexual y el alcohol ¿fue reciente?

Y—Sí, fue el año pasado, yo estaba muy ebria y amanecí en la casa de un chico que nunca había visto en mi vida. Me causó mucho pánico y sentimientos de culpa. Yo he bebido alcohol desde los 13, pero no era tan frecuente A partir de los 17 empecé a tomar más seguido y en lo que sí era dependiente era de las pastillas, pero sin receta médica

E—¿Tú has leído sobre el TLP?

Y—Sí

E—¿consideras que te identificas con todos los criterios o con unos más que con otros?

Y—Con la mayoría.

E—¿qué te hizo llegar a los grupos de Facebook, cuéntame qué has encontrado en ellos?

Y—Estaba confundida con lo que implicaba tener TLP, es complejo, así que cuando investigué entendí muchas cosas en mí, cuando vi testimonios de otras personas me sentí comprendida. Los grupos de Facebook son una ayuda, como un grupo de apoyo, entre todos nos apoyamos y nos entendemos, no nos sentimos marginados.

E—¿has ayudado a personas en el grupo?

Y—Sí, a través de comentarios o mensajes, dando consejos o puntos de vista.

E—¿Consideras que aprendes de ellos?

Y—De alguna manera leer sus experiencias o sentimientos me aporta, aprendo qué no hacer o qué hacer y que no todo es tan trágico. Hay testimonios de personas que logran tener una vida sana y estable.

E—¿cómo consideras tu estado mental actual?

Y—Actualmente me siento más estable que hace unos meses, estoy aprendiendo a controlar mis crisis y pensamientos con ayuda de la terapia y los medicamentos

E—¿Si una persona se acercara a ti pidiéndote un consejo porque está recién diagnosticada qué le dirías?

Y—Que se requiere mucha fuerza de voluntad para sobrellevar el tlp, pero no es imposible, que a pesar de que suele ser complicado, también tiene aspectos positivos. Lo importante es aceptarse y conocerse para poder asimilarlo mejor. ¡Y que lleve terapia! jaja

E—jaja... Oye ¿alguna te has sentido discriminada o poco valorada a causa de tener TLP?

Y—Sí, yo me sentía menos que los demás, aunque nadie lo supiera. El año pasado unos compañeros de la universidad dijeron que estaba medio loca por tener tlp y eso me hizo sentir muy mal, porque no sé cómo se enteraron.

E—Y con tus familiares y amistades ¿cómo lo has vivido, te has sentido apoyada?

Y—Mi familia no lo sabe, solo mi mamá, pero no tiene conocimiento del tema. Las personas que me han apoyado más son mis amistades o mis parejas

E—Cuando se lo llegas a contar a alguien ¿cómo han recibido la información?

Y—Creo que normal, algunos bien otros toman distancia

E—¿Alguna vez has sentido que tú misma dudas de tus decisiones, emociones, etc.?  
Y—Sí.  
E—¿Me podrías platicar de algo en específico?  
Y—Claro, por ejemplo, a veces suelo confundir la ira con la tristeza o la impotencia, no sé qué siento específicamente, sí lo que siento es fijo o no, porque suelo ser muy voluble  
En cuanto a decisiones, pues sí soy indecisa.  
E—Y actualmente ¿has encontrado estrategias para controlar tus estados de ánimo o crisis?  
Y—Trato de escuchar música, leer libros, llorar si es necesario, pero hace un par de días recaí en las pastillas después de mucho, tomé 5mg de clonazepam.  
E—Oh ¿son medicamentos que tienes a la mano?  
Y—No, los consigo en farmacias informales, no los tengo recetados  
Respondiste a Ysabella  
Trato de escuchar música, leer libros, llorar si es necesario, pero hace un par de días recaí en las pastillas después de mucho, tomé 5mg de clonazepam.  
E—¿Es fácil eso?  
Y—Por donde vivo sí, hay farmacias irregulares que los venden, pero son pocas.  
Y—¿Qué tipo de literatura sientes que más te ha ayudado?  
Y—La poesía o el cuento, pero sobretodo la poesía, a veces escribo  
No, los consigo en farmacias informales, no los tengo recetados  
E—¿Has pensado escribir sobre el TLP?  
Y—Mmmm..., no específicamente porque creo que es un poco cliché, pero sí hablo de la intensidad de mis sentimientos o cosas así.  
E—Que bien, pero ¿eso lo compartes, es decir publicas o son escritos personales?  
Y—Se lo muestro a personas cercanas, algunos los guardo solo para mí, otros los publico en tumblr o Instagram, en pie de fotos.  
E—Ah, qué lindo. Pues, ya casi estamos terminando Ysabella, por último cuéntame ¿crees que el TLP ha afectado tu trabajo o estudio?  
Y—Creo que sí, a veces suelo dejar de lado mis estudios cuando estoy depre o no le tomo importancia, Soy un poco relajada, pero no jalo cursos, jaja, solo no doy mi 100% a menos que sea algo que realmente me guste.  
Lo que se me dificultó en los trabajos fue el hecho de usar uniforme, como era manga corta y yo tengo cicatrices en los brazos, yo usaba un polo manga larga debajo para cubrirlas.  
E—Oh, y ¿te llegaron a decir algo por eso?  
Y—Por suerte no.  
E—No te pregunté antes, pero ¿a qué te dedicas?  
Y—Soy estudiante de Comunicación Social en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. He tenido un par de trabajos, pero cortos.  
E—Ya, y ¿te apasiona lo que estudias?  
Y—A veces, me apasiona la parte de mi carrera que es el Periodismo, porque es lo más cercano a la Literatura.  
E—Y ¿has pensado en estudiar letras, literatura o filosofía?  
Y— ¡Sería buenísimo! Comunicación social pertenece al área de Letras. De hecho, pienso estudiar como segunda carrera Literatura o hacer una maestría en eso  
E—¿te falta mucho para terminar la carrera?  
Y—Estoy cursando el 3er año, me faltarían dos años para acabar, el otro paso a especialidad que sería Periodismo.  
E—¡Que bien! finalmente una última última cosa, ¿cómo estas viviendo lo de la pandemia?  
Y—Pues es terrible, tengo mucho miedo, más incertidumbre de lo usual, no puedo ver a mis amistades o a mi abuela, pero a la vez me siento tranquila por momentos cuando

tengo tiempo para leer o dibujar. Lo complicado son las clases virtuales, me hubiera gustado llevarlas en presencial. ¡Estoy muy ansiosa, porque acabe todo esto!

E—Si, en realidad es algo que nos ha pegado a todos.

Y—En realidad sí es mucha incertidumbre

E—Bueno, Ysabella muchas gracias de verdad por contestar a mis preguntas. No sé si quieras agregar algo más.

Y—Creo que no, si no tienes que preguntarme nada más, si necesitas cualquier otra cosa, me escribes. ¡Gracias a ti por tu tiempo y te deseo muchos éxitos en tu proyecto de tesis! Es interesante, espero leerlo.

E—Si, cuando termine la tesis les haré saber los resultados. Muchísimas gracias nuevamente. Y también, si en algún momento necesitas algo información sobre la universidad de México, de algún posgrado o solo charlar, avísame. Ya tienes mi chat jeje

Un abrazo y que tengas muy linda noche

Y—Qué amable eres, lo tendré en cuenta. Espero los resultados de tu proyecto. Cuídate mucho, hasta pronto.

### **Entrevista 13**

Fecha: 08/junio/2020

Elvira tres personalidades. Edad: 43 años.

Profesión: Maestría en artes visuales.

Nacionalidad: española. Residencia: Andalucía.

E—pláticame un poco ¿cómo fue el proceso de diagnóstico para ti?

Ev—Bueno, yo tuve una primera crisis hace 20 años, en su momento me dieron el dx, yo estaba en Italia en aquel momento. Así que me tocó volverme para España a buscarme un psiquiatra y me dieron el dx TLP disociativo y ahí empecé a tomar medicación un antidepresivo, un antipsicótico, un estabilizador del estado de ánimo, relajantes, pastillas para dormir hasta 17 pastillas al día me tomaba. Tuve una crisis porque cambié de pareja cambié de ciudad y fui a peor y en el 2012, yo empecé a tener crisis de ansiedad muy fuertes, tenía insomnio, incontinencia, taquicardias, alucinaciones auditivas y visuales y tuve problemas en el trabajo me despidieron, mi pareja me dejó, fue horrible, tuve tres años de baja, me encerraron en una institución, allí me auto lesionaba, me tuvieron que atar tres días a una cama y bueno fue horrible. Eso fue en Madrid, me trasladé a Palencia, que es de donde soy que es una ciudad pequeña, me mudé con mi familia, comencé a ir a hospital de día, hacía actividades cognitivas de memoria, adquirir hábitos saludables y cosas de estas, en el 16 tuve otra crisis muy seria, intente hacerme una lobotomía yo sola porque no soportaba ver a la gente feliz y estuve ingresada también en el 2017 me sentía muy sola, diferente, con un vacío tremendo, comencé a tener comportamientos autodestructivos, cleptomanía, prostitución, un poquito este tipo de comportamientos, me volvieron a ingresar otra vez y ahora estoy más o menos estable. El próximo jueves iré a conocer a un psiquiatra especialista en TLP a ver si me ayuda, porque aunque estoy estable, no soy capaz de tener ningún tipo de ilusión, eso me hace sentir muy vacía muy triste, no puedo llorar, estoy jubilada desde hace ocho años por causa de la enfermedad y entonces mi vida pasa y pasan los días sin pena ni gloria.

E—¿Me puedes platicar cómo te jubilaste, en México es distinto las personas no se pueden jubilar por EM, me podrías platicar como es el proceso?

EV—Primero tienes que estar 18 meses de baja, tienes que presentar a un tribunal médico a especialistas de salud pública tu expediente, te hacen una evaluación para confirmar los estudios que te han hecho los médicos. Existen tres tipos de jubilaciones, la primera es una minusvalía por discapacidad, me dieron una minusvalía del 59% con eso vas al tribunal médico te pueden dar una incapacidad parcial en la que indican que solo puedes trabajar algunas horas, una licencia por incapacidad total que quiere decir que no puedes

trabajar en lo que tú haces, pero puedes trabajar en cualquier otro campo o una incapacidad absoluta que quiere decir que no puedes trabajar en absolutamente nada, que es mi caso. A mi me dieron una incapacidad absoluta, te asignan una pensión y cada tres años o algo así para revisar que sigues enfermo lógicamente, y te vuelven a dar la incapacidad, te pueden dar citas durante toda la vida.

E—¿Tu como has vivido ese proceso, cómo viviste la renuncia al ámbito laboral?

Ev—Pues para mi fue muy duro porque tengo un doctorado en historia del arte un master en rh, siempre he trabajado y sentirme poco productiva me frustraba, pero al mismo tiempo sí me daba cuenta que no soy capaz, porque tener que defender mis opiniones, mis ideas enfrente de quien sea aún sean mis familiares, es muy difícil, me comienza la ansiedad, las alucinaciones, o la disociación, yo tengo tres personalidades distintas, entonces soy consciente de que no puedo trabajar, me frustra pero creo que es lo mejor que han podido hacer.

E—¿Cómo has vivido la enfermedad con tu familia, con las personas que están a tu alrededor, qué tanto han aceptado tu condición?

Ev—Bueno, al principio fue complicado porque nadie sabía lo que era el tlp y me veían deprimida y me decían lo típico no, “venga ánimo, ponte alegre” y cosas que no ayudan en nada y qué más quisiera yo que ponerme alegre, pero a raíz de tener los dos primeros intentos de suicidio, mis padres se involucraron más, mis hermanos también, mi hermana mayor es psicóloga y entonces pues bueno, están pendientes de mi todo el rato, me dejan a mi aire para que tenga independencia, yo tengo 43 años y me llaman cada dos días, me dejan ir a verles, porque saben que la soledad me afecta mucho. La verdad es que he sido muy afortunada por que tengo una muy buena red de apoyo social, tengo dos amigas también que conocí en el hospital y ellas me apoyan cuando me siento mal, la verdad es que soy muy afortunada.

E—Eso es muy importante.

Ev—Aunque yo me he vuelto muy asocial, no me gustan las fiestas de cumpleaños, las reuniones de navidad, las reuniones sociales, de verdad no puedo con ellas, porque está toda la gente feliz, veo a mis hermanos con sus trabajos, sus familias, con sus hijos a mis amigas con sus hijos y yo me enfado y digo ¿qué es lo que he hecho mal? Si yo he tenido la misma educación que mis hermanos ¿por qué yo no puedo tener eso? Y me enfado mucho, ya hemos aceptado en las reuniones familiares que cuando yo me siento así me voy a otra habitación, medito unos 20 minutos, luego me incorporo a la reunión y no ha pasado nada, nadie pregunta nada, mis sobrinos no me preguntan nada y ya está.

E—¿Actualmente tomas medicamentos?

Ev—Sí.

E-- ¿Qué estás tomando?

Ev—Tomo Fluoxetina, Mitafrapina, lexatin (bromazepam -benzodicepinas-).

E—¿sientes que los medicamentos te han ayudado del todo en tu condición?

Ev—No sé si me han ayudado del todo, lo que sí que sé, es que cuando he dejado de tomarlos, porque las voces me decían que dejara de tomarlos, he tenido crisis muy fuertes, yo no sé si estoy dopada todo el día, o si por los medicamentos estoy más apática, por ese motivo o no, con un carácter más plano, más lineal, pero cuando he dejado de tomarlos, he tenido más alucinaciones, me da mucha ansiedad, disociaciones, he estado mal.

E—¿te has ayudado además de las terapias psicológicas y los medicamentos de otras herramientas para gestionar tu condición?

Ev—sí, estuve durante 5 meses a psicoanálisis, y también he practicado Reiki. El Reiki me ha ayudado a aprender a meditar porque tengo constantemente ruido mental y me ha ayudado a centrar un poco las ideas, el psicoanálisis me ayudó al principio iba dos veces por semanas, y me funcionó como los dos primeros meses o algo así, lo que pasa es que mi psicoanalista estaba obsesionado que tuve que haber sufrido abusos en la infancia, y yo no tengo ningún recuerdo de eso, vamos íbamos por líneas de investigación muy

distintas y a los meses lo deje, por que no podía su obsesión era “Eva has tenido que sufrir abusos en la infancia, porque la gente con TLP, han sufrido abusos cuando eran pequeños tienes que recordar, algún pariente, amigo de tus padres, yo no tengo ningún recuerdo de eso.

E—¿A qué le atribuyes tú el desarrollo de esta enfermedad?

Ev—Bueno yo desde la infancia fui una niña muy distinta, yo con 6 años me hicieron una evaluación psicológica y determinaron que tenía un CI muy alto de 148 parece que era, me ofrecieron ir a estudiar a Barcelona, a un colegio privado especializado, pero dije que no porque no me quería sentir un bicho raro y sin embargo me mantuve en mi colegio de Palencia pero sufrí mucho acoso escolar, yo no sabía por qué pero hasta los 16 17 años sufrí acoso escolar, me cambiaba de centro volvía a sufrir acoso escolar, no sabía por qué hasta que los 18 años me cogí me fui a vivir a Italia y dije bueno voy a reinventarme, me voy a empezar de cero y fue por eso por lo que me fui a vivir al extranjero. Entonces yo creo que igual va por ahí, creo que tiene que ver con el acoso escolar.

E—¿Cuándo estuviste en Italia cómo te fue, porque me cuentas que ahí fue tu primera crisis?

Ev—Yo al principio me sentía muy bien, porque no tenía que dar explicaciones a nadie de quien era o cómo era, me había reinventado a mi misma, lo que pasa es que yo en ese momento estudiaba en la universidad y compartía tres trabajos para poder mantenerme entonces fue una sobre carga emocional muy fuerte y tuve mi primera crisis yo tenía 22 años.

E—¿Actualmente estos momentos de crisis sientes que tienes más herramientas para poder controlarlos?

Ev—Pues yo he hecho dentro de la seguridad social aquí de España, una terapia cognitivo conductual y unas jornadas de psicodrama y me han ayudado en cierto modo a comprender que bueno, lo de los pensamientos, las emociones y las actitudes están todas correlacionadas y el psicodrama me ayudó a trabajar con cuestiones emocionales, lo que pasa es que no lo tengo interiorizado. Entonces hay veces que lo aplico y a veces no lo aplico, a veces gana la crisis.

E—Durante todo este tiempo, al pasar por varios tratamientos e instituciones como has sentido el trato de los psiquiatras y personas que te han atendido, ¿alguna vez has sufrido algún tipo de negligencia?

Ev—No, nunca. Siempre han sido todos encantadores han intentado ayudarme, siempre han tratado de profundizar, el psiquiatra que tenía antes, fue el que me sugirió el psicodrama, y la que tenía antes fue la que me sugirió la terapia cognitivo conductual, estupendo. Si es verdad que ahora me han cambiado a la psicóloga y al psiquiatra porque hubo una reestructuración en la institución y la psiquiatra actual solo se preocupa de la medicación, me llama por teléfono “Eva ¿cómo estas?” y yo “estoy igual” y ella “bueno vamos a dejar la misma medicación y te doy cita para noviembre. Pero te estoy diciendo que estoy igual, has algún cambio. Entonces es menos, me pregunta menos por mí, la nueva psicóloga, la voy a conocer el día 18, no sé cual es su corriente. Iré a ver a este psiquiatra a Madrid que es especialista en tlp, para ver si me puede ayudar a nivel privado. El informe que él me haga como voy por privado no me va a servir a nivel institucional.

E—¿Cómo has conectado a los especialistas que has visto?

Ev—el primer psiquiatra que vi fue recomendación de mi hermana mayor, estuve con una terapeuta familiar que trabajaba con constelaciones, también recomendación de ella, cuando vine a Palencia el psicoanalista me lo buscó mi hermana pequeña. El psiquiatra que voy a ver el jueves me lo recomendó un primo que tiene trastorno narcisista y a él le ha ayudado mucho. Entonces voy a ver de qué va.

E—¿Tu te has informado sobre el tlp, has leído textos, información?

Ev—Todo (rie), todo lo que he podido, he visto videos en youtube, estoy en tres grupos de Facebook, me he leído diamantes en bruto, tengo el emocionario también, todo lo que he

podio, lo que pasa es que yo no me siento identificada en muchas cosas con los TLP, porque digamos yo he podido desarrollar una carrera profesional, he podido tener pareja, he vivido en pareja, entonces yo mis autolesiones no era cortándome solo me arañaba, no tengo cicatrices, nunca me ha pillado la policía, el alcohol siempre lo he hecho en mi casa solo para evadirme, nunca he montado una escena, cuando me prostituía sí que estuve como dos meses prostituyéndome y cuando vi que perdí el control porque ya eran 7 u 8 hombres al día, fui yo sola al psiquiatra de urgencias, le dije me pasa esto necesito que me ingreses y estuve 20 días internada, entonces he sido siempre muy consciente de mis limitaciones. No tengo ataques de ira soy una mujer super tranquila, complaciente, super lineal en todo, entonces no me siento identificada mucho con otros tlp.

E—me contabas que tu tlp es disociativo, que tienes tres personalidades ¿me podrías platicar sobre eso?

Ev—Sí, pues yo soy una mujer tranquila, dulce, complaciente, generosa, estoy educada como se dice aquí en España a la antigua, con responsabilidades de una casa, de una familia, de un trabajo, pero cuando me estreso me surge otra personalidad que se llama Edel que es una mujer de mi edad, pero es lo que aquí llamamos una ejecutiva agresiva, empoderada, triunfadora, con mucho carácter promiscua, todo lo que no soy yo, ella toma las riendas y me he encontrado con despertarme en la cama con gente que no sabía quien era, comencé a escribir un diario, para saber cuando era yo y cuando era ella, tenía la casa llena de post it con recordatorios “has quedado en tal sitio a tal hora con tal persona” o “el que está en tu cama se llama de esta manera”, porque tenía Amnesia. Tenía muchos problemas, de repente me tomaba algo frío y me daba cuenta que estaba en un bar y no sabía como había llegado allí, la gente me saludaba en la calle y no los conocía, es una situación complicada. Aparte tengo una niña que se llama maría que debe tener unos 5 o 6 años y ella surge cuando estoy agotada mentalmente, entonces lo único que quiere son mimos, que mi madre la abrace le acaricie el pelo o mis hermanos, que le hagan papilla para comer, es una niña indefensa, esa surge cuando tengo mucho ruido mental, así más o menos.

E—¿cómo llegaste a estos grupos de Facebook?

Ev—La he vivido de forma positiva, son 20 años ya, trato de apoyar a la gente que es nueva, que les acaban de dar el diagnóstico, que se siente perdida, intento compartirles un poco mi experiencia, quitarle hiedra al asunto que nada es tan dramático, les comparto mi experiencia y les trato de decir que con un buen apoyo familiar, con una buena terapia podemos ser funcionales. Pero bueno, a veces se me rompe el corazón de escuchar o de leer que sí que han sufrido abusos, o que les echaron de casa o que consumen sustancias y están totalmente perdidos.

E—Veo que tu participación en el grupo es más de dar contención, pero ¿en algún momento tú has publicado algo para recibir apoyo?

Ev—Sí también lo he hecho.

E—¿Te has sentido apoyada cuando lo has hecho?

Ev—En dos ocasiones me han enviado mensajes por privado para decirme oye, si quieres hablamos, eso es reconfortante, pero en otras ocasiones cuando escribes “me siento una mierda, me quiero morir, estoy desesperada” y comienza a recibir, yo también, yo también, yo también, eso no ayuda mucho (rie). Bueno y sí hay gente que te dice, hablamos y vemos qué necesitas y bueno eso está bien.

E—¿Has establecido nexos afectivos en estas redes?

Ev—No, lo que sí que Erel, tiene cuenta en varias redes sociales de contactos y en una página web de prostitución, ella habla con hombres de distintos sitios, tiene sexo virtual, habla con desconocidos, ella utiliza a los hombres, cuando se aburre les manda a paseo y ya al siguiente. Pero en Facebook solamente estoy yo, ella está en contactos de citas.

E—¿Qué es lo que tiene que pasar para que estas personalidades regresen a ser tu?

Ev—En el caso de Erel, cuando se aburre, surjo yo. Ella es un poco psicópata, juega con la gente y muchas veces yo la oigo que estoy ella y yo con alguien y me dice no le hagas caso a esta persona y me recrimina que yo sea una buena persona. Muchas veces me ha pasado conduciendo y verlas a las dos discutiendo sobre mí, una me defiende la otra me ataca y así.

#### **Entrevista 14**

Fecha: 08 de Junio 2020

Marla. Edad: 29 años

Profesión: actriz.

Nacionalidad. Mexicana. Residencia: Guadalajara.

E—¿Cómo te enteraste que tenías TLP y cómo fue el proceso diagnóstico?

MV—Cuando me detectaron TLP fue por una crisis emocional, evitaron que me aventara de un tercer piso. Me llevaron a un instituto que me hicieron pruebas psicométricas y me dieron ese diagnóstico, me dijeron que tenía que llevar un tratamiento psiquiátrico y psicológico, el psicólogo que me atendió me dijo que es muy difícil porque casi no hay psicólogos especializados en TLP, en ese momento pensé: “me afecta el que no tenga cura, a veces por eso pienso que es mejor morirme”.

Después comencé a ir a una terapia dialéctico-conductual. En general he estado en crisis desde los 19 años, pero cada que paso una crisis aprendo y puedo manejar mejor ahora los momentos de crisis. Antes pensaba que todos estaban en mi contra, que yo no era el problema, después entendí que el problema era yo.

Dejé la terapia y volví porque hubo un momento en el que volví a sentir que podía deprimirme, pero ahora todo bien.

E—¿has tomado medicamentos psiquiátricos?

MV—He tomado fluoxetina y clonazepam, pero lo dejé porque me ponía muy mal, me daba mucho sueño todo el tiempo y me sentía muy torpe. Lo dejé y en mi última crisis me recetaron Certralina y Alprazolam y me ha ayudado, pero en general creo que los efectos positivos van más allá del medicamento, pues no solo es cuestión de querer estar bien sino de hacer un trabajo. En mi caso amé la terapia, se la recomiendo a todo mundo y en realidad yo podría estar solo en terapia sin problema ¡me encanta!

E—¿Alguna vez has tenido una mala experiencia con algún psicólogo, terapeuta o psiquiatra?

MV—Solo con el primer psicólogo que visité, me sentí rechazada por él y una vez fui con un psiquiatra que sentí que no me ayudó en nada, me preguntaba muchas cosas pero no funcionó ni me medicó ni tampoco hizo nada.

E—¿A qué le atribuyes el origen del TLP en tu caso?

MV—Siempre me sentí el patito feo de mi familia, desde niña, creo que mi TLP puede ser hereditario porque creo que mi papá tiene Trastorno Bipolar y mi mamá también es TLP, nunca han ido al psicólogo ni nada, cuando se los sugiero me dicen que estoy loca, pero por la forma en cómo actúan creo que es así. Mi papá es super alcohólico.

Además, yo de niña sufrí abuso sexual, fue a los 14 años y a partir de ahí sentí que todo cambió, porque cuando se lo dije a mi mamá no pasó nada porque él era de mi familia. Así, que no fui atendida por nadie y no sentí el apoyo de nadie, me sentía muy sola. Todo eso me causó muchos problemas, cuando entré a la prepa tuve a mi primer novio y cuando intentábamos estar juntos (tener sexo) yo lo empujaba y comenzaba a llorar, porque recordaba lo que me había pasado, la verdad es que mi novio fue muy comprensivo, nunca me obligó a nada y hasta que le dije lo que me había pasado pudimos estar juntos. Por otro lado no creo que el TLP me haya afectado como a otras personas, yo soy muy extrovertida, en ese sentido puedo hacer amistades con facilidad, creo que el teatro me ha ayudado mucho, me encanta actuar, disfruto mucho lo que hago.

E—¿Alguna vez te has sentido discriminada o rechazada a causa del TLP?

MV—Creo que lo sentía con mi mamá y mi familia. Pues siempre atribuyen todo a mi TLP, no entienden que es algo serio y que con eso tengo que lidiar toda mi vida. Además de eso, por el intento de suicidio que tuve en la universidad [cuando trató de aventarse desde el tercer piso] sentía que todo el mundo tenía más consideraciones conmigo. No sé si eso cuenta como discriminación, pero a veces me sentía ya muy incómoda con eso.

E—¿Alguna vez, has dudado sobre las decisiones importantes a causa del TLP?

MV—Muchas veces, una vez cometí un gran error por no poder controlar mis emociones y perdí a una persona muy valiosa [su mejor amiga].

E—¿Cómo fue tu llegada a los grupos de Fb?

MV—Buscando ayuda, así no me siento sola, es una forma de hacer comunidad con personas que son como tú, te sientes apoyada y muchas veces me han ayudado los comentarios que me hacen, aunque alguna vez, personas del mismo grupo me decían que solo quería llamar la atención, pero de todo se aprende y tomo lo que me sirve, en general me siento muy bien en el grupo.

De hecho, tengo mi propio canal en YouTube en donde hablo desde mi punto de vista como paciente con TLP, siento que es importante que los demás sepan cómo nos sentimos y sobre todo cómo pueden ayudarnos.

E—¿qué tan identificada te sientes con los criterios del TLP?

MV—Me siento muy identificada, la verdad es que cada que he leído sobre el TLP todo me checa.

E—¿cuáles son los factores que desde tu impresión determinan la aparición o desarrollo del TLP?

MV—creo que es 75% familiar, porque en mi caso creo que mi mamá y mi papá están muy mal, un tío se suicidó, entonces creo que eso es lo más importante y después lo social y lo biológico.

E—¿Cómo te ha afectado o cómo has vivido estos días de confinamiento por la pandemia?

MV—Muy al principio me afectó porque estaba saliendo con alguien, pero como las cosas no iban bien ya con mi familia siento que estoy en mayor control. Al paso de los días me he sentido más tranquila.

## **Entrevista 15**

Fecha: 09 de junio de 2020

Rita. Edad: 41 años

Escolaridad: preparatoria.

Nacionalidad: mexicana. Residencia: Guanajuato.

E—¿Me podrías platicar cómo fue tu proceso diagnóstico?

R—Comencé con insomnio y una depresión muy grande, me casé, pero no salió y caí en una depresión muy fuerte y comencé a tener alucinaciones, tenía alucinaciones [olfativas] con el olor a gas, yo sentía que todo el tiempo olía a gas y todos me decían que no, pero también sentía cosas en la piel, como si tuviera bichos [kinestésicas] pero no tenía nada. Después comencé a ver a Federico [alucinación visual] bueno así lo bauticé. La primera vez que apareció fue cuando mi pareja se fue y cuando me subí a mi camioneta lo vi en la parte de atrás por el espejo retrovisor. La verdad me asusté mucho pero después entendí que solo está en mi mente. De hecho, cuando conozco a alguien nuevo, pienso “eres real o no”, hasta que ya veo que otros también le hablan, hasta entonces ya puedo hablarle a esa persona.

Cuando fui al médico me hicieron todo tipo de estudios, de la tiroides, me hicieron una tomografía y después de eso me dijeron que tengo TLP [hace 12 años]. La verdad me sentí muy mal cuando me dijeron, porque yo tenía una sobrina que también la

diagnosticaron con TLP y yo en especial la trataba muy mal la juzgué mucho, ella siempre fue la más relajada de la familia y yo siempre le decía que estaba loca. Después la entendí.

E—¿De qué manera has asimilado el Diagnóstico?

R—Pues poco a poco me he quedado muy sola, yo no era así antes. Era muy apegada a mi familia, pero con el paso del tiempo trato de no ver a nadie, no quiero que me juzguen. Me he quedado sin amigos y tiendo a deprimirme mucho por eso. En realidad los evito por mis estados de ánimo, tiendo a ser muy explosiva y grosera y, eso hace que las personas también se alejen de mí, siento que mi TDHA los desespera. Mi TDHA y mi TLP no se llevan, esa mezcla hace en mí a veces una explosión que hace que nadie me aguante, hasta mi psicóloga me abandonó, siento que a la gente en general les da miedo acercarse a mí.

E—¿A qué te refieres con que tu psicóloga también te abandonó?

R—Pues un día simplemente de la nada me llamó y me dijo que ya no podía atenderme más, que yo necesitaba un tipo de ayuda más especializada y que ella no podía dármela. Me mandó con un psiquiatra, pero la verdad es que yo no tengo dinero para eso [su psicóloga era del IMSS].

E—¿Alguna vez te has sentido discriminada por tu diagnóstico?

R—Sí, por eso casi no me gusta contarlo, los únicos que saben son mi familia y mi ex pareja [que aún vive con ella, la pareja tiene problemas de drogas y alcohol]. A los de mi trabajo de plano no les cuento nada, si solo me juzgan porque a veces soy muy desesperada, una vez me atreví a contarle a un amigo del trabajo, pero la verdad me arrepentí porque me hacía burla, una vez me dijo “Ruth no nos vayas a matar como el Jocker” y eso me molestó mucho. Bueno, también le tuve que contar a mi jefa eso sí y ella, me mandó a hacer estudios para saber si no era una persona de riesgo. De hecho, creo que a ella le conviene mi trastorno porque soy muy apasionada, no dejo las cosas hasta que no las termino y cuando las cosas en el trabajo no me salen bien me frustró mucho y hasta mi jefa me dice que me relaje, yo misma me canso de eso.

A veces pienso mucho en que sería mejor morirme, pero hasta para matarme soy pendeja, siento que no sirvo para eso.

E—¿A qué le atribuyes la aparición o desarrollo del TLP?

R—Pues no sé si tenga que ver, pero desde los dos años sufrí de de abuso sexual y a pesar de todo lo que vivimos en la niñez [se refiere a sus hermanos] tratamos muy bien a mis papás, estamos pendientes de ellos. Se separaron desde que yo era muy pequeña. Mi padre era alcohólico y muy violento, mi mamá no quería tenerme, siempre me decía que quiso abortarme tres veces y falló. Desde que nací comenzaron los problemas, permanecí en la incubadora por mucho tiempo como un mes, porque mi mamá tenía varicela y no podía cargarme ni alimentarme, ella nunca pudo cargarme, cuando yo me acercaba me decía que no podía cargarme porque trabajaba pelando chiles. Creo que tenía como dos años cuando comenzaron a abusar de mí, soy la más chica de todos mis hermanos, en ese tiempo mi mamá tenía que salir a trabajar y me dejaba sola porque mis hermanos se iban a la escuela, y pues los vecinos se dieron cuenta que yo me quedaba sola en la casa y cuando vieron la oportunidad iban y abusaban de mí. A veces, yo terminaba yendo a tocar la puerta de uno de ellos porque me daba de comer, yo era muy pequeña y no tenía comida y por lo menos sentía que él me hacía compañía. Yo sé que no estaba bien, pero no veía qué más podía hacer. Cuando se lo conté a mi mamá, tenía como cinco años y no me creyó, así que el tipo siguió abusando de mí, ya no me acuerdo hasta cuando creo que yo tenía como diez años. Yo no merecía vivir lo que viví a esa edad, yo no fui la que falló, pero eso me marcó demasiado. Siento que por eso también terminó mi ex conmigo, soy torpe para expresar lo que siento, sé lo que siento, pero no sé cómo decirlo y termino haciendo que se vayan y creyendo que soy mala.

E—¿Actualmente tomas medicamentos psiquiátricos o los has tomado?

R—Sí, es la única opción que tengo porque me quedé sin terapia.

E—¿Qué medicamentos tomas y quién te los recetó?

R—Tomo Velanafaxina [antidepresivo], Valproato [anticonvulsivo], Olanzapina [antipsicótico] y tomo uno que se llama Vivance [se indica para las personas con presión arterial y al parecer Ruth no sufre de la presión] por mi cuenta (se automedicó éste último). Los medicamentos me los recetó una psiquiatra que me recomendó mi hermana, pero solo la he visto una vez.

E—¿cómo llegaste a los grupos de Facebook?

R—Cuando dejé de ver a mi psicóloga me sentía muy sola y comencé a buscar ese tipo de grupos porque me quedé sin amigos y sin nadie con quien hablar, así que en los grupos me siento identificada con las personas, hay personas que luego entran y nada que ver, pero la mayoría me hacen sentir bien, por lo menos acompañada.

E—¿Alguna vez te has encontrado con alguien del grupo físicamente?

R—No, me da mucho miedo porque para mí es muy difícil entablar una relación físicamente. He llegado al grado de comprarle un carro a un amigo solo porque me abandonara, la verdad es que hago cada pendejada, que prefiero no ver a nadie. Me encariño demasiado rápido y sé que eso para muchos puede ser muy asfixiante. A veces las personas me dicen “ya vez por eso nadie se queda contigo” A veces como broma, pero a mí no me da risa.

E—¿cómo has vivido estos días de confinamiento?

R—Normal la verdad porque yo no he dejado de trabajar, trabajo en una fábrica que consideraron como trabajo esencial y mi jefa nos está pagando más por cubrir turnos, creo que es cuando más he trabajado, así que no lo he vivido nada mal, excepto porque he trabajado mucho a veces salgo hasta las 10 u 11 de la noche del trabajo, pero está bien porque llego muy cansada y ya no me da tiempo de andar pensando en nada.

## **Entrevista 16**

Fecha: 10 de junio 2020

Katty. Edad: 35 años.

Profesión: Posgrado en Educación Especial.

Nacionalidad: boliviana. Residencia: La Paz.

E—¿cómo te enteraste que tenías TLP?

K—Desde la adolescencia ya manifestaba algunas cosas que se intensificaron a los 23 o 24 años. Me diagnosticaron con TLP después a los de un divorcio bastante caótico, hace tres años. Sufrí de mucha violencia el que era mi esposo me golpeaba, en esa ocasión me pegó en la cabeza y me tuve que salir de la casa y denunciarlo. Después de eso caí en una depresión muy fuerte y traté de suicidarme. Me llevaron al hospital psiquiátrico y ahí me diagnosticaron con Depresión Mayor, me hicieron un Electroencefalograma y a partir de esos resultados me dijeron que tenía TLP. Me dijeron que mi personalidad era inestable y me medicaron con clonazepam, diazepam, carbamazepina [anticonvulsivo] y clorpromazina [antipsicótico]. Con eso estuve durante dos años; pero como me ponía muy mal y prácticamente estaba drogada todo el tiempo los dejé de tomar y un psiquiatra nuevo me recetó Fluoxetina y solo cuando me sintiera muy ansiosa el clonazepam. Desde hace 8 meses ya no tomo nada.

E—¿Cómo fue tu experiencia de internamiento?

K—La verdad fue un infierno, no sé como sea todo en México, pero aquí en Bolivia la salud mental es algo que es muy estigmatizado y en el hospital psiquiátrico en lugar que me ayudaran la verdad es que me sentí peor. Me tenían encerrada y era horrible, cuando al fin me iban a dar de alta después de tres semanas, el psiquiatra que me dio de alta salió de vacaciones y el día que me tocaba irme el residente no quiso firmar el acta y la verdad que

ahí si me puse a gritarle a todo el mundo porque yo ya quería salirme de ahí, todo era muy malo, estaba en un cuarto de dos por, me amarraban y solo podía ir al baño una vez al día; solo en algunos momentos podía salir y me sentía más libre, cuando eran los días de convivencia. Por eso cuando el doctor me dijo que no podía salir hasta que llegara mi médico tratante me puse así, me dieron ganas de llorar y me puse agresiva la verdad los comencé a insultar y solo quería salir corriendo de ahí y por eso me volvieron a encerrar y ya no salí hasta después de tres o cuatro días que regresó el psiquiatra que me trataba y me preguntó que qué hacía ahí, si él ya me había dado de alta y ese mismo día él me dejó salir. Pero fue muy traumático lo que viví ahí era como de película de terror, a nadie le deseo algo así.

E—¿Y cómo ha impactado en tu vida el diagnóstico?

K—Ha sido un proceso muy complicado, lo he sufrido mucho, aquí en mi país la gente está muy desinformada sobre la salud mental y las personas que se han enterado que tengo TLP me tratan de loca en mi familia por ejemplo, me llegaron a agredir físicamente. Aquí está muy mal visto tener un diagnóstico psiquiátrico y en general las personas con discapacidad aquí son muy maltratadas y discriminadas. A mí por ejemplo, me internaron en contra de mi voluntad y no pude hacer nada para defenderme, estuve investigando un tiempo de algún abogado para denunciar a la institución y hacer algo, pero nadie se dedica a eso y lo abandoné.

E—¿En tu trabajo saben que tienes TLP?

K—No, no ni pensarlo. Nadie más que mi familia lo saben, de hecho, tengo una pareja actualmente y no le he querido decir que tengo TLP porque es algo por lo que a uno lo hacen menos, si yo dijera que tengo TLP pondrían en duda mis conocimientos, me gusta mucho mi trabajo y no quiero perderlo.

E—¿En qué trabajas actualmente?

K—Soy profesora y me dedico a la investigación, estudié educación y tengo una maestría en Educación especial, me especialicé en personas con discapacidad auditiva y trabajo con el lenguaje de señas. Por eso para mí es muy importante el tema de la discapacidad, yo creo que las personas con TLP somos muy capaces, a mí por ejemplo en el trabajo siempre me ha ido muy bien, nunca he tenido problemas en ese sentido. Soy una persona muy responsable y me apasiono con lo que hago, me gusta mucho ayudar. Pero si las personas se enteraran de mi diagnóstico seguramente pondrían en tela de juicio todo lo que hago.

Aquí en mi país se necesitan de muchas reformas sobre salud mental y en general para personas vulnerables, estamos en eso muy mal la verdad.

E—Además de tomar medicamentos ¿has intentado estar en terapia o hacer otras cosas para gestionar el TLP?

K—No, terapia no porque la experiencia del hospital psiquiátrico la verdad es que me dejó muy mal, solo cuando estaba medicada iba con el psiquiatra a que cambiara mis medicamentos y eso es todo hasta que los dejé y espero no volver a necesitarlos, estoy en una etapa de mi vida en que me siento muy estable, me siento feliz con lo que hago, tengo una pareja con la que me siento bien y ahora sé que es cierto cuando el psiquiatra me decía que las personas con TLP a pesar de tener ese diagnóstico podemos ser funcionales y tener muchas capacidades. Lo único que a veces me cuesta un poco es que no puedo estar con mis hijas todo lo que quisiera, yo quisiera tenerlas conmigo, pero cuando me internaron me las quitaron.

E—¿Quién te las quitó o cómo fue eso?

K—La custodia la tiene mi madre, mis hijas tienen 17, 12 y 4 años y mi mamá por temor a que yo estuviera realmente muy mal y les fuera a hacer daño metió una demanda para solicitar la custodia y ella las tiene y las cuida, yo solo las visito con frecuencia. Por un lado, pienso que eso no estuvo tan mal, después de lo de su papá yo realmente estaba mal y admito que las descuidé por la depresión, solo me la pasaba llorando y a veces ni

me acordaba de darles de comer eso también fue muy malo. Ahora que estoy bien me gustaría tenerlas conmigo, pero las veo con frecuencia.

E—¿Cómo llegaste a los grupos de Facebook?

K—Comencé a buscar los grupos por curiosidad, tenía ganas de conocer a otras personas como yo y en algunos grupos su hasta me ponía mal porque compartían muchas cosas como de descargas emocionales y posteaban cosas como “voy a suicidarme” hasta ponían cómo lo iba a hacer, eso me desestabilizaba porque me conectaba con lo que me pasó a mí. Así que estuve probando y de algunos me salí, el que más me gusta es el de TLP ¡Bienvenido amigo! Creo que en ese sí ponen memes y a veces cosas muy tontas, pero también comparten buena información, es en el que más participo, en los demás casi no soy activa, ni los reviso.

E—¿Te sientes identificada con el diagnóstico y con las personas de los grupos?

K—Sí me identifico y con algunas personas, pero no lo diría abiertamente. Las personas de Facebook son desconocidos no forman parte de mi círculo social en la vida real, eso sería imposible.

E—¿A qué le atribuyes el desarrollo del TLP?

K—Creo que es mucho por vivir situaciones de abuso, muchas personas en el grupo comparten eso, a mi por ejemplo un tío abusó de mi, mi padre era alcohólico y mi mamá bastante violenta, ahora ya ha cambiado mucho con mis hijas es muy distinta, pero a mi me pegaba mucho y no sé si sea hereditario o no, solo tengo un tío que tiene retraso mental, aunque creo que mi mamá también tiene algún trastorno de personalidad, no TLP pero no creo que esté del todo bien.

E—Finalmente K. Cuéntame ¿cómo has vivido el confinamiento por la pandemia, te ha afectado?

K—No, la verdad es que no me ha afectado. Estoy trabajando mucho por línea y estoy en varios proyectos en la escuela donde trabajo, precisamente para implementar nuevas estrategias para aplicar con los niños a distancia. Así que estoy bastante ocupada, me la paso bien sola y sigo visitando a mis hijas con todos los cuidados, así que no he tenido ninguna crisis ni nada, como te decía creo que es una etapa bastante estable.

## **Entrevista 18**

Fecha: 16 de junio 2020

June. Edad: 33 años.

Nacionalidad: chilena. Residencia: Antofagasta.

E—¿Hace cuánto tiempo te diagnosticaron y cómo fue el proceso?

J—Mira, yo fui diagnosticada hace poco, hace como cinco años atrás, mi dx fue por una crisis que tuve muy grande de descompensación, yo creo que he ido notando que yo desde hace mucho tengo síntomas no solo de forma psicológica, sino de forma física. Mira mi estudié teatro y en las clases me desmayaba, desayunaba y dormía bien, todo bien, no había razón para desmayarme y me hicieron estudios y me dijeron que era probable que fuera del corazón me dieron unas pastillas y me dijeron que era una descompensación vagal, yo no tenía no idea, pero cuando yo investigué me di cuenta que todos lo tienen y entonces pensé, eso no es un diagnóstico. Eso pasó, pero después yo seguí con los mareos pero no con los desmayos, sí seguí con los varios de perderme un poco por no saber qué estaba pasando. Claro, estaba con una vida emocional muy desequilibrada, cuando comenzó todo yo había sido mamá hace no mucho por lo cual fui mamá adolescente, años después tuve una relación muy mala viví problemas de violencia y maltrato de parte de mi pareja y asumo que no estaba nada estable, por eso creo que el cuerpo me mandaba mensajes de que algo no estaba bien. Desde los 20 a los 30 tuve tres intentos suicidas y con el tercero fue que yo recién empecé a ir al psiquiatra, nunca antes había visto a alguno, como que siempre mi familia trataba de ocultarlo y les daba miedo

que me llevaran detenida, que se llevaran a mi hija por eso preferían cuidarme en la casa; ya en esta tercera ocasión, pues mi hija estaba más grande y se involucraron los caseros, los carabineros y solo así tuve que tomar tratamiento psiquiátrico y psicológico. En el fondo yo lo hice porque me estaban vigilando, pues en el juzgado se ordenó que tenía que tomar el tratamiento para poder tener a mi hija, y a ver, yo antes había intentado con psicólogo e ir a algunas terapias, pero no me alcanzaba la plata y en algunos casos no me sentía conectada, alguna vez me dijeron que tenía depresión encubierta y después ya que le conté al psiquiatra de ya la última vez, ya me dijo que yo no lograba estabilizarme y de hecho me hizo el dibujo de que uno debería de estar así [señala con la mano una línea recta] y yo siempre estaba así [señala una línea en ondas], entonces me dijo que la medicación que él me iba a dar era para que una línea se fuera alineando con la otra y uno estuviese estable. Estuve con tratamiento como tres años con pastillas, quetiapina 500grs al día, lamotrigina 300 grs., a parte de eso me sumaban un medicamento para dormir.

E—¿Tu crees que los medicamentos sí hicieron una diferencia en tu caso, te ayudaron a mejorar?

J—Por eso yo quería hacer la entrevista, por eso me interesó, porque yo los medicamentos no me hicieron bien, yo andaba como un monigote, estaba en ese momento sacando mi carrera y eso no me permitía estudiar entre que estudiaba y me dormía y las pastillas con el ritmo de vida no son compatibles absolutamente... una vez me quedé dormida hasta las cinco de la tarde cuando mi nena tenía seis años, y fue terrible ella igual tomó un poco de cereal se las arregló para hacer su día, vivíamos en un edificio cerrado y pues igual salió a jugar con sus amiguitos y cuando yo me desperté y no la vi me asusté, pero al salir vi que estaba jugando feliz, ella recuerda ese día bien siente que fue autosuficiente y cada que lo recuerda me dice “¿recuerdas ese día que te quedaste dormida e hice todo yo solita?”, pero para mi eso fue terrible, sentir que por una pastilla podría descuidar de esa manera a mi hija, no ser capaz ni siquiera darle de comer, eso me asustó mucho y fue determinante para que dejara de consumir pastillas.

Otra historia de terror que tengo con las pastillas es que una vez estaba con los niños trabajando y le estaba poniendo unos ejercicios motores y me fui de lado, solo del sueño caí frente a 18 guaguas [niños] tuve que explicarle a la encargada que un día antes me habían cambiado la dosis de un medicamento y me mando pa mi casa, no sé como hice para salir de ahí ni como tomé la micro, no sé cómo llegué a mi casa, no sé cómo me acosté y nuevamente me desperté como a las 5 de la tarde. Tenía que hacer el almuerzo ir a la universidad y pues no, eso me hizo pensar que las pastillas no eran nada, solo me incapacitaban, literalmente me sentía dopada. Uno queda super vulnerable, imagínate tu dopada te pueden asaltar, te pueden violar yo que sé... me pasaba en el metro de Santiago y tenía que llegar a buscarme la ambulancia al metro. Así que para mis los medicamentos han sido invalidantes con mi vida. Yo quería ser actriz, pero los medicamentos no me dejaron, cómo podía una actriz estarse desmayando.

Hace un año de forma oficial, pero llevo como dos comencé con la medicina canábica. En esta misma que estaba saliendo de crisis, una amiga me llevaba marihuana y me comenzó a gustar el efecto porque me di cuenta que me hacía más funcional, fumaba un poquito y con mi amiga me reía y así, pero cuando se iba me sentía con mucha energía y me ponía a hacer mis cosas y comencé a conseguir por mi cuenta, después me acerqué a una fundación que se llama José Ignacio donde atienden a niños y adolescentes que tienen ideación suicida, atienden también a familiares de personas que han pasado por pérdidas a causa del suicidio, pero yo como era más vieja, pregunté si me podían ayudar, me dijeron que sí, pero no tanto con apoyo psicológico, al principio me dijeron “esto lo vas a solucionar, es solamente un periodo” y eso me ayudo, como que me ayudaron a flotar. A la fundadora la vi el año pasado y le conté que yo había hecho el cambio de las pastillas a la marihuana y le conté cómo le estaba haciendo, y me dijo “oye pues lo estas haciendo igual como lo hacemos en la fundación” y ella me ayudó a entrar, por ella es que yo entré y ha

sido impresionante para mi la mejora. Me di cuenta que cuando uno ya esta con la mente revuelta cuando todo es un desorden, la marihuana me ha ayudado a poner orden, me ayuda a priorizar mis pensamientos, cuál es necesario, cuál no, cuál me ayuda a ordenar y eso me calma; me ayuda a socializar y uno no se siente bien a socializar y a pesar de que la marihuana no es para nada bien vista, mi familia ha notado la mejoría y las personas cercanas, mis amigos y también es un mito el que digan que uno consume mucho, eso es falso, yo siento que consumía más pastillas que lo que consumo de marihuana. Yo saco la cuenta ahora que yo por ejemplo estoy ocupando 10grs. mensuales y quien lo toma en forma recreacional eso no le dura ni un fin de semana y cuando vi tu encuesta me dieron ganas de hablar contigo y pensé ojalá me entrevistaran a mi porque en realidad me parece importante. También te quería comentar que hoy hace un año que vi por última vez al psiquiatra, pero cuando hubo un periodo de mejora, uno igual pasa por crisis y en una de ellas como que se me iluminó la mente y pensé, si yo no investigo lo que tengo, si no sé lo que tengo pues cómo voy a pedir lo que necesito y cómo quiero que me apoyen, entonces comencé a investigar y entré a grupos de Fb de aquí de Chile, de hecho hicimos reuniones presenciales de personas que viven aquí en Chile y que tienen TLP y para muchos el consumo de marihuana es perjudicial y es muy difícil recomendar el uso de la marihuana cuando para muchos ese ha sido el inicio del problema ¿cachaí? Eso también te lo quería decir [el uso de marihuana como tratamiento para el TLP entonces, no es para todos]. Depende del contexto yo antes de los 30 por ejemplo nunca quise probar. Yo tengo adicción por ejemplo pero con el tabaco, pero comencé como a los 10 años. Pienso que a mi me inició todo también por mi propia historia, para mi el tabaco me daba calma, hace no mucho descubrí por ejemplo que mi primer beso fue en realidad un abuso, porque el tipo me sorprendió yo lo aventé y cuando le conté a un amigo él me dijo fumate un cigarro para que te calmes, en ese momento asocié que con un cigarro podría calmarme. Ahora me pasa que pienso que perfectamente podría eliminar el tabaco, porque tengo algo que realmente me calma. Ahora ocupo vaporizador, fumo pero no fumo.

E—Qué interesante lo que me platicas sobre la fundación, ¿tienen alguna investigación sobre los efectos terapéuticos de la marihuana?

J—Mira, con respecto al TLP en particular no lo sé, pero sí sé que trabajan medicina cannábica veterinaria, con cáncer con todo. Te guían por la parte terapéutica, te enseñan el tema de autocultivo y te explican el tema legal. Tienes que llevar una carpeta, cada planta tiene que estar rotulada, en fin.

E—¿En Chile cómo está la legislación sobre el uso terapéutico de la marihuana?

J—En teoría debería estar legalizada, pero no pasa porque los usuarios de medicina cannábica no están reconocidos. Aquí si un vecino te quiere denunciar lo hace y si le muestras todos tus archivos a los carabineros igual si no te lo cree te lleva preso, en ese sentido eres igual de peligrosa que los narcotraficantes.

E—¿Tú cultivas?

J—No, lo malo de eso es que es difícil conseguirla. En la fundación dicen “toca echar mano”. Es difícil conseguir, pero me siento muy bien consumiéndola, creo que me ha ayudado en muchas cosas, soy más paciente, logro tener conversaciones con mi hija más profundas, me ha ayudado a manejar la ansiedad enormemente.

E—Además de lo que me contaste, ¿alguna vez tuviste experiencias negativas con psiquiatras o terapeutas?

J—La primera vez que tuve el primer intento que fue lo mismo, yo cuando lo he hecho me empastillo y abro el grifón de gas, yo tengo un tema con eso porque siempre ha sido igual, cuando yo llegué al psiquiatra y le conté lo que había hecho en los tres intentos, me dijo “¿y no se te ocurrió prender fuego, prenderlo y terminar con todo de una vez?” yo le dije no, porque en la casa estaban mi mamá mi hija, y yo no quería hacerle daño a ellos, solo a mí, y me dijo “pero así hubiera sido más fácil, hubieras terminado con todo” y yo así [pone ojos de admiración]... qué ganas me van a dar de volver, porque de esa forma yo no

regreso. Hubo otro evento con otro psiquiatra que me diagnosticó y no tengo un mal concepto de él, pero él solo era el que me daba la pastilla, era de caricatura porque cuando iba era solo para eso con él, hablar toca con el psicólogo. Además era por el sistema público y me citaba cada tres meses, entonces yo iba con el tipo que no tiene idea de cómo estaba hace un mes y justo cuando iba con él yo estaba super bien [rie]. Entonces no tenía la cercanía para decirle sabes qué, estoy mal, cómo le hago, cómo me calmo qué me ayuda, nada, nunca tuve alguien de psicólogo en el sistema público; todo lo hice estudiando, por eso te digo que esta iluminación que me vino de yo tengo que saber qué es lo que tengo, me ayudó mucho porque me puse a investigar y solo así pude hacerme cargo. Para mí la crisis es que me pongo muy mal, solo quiero estar acostada, me da la chiripiolca como al chavo del ocho [rie] y mal acostada y con cara larga. Luego llega la gente y me dice, estás enojada conmigo, y yo no, el tema no es contigo y eso como que la gente no lo entiende, que uno el problema lo tiene con uno, no con los demás muchas veces. Entonces, eso nadie me lo enseñó a manejar, eso yo lo busqué, lo investigué, hasta los memes me ayudan porque cuando uno ve el fondo de lo que está escrito dices ¡sí, eso es! Jajaja... [rie]. Me llegué a leer el libro de caminando sobre “deja de caminar sobre cáscaras de huevo” y “Diamantes en bruto” Ese libro por ejemplo, yo lo imprimí y se los di a todos mis familiares y les dije “si ustedes de verdad me quieren ayudar yo quiero que lo lean” para que ellos tomaran conciencia de lo que es, pero mira, eso funcionó en parte porque cuando el sistema familiar no es bueno, tu puedes ir avanzando y avanzando pero si ellos te van cagando por otro lado pues no ayuda mucho, la sanación no llega. Por eso te decía que yo me mudé hace poco de Santiago, porque también quería alejarme de lo que me dañaba. La casa en donde fue el último intento de suicidio y donde tuvieron que romper la puerta los bomberos para sacarme, los carabineros, todo ese peso estaba en esa casa, también por eso decidí mudarme y creo que eso fue super terapéutico.

E—precisamente quería preguntarte cómo te has sentido ahora lejos de tu familia, puesto que llevas poco tiempo viviendo en otra ciudad y lejos de ella:

J—Claro y pandemia y todo. Mira, a mí lo que más me ha complicado fue que tenía problemas con mi hija mayor, a parte cuando me vine yo me vine con la tranquilidad de regalarle un pasaje para que viniera porque ella no conoce aquí y con todo esto del virus el regalo se fue a las pailas, no podré hacerlo, además ella sigue distanciada conmigo no quiere hablar mucho. Pero más allá del problema que tengo con ella, es que nos pasó lo mismo, ella sufrió un abuso en octubre y sintió que yo no la pude ayudar y eso es lo que la tiene molesta. Yo no la supe ayudar porque me bloqueé, porque yo fui abusada a la misma edad que ella, eso como que no me permitió tener las herramientas para poder ayudarla como ella quisiera y también no puedo explicarle eso yo a ella, ¿como le digo que ella fue un producto de una violación? Eso ella no lo sabe y esa es la angustia que tengo, es muy personal y no la puedo mostrar a viva voz, eso me ha mantenido bloqueada, no quiero que ella vea que me estoy victimizando, eso no sirve de nada.

Ahora, me vine por un trabajo y mis jefas no quieren que me deuelva por nada del mundo y ellas están pagando el arriendo, estoy viviendo gratis aquí. Tengo la casa para mí, es muy linda tiene vista al mar y en Santiago eso no existe. Así que a pesar de que no estoy cerca a mi familia, en Santiago no tengo ninguna ilusión y aquí tengo un trabajo que me motiva, allá estuve un año sin pega [sin trabajo]. Aquí tengo mucho de lo que allá no. Mis jefas me cuidan arto, me he sentido super acompañada a pesar de que no conozco a nadie más que a ellas. Salgo a caminar al mar y eso me ayuda mucho.

Ahora que conocí a gente con el mismo trastorno, me di cuenta que muchos de ellos ocupan el diagnóstico para la manipulación... [interrumpe un poco la llamada porque su hija menor le avisa que acaba de fallecer una de sus tías, después de un rato de hablarlo, regresamos a la entrevista].

E—Regresando al tema ¿alguna vez te has sentido discriminada a causa del TLP?

J—Mira, yo creo que sí pero por la justicia, por esto que te conté porque cuando estábamos peleando la custodia de mi hija si sentí discriminación porque no me veían capacitada para cuidar a mi hija, si bien yo no estaba bien emocionalmente, la persona a la que le iban a dejar a mi hija es la persona que me tenía con los nervios de punta porque es un irresponsable, no nos daba ayuda y ese mismo personaje estaba intentando quitármela. Por eso estuve muy vigilada por el Sename (servicio nacional del menores) y por la protectora de la infancia, me citaban me entrevistaban etc. a pesar de que cuando yo hice lo que hice no estaba mi hija en casa, lo tomaron como vulneralización de derechos a mi hija. Desde ahí se me discriminó arto, como que yo le hacía daño a mi hija, que era inestable, que la ponía en riesgo, después con la familia siempre que te sacan en cara el trastorno, siempre te están cuestionando, como que tu no sabes nada porque tienes esto y ahora por ejemplo mis jefas que saben que yo tengo el diagnóstico me dicen, mira yo te veo y no te puedo creer que tengas eso porque no te he encontrado nada que diga que en verdad tienes algo, creo que las personas que me vieron en estados más malos son las que más discriminan... la discriminación ha sido familiar y judicial. Lo otro que te iba a decir es que yo también tuve prejuicios conmigo misma, eso te quería contar... el año pasado me llamaron de una revista de aquí de la Universidad de Chile, eran 7 testimonios de 7 personas diferentes que tenían un diagnóstico psiquiátrico y que a pesar de eso podían llevar una vida normal. Eso fue cuando yo estaba recién recuperada del último intento suicida y saliendo de la universidad, después que vi la entrevista y cuando vi la publicación, me dio pánico porque dije “que tal, yo busco trabajo me van a golear van a ver esto y no me van a contratar” ese fue mi juicio a mi misma, que no me iban a contratar porque iban a saber que yo fui esto y lo otro, si bien no tengo idea si eso ha pasado o no por lo menos la gente que me contrató aquí son personas que me conocen desde antes, como en otra faceta, no por currículum. Pero en otro contexto no lo sé, en otros colegios como sería, porque yo soy educadora de párvulos. Si llegara mi CV a un colegio católico o algo así seguramente no me contratan. En el fondo la niña que me entrevistó que fue por teléfono, dijo que solo haría una síntesis de todo lo que yo le dije, eso no más, pero cuando leí la revista vi que había puesto muchos detalles, de todas las pastillas que tome, y detalles que me hicieron pensar que tendría problemas, yo en realidad en esa entrevista quería hablar más de la solución que del problema, pero ahí sentí que yo misma me discriminé.

E—Pasando a otro tema ¿Qué es lo que has encontrado en estos grupos de Fb?

J—mmm... mira, he encontrado buenas personas, que he conocido en persona, reuniones grupales en donde hablábamos del TLP y sí me ha ayudado mucho, al inicio, cuando vi que varios veían las cosas como yo no me sentía en la vida tan bicho raro. Por ejemplo, cuando yo decía que me sentía fatal por haber fallado en alguna cosa, una chica decía bueno siéntete orgullosa por que yo fallé diez veces más porque tuve estas otras crisis por esto, esto y esto, también uno va en comparación con los demás que hay cosas que uno no ha hecho tan mal. También me ayudó a ver que hay mucha gente que no le interesa recuperarse, eso iba a prendiendo de algunas personas que conocí que usan los grupos solo para reforzar sus crisis, como que solo quieren hablar de lo mal que se sienten y no tienen ninguna intención de salir; pero también he conocido gente que está en la misma que yo que también quieren estar bien, funcionar bien, porque el TLP puede ser muy invalidante y por más que quieras no encuentras nada que te motive.

En el grupo conocí una niña que es psicóloga y que también tiene TLP, con ella hablo mucho y sabe que cuando entro en crisis me meto en mi caparazón y ella me acompaña, me llama y nos vamos acomodando.

E—¿Sientes que saber que tienes TLP te ha ayudado?

J—Me ordenó la vida, más que saber el diagnóstico fue tomar consciencia del diagnóstico. Porque cuando el psiquiatra me dijo lo que te conté que el TLP era como esta línea en sube y baja, pues era solo eso y ciao, pero cuando yo realmente me puse a estudiar y a

conocer más cosas sobre el diagnóstico ahí fue como que se me ordenó la vida, porque logré entender lo que era una crisis y que si yo no me podía levantar pues que está bien darme un tiempo y respetar y no seguirme como tirando problemas a la espalda. Por eso creo que el origen del trastorno es desde mi infancia, porque a mí me enseñaron a eso, a echarme los problemas a la espalda y no decir nada, tuve muy mala educación emocional. Literalmente lo que me pasó a mí es que un día el peso fue demasiado, se me doblaron las rodillas y me fui de boca, eso me pasó [refiriéndose a los desmayos].

Por ejemplo, también tuve dos intentos de carrera que no terminé y ahora ya tengo una carrera, otra cosa es que llevo seis años soltera, antes yo estaba con una pareja y con otra, ahora a esta altura soy más exigente, porque yo nunca he tenido una relación sabiendo que tengo un diagnóstico y eso me mete también en contradicciones; porque pienso qué hago, le tengo que hacer un manual a esta persona para que sepa qué hacer y esas cosas... En algún momento salí con un chico que tenía también un diagnóstico psiquiátrico y yo le ayudé mucho, pero cuando yo caí, pues fue muy mal. Por eso mejor estoy así.

Yo siento que me he ido quebrando, no sé si nació así, pero siento que fueron muchas cosas las que me fueron transformando, por ejemplo lo que te contaba del abuso, la primer persona que abusó de mí yo no supe poner límites porque antes ya alguien los había pasado [refiere un abuso anterior y usa el término abuso y violación como sinónimos]. Con el maltrato va lo mismo, cuando uno no pone los límites es porque uno mismo tiene muy mala autoestima, me vi justificando mucho el abuso de otros, la violencia, el alcoholismo de mi papá. Mi papá bueno y sano me quería, pero el otro no me pescaba y eso me hacía tener una dicotomía de sí o no, por eso la marihuana a mis esas ideas me las calma, porque si no, me tiro unas voladas...

Tampoco te digo que tengo todo sanado, tengo problemas con la alimentación, en la última crisis bajé 18 kg. Y me pasa que cuando estoy con mucho estrés o ansiedad, mi cuerpo lo que hace es que se descompensa estomacalmente entonces, aunque coma normal, estoy botando lo que como. Para mí que no es la guata, es aquí [señala la cabeza] y no es que tenga una mala alimentación, es que me afecta lo emocional, a veces mi cabeza es tan fuerte que quiero ignorar lo que me pasa y entonces sale de alguna forma.

Ahora con el COVID, luego la angustia de la salud es mayor, pero creo que lo he podido gestionar, porque me doy mis tiempos para reposar, para permitirme dormir, no comer si no quiero, pero después sé que se me pasa.

Mi última crisis, lloré cuatro días seguidos, no tenía ganas de nada, no comía y pasé la crisis lúcida y sobreviví y eso me ayudó a sentir que puedo, lo hice hasta que me cansé. Lloro, llora, vota, vota y eso lo aprendí leyendo y escuchar a otras personas. Esas cosas que iba a prendiendo lo iba aplicando poquito a poquito. En esa ocasión me hice responsable de lo que me pasaba, no tenía a quien culpar [había reprobado su examen de licenciatura].

El leer sobre el TLP me hace reconocer que hay TLPs muy distintos, hay personas que son más agresivas, otros que se refugian en las drogas, otros son más de drama, mi amiga la psicóloga es más de ensimismarse y eso me hace reconocer que yo no quiero que se vuelva a repetir lo que me pasó, no quiero que vuelvan a sacarme los bomberos, no quiero que mis hijas tengan ya esa imagen de mí, ahora ellas saben que tengo una enfermedad por callarme lo que siento, trato de acompañarla y de inculcarle la expresión de las emociones. Eso también lo trabajo en la educación parvularia, porque desde lo que aprendés de chico siempre te perjudica y me mueve mucho trabajarlo, tanto con los niños como con los papás, porque los papás luego son super sobreprotectores, yo vengo por ejemplo de mamá sobreprotectora.

El trabajo para el que me trajeron a trabajar es una sala cuna y en el proyecto ya tengo todo como lo quiero trabajar.

Ahora, hay algo que no sé si es del TLP pero cuando una persona me desagrade la elimino de todo, me alejo de la persona y a veces pienso que las cosas que me chocan de las personas tal vez no sean tan terribles, ya ves no tengo todo trabajado jajaja... [ríe], pero sigo trabajando para mejorar, de hecho he tenido muchas ganas de escribir sobre eso, no he sabido bien desde dónde lanzarme. Nos despedimos.

### **Entrevista 18**

Fecha: 12/junio/2020

Lola. Edad: 28 años.

Profesión: Filósofa. Posgrado en teoría crítica. "Estudios críticos de la discapacidad"

L—Yo tengo discapacidad múltiple, tengo TLP, TDHA, trastorno de alimentación, la verdad el tema de crear consciencia respecto a la enfermedad mental es un motivo de vida al igual que crear consciencia en torno a la discapacidad mental, para mi la discapacidad es algo que vivo, que estudio y que trabajo. Además, lo que busco es por mi proyecto de tesis (problemas de audio y conexión) [...] Remoto tengo una asociación civil para trabajar sobre los derechos humanos en torno a la discapacidad y eso implica a la salud mental por su puesto. Respecto a tu curiosidad por los medios digitales, me muevo mucho en redes sociales, por mi labor tengo un programa de streaming de Facebook que hago una vez por semana con una amiga que es ciega (nuevamente mal audio) La biodiversidad para mi ha sido un modo de buscar contención porque no siempre tenemos la posibilidad de tener contentas a las personas que a uno lo rodean, yo en el Facebook no interactúo mucho, en realidad no te lo recomiendo, yo interactúo mucho con gente TLP pero de Tíwtter hay gente de todo el mundo pero la mayoría son personas anglo parlantes, lo que he encontrado de diferencia al menos en Facebook y Tíwtter es que en twitter puedo filtrar a quien puedo seguir, creo que en el grupo que me contactaste es el mejor grupo de TLP en el que he estado y eso que muchos de los que están ahí no tienen la intención de recuperarse. Ya varias veces he hablado con el administrador porque hay muchos mensajes de llamadas suicidas que pueden ser detonantes para otros y que también uno como paciente no está como para sacar a otro ahogado del agua, eso es otra falta que yo he visto, otra es evitar las recomendaciones de medicamentos, porque eso no está bien. He visto comentarios de "deja tus medicamentos, mira que me fue mejor cuando dejé el antipsicótico" no sé, la verdad siento que no está bien. Al menos en Facebook y la comunidad hispanohablante en Facebook tienen mucho a decir "habla conmigo" y yo lo que he hecho es escribirles líneas antisuicidas, líneas donde se que pueden atender en realidad. Siento que uno que tiene sus propias crisis, sus propios altibajos, es como un ahogado ponerse a tratar a sacar a otro ahogado del agua. Eso no me parece bien.

E—Tengo una pregunta, entonces ¿tú crees que en estos grupos no sirven para dar contención cuando hay una crisis?

L—Si se puede, pero tiene que tener claros ciertos límites, que hay cosas que son como detonantes para otros, por ejemplo, si una persona publica algo así como "me acabo de cortar" puede ser detonante para otros que estén en el proceso de dejar de cortarse. Sí, si se puede dar contención, pero creo que debe de haber más filtros en las publicaciones. No se puede suplir la labor de un terapeuta, solo puedes acompañar y decir: la verdad es que te entiendo, yo he pasado por eso revísalo con tu equipo de salud mental. Porque si te quedas en "sí, deja tu antidepressivo" es lo peor que puede pasar, que alguien decida dejar de medicarse o cambiar su medicamento solo porque lo vio en un grupo de alguien más. Un poco es de la conciencia de la persona y otro es la conciencia colectiva de que tendrían que tener cierta mesura, me da mucha risa hace unos días una persona publicaba como

chiste: ¿puede una persona con TLP andar con otra persona con TLP? Y ahí todo el mundo estaba poniendo su opinión y yo ponía “no, eso sería radioactivo” y otros coincidían, pero eso es lo que pasa nos arrastramos entre nosotros. Normalmente, no sé es algo que he visto, como esas personas que están en ese grupo de cluster B como que se atraen y se juntan siempre, por ejemplo, el narciso con el que necesita siempre aprobación constante y ese tipo de cosas, son riesgos que se corren. En Twitter, por el contrario, te decía, que yo elijo a las personas que como yo están en un proceso de recuperación y ahí sí, me ayudaron por ejemplo a sobre llevar un proceso de separación de una relación violenta; yo pase por un atentado que pudo terminar en feminicidio, dos semanas antes fue que la violencia con mi pareja comenzó a escalar, escalar y escalar... yo no se lo podía contar a nadie en la vida real porque me iban a decir “déjalo” y decidí contarles a las personas de Twitter que son personas que no conozco más que el nombre. Y me ayudaron mucho, sus comentarios eran estás a tiempo, huye, déjalo, no estás sola, me decían yo pasé por eso, es difícil, y un mensaje que se me quedó muy grabado de una chica que me decía “yo vivo con un agresor desde hace 7 años tenemos dos hijos y preferiría terminar muerta pero en sus brazos que terminar con él, tú que estás a tiempo déjalo”; la verdad que esa comunidad me ha ayudado muchísimo porque no tengo amigos en la vida real con TLP, solo una prima con TB pero su proceso es muy diferente al mío. Twitter en ese sentido me ha ayudado muchísimo tanto, como la comunidad feminista. En Facebook creo que es cuestión de filtrar actividades, tendencias y pues el tema es que se mete cualquier persona y no puedes saber si están en tratamiento o no. Las recomendaciones que dan luego no son del todo acertadas, recomendar el libro de “cómo caminar sobre cáscaras de huevo” que yo no lo he leído personalmente pero que parece ser el libro más estigmatizante sobre el TLP me parece que recomendarlo es muy mala idea.

Posterior a ello hace una serie de recomendaciones de Twitters que sigue y que le parecen mejores, sin embargo, cuando los describe la mayoría son de psiquiatras o psicoterapeutas que siguen el modelo médico y todos son del mundo angloparlante, cosa que sale de las categorías que se relacionan con mi trabajo de investigación. #bpdChat lo dirige un terapeuta especialista en tlp y gente que tiene tlp lo sigue. #bpdFam que es para familias con TLP.

L—He conocido gente de varios lugares, ahora la verdad estoy ya muy avanzada en mi proceso de recuperación a mi me dx a los 17 y ahora tengo 28 en octubre cumplo 29. He pasado por muchas cosas, estuve viviendo en CDMx durante 8 años y me expuse a una cantidad de riesgos innecesarios, por el atentado de feminicidio que tuve, me mudé a mi ciudad natal que es una ciudad pequeña en Veracruz, aquí estoy viendo a mi psiquiatra de toda la vida y estoy llevando mi proceso terapéutico con un psicólogo clínico que trabaja un poquito de dbp, él es Gestalt, casi todos sus pacientes tienen TLP [esto es algo que improbablemente podría saber]. También trabaja psicoanálisis y yo con él en particular no trabajo mi TLP ni tampoco psicoanálisis porque hice mucho psicoanálisis en el pasado como 5 años, después estuve con terapia específica para el TLP con corte dinámico se llama “psicoterapia focalizada en la transferencia” ahí es cuando comencé el tratamiento específico para el TLP, porque en psicoanálisis trabajaba muchas cosas pero no en específico con el trastorno. Con la PFT aprendí a manejar el trastorno y ahora estoy con este terapeuta que la verdad es muy bueno, yo le tenía mucha roña a la Gestalt me daba la sensación de ser chafa, pero tiene bastante experiencia en lo que hace. La verdad ahora que estoy en una ciudad pequeña en donde no tengo tantos riesgos a la mano, me ha ayudado a controlarme, ya llevo dos años aquí. Tengo un año en tratamiento y estoy en un proceso de recuperación de la adicción a las relaciones sexuales de riesgo, entonces ahora estoy sin pareja en proceso de soltería consciente también trabajando desde el

feminismo con eso y bueno, cómo convive eso con mis demás discapacidades y mis otros temas.

E—¿Oye y cómo has vivido el diagnóstico a partir de que te dicen que tienes TLP?

L—El diagnóstico me lo dieron cuando tenía 17 años pero no me lo pudieron confirmar porque tenía esa edad y también porque tenía comorbilidad con trastorno esquizotípico, entonces por mi edad y porque apenas comenzaba, era un dx pero no era sólido. Cuando dejé el psicoanálisis freudiano y comencé con la TFT, incluso, me mandaron a hacer un electroencefalograma y todo, resulto que tenía una actividad rara en el cerebro bla, blá, bla... y la verdad tener el diagnóstico para mi fue un alivio porque fue primero darme cuenta que mi vida era caótica no porque yo quisiera y sí logré terminar la licenciatura con muchos problemas, pero la terminé con un promedio de 9.1 que para mi a la fecha es inaceptable, sé que es un buen promedio pero me costó casi la vida. De allí siempre he tenido problemas para tener un trabajo fijo estable, he tenido relaciones de pareja muy destructivas siempre, pero llego un punto en que mi vida era caótica y yo no sabía lo que pasaba, fue a raíz de que inicié la relación con un chico que estaba estudiando psiquiatría cuando él me dijo “o sea, Lorena necesitas terapia específica para el TLP, el psicoanálisis tiene sus alcances, pero no es una clínica como tal, busca algo específico para tu trastorno. A raíz de él y de algunas referencias, terminé dando con la clínica para TLP del Hospital Ramón de la fuente. Mi novio me derivó con una de su círculo de estudiantes, eso me cambió la vida, cuando me dijeron sí tienes TLP fue claro Lorena no eres culpable de lo que te pasa, no es que estés arruinando tu vida sino que hay algo en tu cerebro que no funciona bien y el enemigo tiene nombre y a partir de que supe quién es el enemigo, me puse a estudiar un chingo para buscar estrategias para enfrentarlo y para vencerlo. Para mi tener el dx de TLP me cambió la vida. De otra manera habría seguido sufriendo y sin saber por qué. Después de que terminé mi análisis, yo sí le dije a mi psicoanalista por qué no me había dicho que tenía TLP, le dije que me habían diagnosticado y le pregunté por qué no me lo dijo y me respondió que porque los dxs son etiquetas que se usan en un manual de referencia pero nada más, yo llevé 5 años de psicoanálisis con una analista que sabía que yo era límite pero que no me lo decía como tal, para mí, incluso es un tomar una etiqueta de neurodiversidad que ahora me hace sentir orgullosa, me hace poner los pies en la tierra para dejar de compararme con personas que no lo tienen, porque hay cosas que están fuera de mi alcance en este momento de mi vida, por ejemplo retomar un trabajo o tener un posgrado por ejemplo ahorita está fuera de mi posibilidad, ahorita simplemente no puedo manejarlo, si no fuera por eso probablemente seguiría sobre exigiéndome como mis padres que ahora ya están en el doctorado y yo ahorita no he podido retomar la maestría, tuve que posponer mi ingreso dos veces porque la verdad es un momento caótico y hasta la fecha veo que mis padres ahora están en otros lados o haciendo otras cosas y yo sufro porque digo ¡maldito TLP! Porque si yo fuera una persona neurotípica seguramente estaría triunfando en esto o en aquello, pero es como “a ver, no lo soy”, es ponerme en una realidad, me hace pensar que si yo no fuera así tal vez yo no sentiría la empatía que siento hacia las personas, no sentiría ese deseo de ayudar a otras personas, tal vez no tendría esta virtud o esta otra. No me gustaría que le cambiaran el nombre a esta otra categoría de trastorno de inestabilidad emocional porque siento que la gente tendría más prejuicios todavía, y yo ya me sumo Border eso es lo que soy y no se me va a quitar por el resto de mi vida. Lo que busco es la remisión, estoy camino a ella, digamos que estoy en un muy buen momento yo creo que dos años más de abstinencia, no tomo alcohol, no tomo café, estoy fuera, no tengo al alcance detonantes y si sigo así por este camino me doy unos dos o tres años más, quizá ya pueda dejar medicamentos es algo que he venido platicando con mi psiquiatra, pero me ha dicho que aún falta un rato más. Creo que va a coincidir con el hecho de que ya voy a cumplir 30 sé que es algo que inicia en la juventud temprana y sé que los síntomas van remitiendo con el paso de los años,

entonces sé que tengo que esperar. Si yo puedo ayudar a otras personas que tienen mi trastorno pues yo feliz, ya me han invitado a dar un par de charlas fui a dar unas clases a unos chicos que estudian enfermería psiquiátrica, a cerca de qué es el TLP y de en qué consiste y pues es lo que soy vaya ya no puedo vivir en negación de eso, y sí pasé por un duelo de eso, porque ya tengo tal discapacidad, ya tengo tal otra ahora aumentarle este otro problema pues sí fue un duelo fuerte, pero ya lo pasé pero ahora ya lo acepté, el trastorno es parte de mi. Digamos que también que por muchas cosas del trastorno tengo éxito en algunas cosas, así como fallas en otras, pero sé que es momentáneo; sé que tengo que poner los pies en la tierra y no buscar la sobre exigencia de como si no pasara por los altibajos que paso. Ah! Ya que estás en plataformas digitales te recomiendo una App que se llama Daylio para llevar un registro de mis emociones. Es como un diario de emociones, registras actividades, te dan medallitas por logros y eso lo exporto para mandárselo a mi terapeuta y mi psiquiatra. Porque si me preguntan ¿cómo estás? Es ahora o cómo pasaste estas dos semanas. Me ha sido muy útil. Permite contar los días que llevas sin hacer ciertas actividades. (trabajo, relajamiento, comida, sexo, actividades autoeróticas... etc.).

Ahorita estoy frustrada porque por la pandemia siento que se ha retrasado mi avance terapéutico, tengo situaciones de estrés postraumático... tuve que parar labores, no tengo trabajo formal pero sí llevo una asociación civil y sí está todo parado.

E—¿Qué papel juegas en la asociación civil?

L—Soy presidenta. Tengo empleados a mi cargo, delego muchas cosas porque no siempre tengo el ánimo para... consultoría, asesoría legal, etc. Tengo un programa que se llama “desde nuestro lado, personas con discapacidad” que llevo con mi mejor amiga que es ciega. Doy muchas conferencias, muchas entrevistas, ese es mi trabajo por ahora. Antes de eso tuve un puesto en el DIF municipal, pero renuncié, di clases y también renuncié, lo más que he durado con un trabajo ha sido tres meses.

E—¿Eso es por el diagnóstico?

L—No sen sí, son los problemas con la autoridad, o que también hay ciertos niveles de estrés que me quiebran. Cuando estuve en el ayuntamiento me reventó la vesícula por tanto estrés y lo tuve que dejar y así en todos, me estreso mucho mi cerebro colapsa, no puedo. Ahora tengo una pensión vitalicia por parte de mi papá y de parte de Pemex que es donde él trabaja que es médico y por eso estoy en un proceso legal porque por todas mis discapacidades yo tengo prioridad sobre sus otros hijos y se acaba de separar de su pareja y le está exigiendo que les aumente la pensión, pero yo por discapacidad tengo la prioridad. En ese proceso hasta mi psiquiatra participó, el decreto cuando se leyó casi hasta lloré porque era “no está apta para tener actividades laborales por ahorita”. Por eso es más fácil estar en mi asociación, en donde yo me pongo mis propios tiempos, manejo de alguna manera una agenda amistosa, no tengo que rendirle cuentas a nadie, suelo trabajar con gente que pueda llevar las cosas incluso si no estoy yo, tengo como códigos de: “hoy no estoy disponible” por una crisis o algo así y es muy feo. En México estuve en el Fray Bernardino internada en una ocasión, pero aquí no hay nada en materia de salud mental. Aquí en Coatzacoalcos solo tuve la posibilidad de ir al área de salud mental del hospital de Pemex pero me dieron un medicamento que me desestabilizó. Aquí no hay nada de cultura de salud mental, por eso ya tengo un procedimiento en crisis que activo. Porque en el hospital no tenían nada ni un triage para salud mental, hasta que armé un pedo parece que ya lo establecieron.

E—¿A qué te refieres con eso?

L—Sí, pues les armé un pedo me puse a reclamar de por qué no tenía buena atención, me tuvieron esperando cuatro horas cuando yo llevaba ideas suicidas y la indicación que tengo en esos casos es ir a la institución, pero en ese caso no funcionó. Así que me quejé y tuve que hacer un show en ese momento, metí varios escritos de los hospitales a nivel

nacional para demandar que no hay ningún procedimiento para salud mental. Ahora ya en la clínica hay un letrero con los colores de alarma. En realidad, todas mis discapacidades me han llevado a hacer activismo al respecto, es lo que hago enseñar y racionalizar lo que tengo para ayudar a otros. Le di la vuelta, no es que huya del dx sino que al contrario, trato de luchar en contra del estigma que hay en contra de salud mental. Me gusta esa labor de activismo, no obtengo un salario, pero es lo que me mantiene ocupada. Quiero remitir que me quiten el medicamento para poder terminar mi maestría y si es así, poder irme a otro país para hacer un doctorado, pero para eso tengo que estar mejor.

E—¿Qué medicamentos estas tomando?

L—Tomo un antipsicótico, antiepiléptico, antidepresivo, ansiolítico y otro para la atención.

E-- ¿sientes que los medicamentos han jugado un papel para tu mejoría?

L—Claro, soy farmacodependiente y no me da pena decirlo. Un ejemplo que utilizo es que a los diabéticos les hace falta insulina y pues se la tienen que inyectar artificialmente, a las personas con padecimientos mentales nos falla la serotonina y otros neurotransmisores, el cerebro es un órgano y como cualquier otro órgano necesita de tratamiento, lo que tenemos es un desbalance químico en el cerebro y eso tiene solución. Hay que tener esos químicos de manera artificial, no tiene nada de malo. Es difícil vivir medicado, mi capacidad de lectura no es la misma que antes, mi atención, si de por sí tenía problemas para poner atención ahora es el doble, ha empeorado mucho, tengo 10kg arriba, pero prefiero eso a sentirme miserable por no poder estar tranquila por la vida, prefiero eso que vivir en el caos. Por eso juegan un papel muy importante en mi tratamiento, para el control de impulsos, de mi estado de ánimo, etc. Como ser humano no podría vivir sin ellos. Si falta alguno de los medicamentos por alguna razón, se cae el jenga, es feo aceptar que dependes de algo, pero creo que todos dependemos de muchas cosas.

E—¿Has vivido discriminación o que no valoren tu opinión a causa del diagnóstico?

L—Sí claro, tal vez cuando tengo alguna emoción y la expreso, ha habido ocasiones en que la otra parte las minimiza por causa del TLP.

E—¿Alguna vez has llegado a dudar de tus propias decisiones?

L—Sí, tengo tendencias esquizo y tengo como percepciones de cosas que no son, sobre todo en cuestión de relaciones interpersonales, he llegado a tener experiencias extrasensoriales, sobre todo paranoia, siento que otras personas hablan de mí. Solo me ha pasado cuando estoy bajo mucho estrés o estoy alcoholizada. Dudo de ciertas personas de ciertas cosas, me pasa mucho de si algo pasó o solo lo imaginé o lo soñé, es como vivir un de javú constante. A veces le decía a mi psiquiatra, es que no sé quien soy, y él me decía la que tu elijas... ahora que he ido creciendo ya tengo una idea más fija de lo que me gusta de lo que tengo, de mis orientaciones. Dudo de la realidad, eso es muy feo y me pregunto muchas veces, esto es real o estoy manipulando o estoy fingiendo, estoy enferma o siento que estoy enferma, etc.

E—¿Qué te ha llevado a cuestionarte si estás enferma o no?

L—La situación en la que esté, es como de verdad me siento tan mal o estoy obteniendo esta ganancia, sí estoy consciente de que puedo ser manipuladora o muy controladora, hay ocasiones en que siendo muy honesta sí utilizo mi diagnóstico para obtener otras cosas. Pero en otras ocasiones es muy real que sí me siento mal y que no finjo. Por ejemplo, he aprendido a pedir contención, y en esos momentos me pregunto ¿en verdad me siento tan mal para pedir compañía, un abrazo o no estar sola? He manipulado a veces, pero trato de no hacerlo.

E—¿Qué piensas de grupos de usuarios que son activistas, pero desde la antipsiquiatría?

L—Pues si yo no hubiera sido filosofa, hubiera sido psiquiatra. La verdad entiendo el discurso de la medicalización es un tema muy importante en los estudios críticos de la discapacidad, pero la antipsiquiatría no es la respuesta a eso, esta parte del orgullo la entiendo, y la he adoptado como un orgullo de ser diversa, entiendo cómo ha sucedido con las mujeres, pero no es la forma. Sé que los psiquiátricos son deficientes, pero creo que a

veces la institucionalización es necesaria. No creo solo en los grupos de apoyo sin psiquiatras que puedan dar medicamentos. No creo en echar de cabeza todo lo que han hecho la psiquiatría. Entiendo esos discursos, pero no lo comparto.

## Referencias

1. Acero A, Myriam, Ivonne M. Caro R, Liliana Henao K, Luisa F. Ruiz E, y Guillermo Sánchez V. «Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas.» *Revista Facultad Nacional de Salud Pública (Universidad de Antioquia)* 31: 103-110, 2013. Último acceso: 03 de Abril de 2020. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=120/12028727010>.
2. Adame, A. (25 de Abril de 2019). *Hootsuit* . Obtenido de Blog: <https://blog.hootsuite.com/es/redes-sociales-mas-usadas/#mundo>
3. Agamben, G. (2015). *¿Qué es un dispositivo?* Barcelona: Anagrama.
4. *American Psychiatric Association* (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Chicago: *American Psychiatric Publishing*.
5. \_\_\_\_\_ . (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.;DSM-5).
6. Arfuch, L. (2010). *El espacio Biográfico: dilemas de la subjetividad contemporánea*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
7. Austin, J. L. (1955). *Cómo hacer cosas con palabras*. Edición electrónica. Recuperado de [https://revistaliterariakatharsis.org/Como\\_hacer\\_cosas\\_con\\_palabras.pdf](https://revistaliterariakatharsis.org/Como_hacer_cosas_con_palabras.pdf)
8. Aurenque, D. y Jaran, F. (2018, noviembre 08). La enfermedad como rasgo humano. Hacia una consideración de la enfermedad en cuanto a fenómeno existencial. *ALPHA*. 47, 161-176. <https://doi.org/10.32735/S0718-220120180004700172>
9. Barukel, A. &. (2018). El problema del diagnóstico en la salud mental: clasificaciones y noción de enfermedad. *SaÚDE DEBATE*, V(118), 646-655. doi:10.1590/0103-1104201811808
10. Ballces, M. (2014). Historia de la Leucotomía. *Neurociencias and History*. 3(3): 130-135.
11. Barry M. Leiner, Vinton G. Cerf, David D. Clark, Robert E. Kahn, Leonard Kleinrock, Daniel C. Lynch, Jon Postel, Larry G. Roberts, Stephen Wolff (1997). Breve Historia de Internet. Recuperado de: <https://www.internetsociety.org/es/internet/history-internet/brief-history-internet/>

12. Berenzon-Gorn, D. S.-S.-R. (2017). Contextos y desafíos para la atención para la atención mental en primer nivel. Una aproximación socioecológica. *Salud Publica de México*, 184-191.
13. Buta, J. (2006). Etnografía virtual. Repositorio Institucional digital de acceso abierto de la Universidad Nacional de Quilmes. (Pp. 192-196).
14. Bromseth, J. (2002). Public places – public activities? Methodological approaches and ethical dilemmas in research on computer mediated communication contexts, in *Researching ICTs in Context*, A. Morrison (ed.), Oslo: University of Oslo, pp. 33–61.
15. Brunner, E. y Grande, R. (2021). La violencia contra las mujeres en el nombre de la Virginitad. Esglobal. España: FRIDE. Recuperado de <https://www.esglobal.org/la-violencia-contra-las-mujeres-en-nombre-de-la-virginidad/>
16. Buchanan, Elizabeth A. y Zimmer, Michael, "Internet Research Ethics", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Edición de Invierno 2018), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/win2018/entries/ethics-internet-research/>>.
17. Bushfield, J. (2011). *Mental Illness*. Cambridge, UK: Polity press.
18. Caballo, V.E., Camacho, S. El trastorno límite de la personalidad controversias actuales. *Psicología desde el Caribe* [en línea] 2000, (enero-julio): [Fecha de consulta: 21 de octubre de 2018] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300503>> ISSN0123-417X
19. Cardenal, V., Sánchez Ma. Del Pilar & Ortiz-Tallo Margarita. Los trastornos de Personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 2007, Vol. 8 (núm. 3): 305-324. Revisada en: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n3/v18n3a04.pdf>
20. Carrillo, P. R. (2015). La percepción como fundamento de la identidad personal. Reflexiones desde la fenomenología. Barcelona: Universitat de Barcelona.
21. Christine, H. (2004). *Etnografía Virtual*. Barcelona: UOC.
22. Cristina Haydée Arrom Suhurtl, M. d. (2015). Trastornos mentales en hombres y mujeres expuestos a. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.*, 13 (3), 17-23.
23. Chávez-León, E. y Ontiveros, M.P. (2006). Tratamiento farmacológico del Trastorno límite de la personalidad. *Salud Mental*, n°29, Vol. 5. pp. 16-24.

24. Collins, Harry & Evans, Robert. (2002). The Third wave of science studios. En *Social Studies of Science*. Vol. 32. pp. 235-296. Sage Publications.
25. \_\_\_\_\_ (2012). *Rethinking expertise*. Chicago and London: University Chicago Press.
26. Collins, H., Evans, R., Durant, D., Weinel, M. (2020). *Experts and the Will of the People Society, Populism and Science*. Switzerland: Palgrave Macmillan.
27. Chaverry, R. (2013). Las redes sociales acontecimientos y perspectivas. en *Violencia en Redes Sociales*. México: Estudio Paraíso.
28. Cooper, David. (1967) *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Londres: Tavistock Publications. (Traducción de Jorge Platigorsky).
29. Conrad, Peter. & Schneider, Joseph. (1992). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
30. Conrad, Peter. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
31. Del Barrio, Victoria. (2009). Raíces y Evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*. Vol. 30. Núm. 2-3. pp. 81-90. Valencia, España: Universidad de Valencia.
32. Domingo, M. A. La Fenomenología hermenéutica de Paul Ricoeur: mundo de la vida e imaginación. *Revista de Investigaciones Fenomenológicas*. Num. 3 (2001). España: Sociedad Española de Fenomenología.
33. Esteban, M. El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. *Salud Colectiva*. Buenos Aires. 2 (1) 9-20. Enero-abril 2006.
34. Escribano, N. T. (2006). Trastorno límite de la personalidad: estudio y tratamiento. *Intelligo*, 1(1), 4-20.
35. Faraone, S. (Diciembre de 2013). Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud Mental y Comunidad*(3), 29-40. doi:ISSN 2250-5768
36. Fallis, D. (2008). Toward an Epistemology of Wikipedia. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*. 59 (10): 1662-1674.
37. Ferry, L. (2017). *La Revolución Transhumanista*. España: Alianza.

38. Foucault, M. (1983): «Afterword: The subject and power», en Dreyfus, H. y Rabinow, P., Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics, 2.a ed., Chicago University Press, Chicago.
39. \_\_\_\_\_ (1998). Historia de la sexualidad I: la voluntad de saber. Madrid: Siglo XXI.
40. \_\_\_\_\_ (1987). Hermenéutica del sujeto. Madrid: La piqueta.
41. Frances, Allen. (2014). ¿Somos todos Enfermos Mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría. España: Ariel. (Traducción de Jorge Paredes).
42. Freud, S. (1919/1975). *De la historia de una neurosis infantil (el hombre de los lobos) y otras obras* (Vol. XVII). Buenos Aires: Amorrortu.
43. Guzmán, F. (11 de noviembre de 2020). *Instituto de Psicofarmacología*. Obtenido de Antipsicóticos de primera generación (típicos, neurolépticos, convencionales): una introducción: <https://psicofarmacologia.com/antipsicoticos/tipicos-neurolepticos-convencionales-primerageneracion#:~:text=Los%20antipsic%C3%B3ticos%20de%20primera%20generaci%C3%B3n%20son%20denominados%3A%20antipsic%C3%B3ticos%20t%C3%ADpicos%2C%20convencionales,en%20po>
44. Gettier, Edmund L. (1963). Is justified true belief Knowledge? Oxford University Press and The Analysis Committee are collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to Analysis.
45. Giddens, A. (2007). The Constitution of Society: outline of the Theory of Structuration. Los Angeles: University of California Press Berkeley.
46. Gil, M. (2013). Sobre el sentimiento de vergüenza en la ética Nicomaquea y la retórica de Aristóteles. *Διαίμων*. Revista Internacional de Filosofía, nº 58, 2013, 5- ISSN: 1130-0507.
47. Green, Mitchell, "Speech Acts", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (edición de otoño de 2021), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/fall2021/entries/speech-acts/>>.
48. Hacking, Ian. (1999). The social construction of what? London: Harvard University Press.

49. \_\_\_\_\_ (1995). *Rewriting of the soul*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
50. \_\_\_\_\_ (1998). *Mad Travelers. Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*, Charlottesville, University Press of Virginia.
51. \_\_\_\_\_ (2004). "Historical Ontology". Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
52. \_\_\_\_\_. *Making up People*. London Review of books. Vol.28 No. 16 17 de Agosto de 2006. Recuperado de <https://www.lrb.co.uk/the-paper/v28/n16/ian-hacking/making-up-people>.
53. Hammui, S. (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. *Revista Cuicuilco* Vol. 52. pp.51-67.
54. Hayman, S. & Coyle, J. (1996). Neurociencia y psiquiatría. En Hales, R. E., Yudofsky, S. & Talbot, J. *Tratado de Psiquiatría*. (3-36) Barcelona: Ancora.
55. Heidegger, M. (2018). *Ser y Tiempo* (3a ed.). (J. E. Rivera, Trad.) Madrid: Trotta.
56. Herzog, W. (productor y director). (2016). *Lo-Behold: reveries of the connected world*. UE: Magnolia Pictures.
57. Hine, C. (2004). *Etnografía Virtual*. Barcelona: UOC.
58. \_\_\_\_\_. (2017). From virtual ethnography to the embedded, embodied, everyday internet. En L. H. Hjorth, *The Routledge Companion to Digital Ethnography* (pp. 21-28). New York, NY.: Routledge.
59. Huertas, R. (2012). *Construcción cultural de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica.
60. Illouz, E. (2009). *El consumo de la utopía romántica. El amor y las contradicciones culturales del capitalismo*. Buenos Aires: Katz.
61. \_\_\_\_\_. (2012). *Por qué duele el amor. Una explicación sociológica*. Buenos Aires: Katz.
62. Jaques Postel & Claudé Quétel (1994). *Nueva historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica.

63. Jutel, A. (2009). Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Sociology of Health & Illness* Vol. 31 No. 2. pp. 278–299.
64. Kernberg, O. F. (1984). *Trastornos graves de la personalidad*. México: Manual Moderno.
65. Krassoievitch, M. (2006). *La Técnica en el Método Psicoanalítico de Erich Fromm*. México: Demac.
66. Lambiotti, R. & Kosinski, M. (2014). Tracking the digital footprints of personality. *Proceedings of the IEEE*.
67. Laplanche, J. y. (1983). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Labor.
68. Lewis, T. (2018). *Network Science: Theory and applications*. New Jersey: Willey
69. Luque, R. & Villagrán J. M. (2000). *Psicopatología Descriptiva*. Madrid: Trotta.
70. Luna, I. M. (2015). El trastorno límite de la personalidad y su comorbilidad con el trastorno bipolar. *Trastornos del ánimo*, 3(2), 85-98.
71. Maero, F. (2015). Una experta en enfermedades mentales revela su lucha personal. Grupo /Act. (16 de abril 2015). Recuperado de: <https://grupoact.com.ar/una-experta-en-enfermedades-mentales-revela-su-lucha-personal/>
72. Maggio, Jorge Luis. (2008). Bipolaridad en el Trastorno Límite de la Personalidad. *Alcmeon Revista Argentina de clínica Neuropsiquiátrica*. Vol. 15. núm. 2. pp. 150-209.
73. Marcial-Zavala, R. (2015). *Identidades Muxes en Juchitán, Oaxaca. Prácticas sexo/genéricas y consumos culturales*. [Tesis para optar por el grado de maestría]. Universidad Autónoma del Estado de Chiapas.
74. Martínez-Moya, L. (2016). *El abuso sexual infantil en México, limitaciones de la intervención estatal*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas.

75. Martínez, L. (2010). *Ontología Histórica y Nominalismo dinámico: la propuesta de Ian Hacking para las ciencias humanas*. Chile: Universidad de la República.
76. Menéndez, E. (2020). *Morir de Alcohol: saber y hegemonía médica (3a ed.)*. Buenos Aires, Argentina: EDUNL Cooperativa.
77. Moncrieff, J. (2008). *Hablando Claro: una Introducción a los Fármacos Psiquiátricos*. Barcelona: Herder.
78. Mosquera, D. (6 de septiembre de 2020). *Foro TLP*. Obtenido de Diagnóstico del Trastorno límite de la personalidad: <https://www.trastornolimito.com/tlp/diagnostico-del-trastorno-limite-de-la-personalidad>
79. Nicolás, J. A. (1997). *Teorías de la verdad en el siglo XX*. Madrid: TECNOS.
80. Novella, J. H. El joven Foucault y la crítica de la razón psicológica: en torno a los orígenes de la Historia de la locura. *ISEGORÍA*, No 40, enero-junio, 2009, 93-113, ISSN: 1130-2097.
81. O'Rally, T. (2005) What is the web 2.0? Recuperado de <https://www.oreilly.com/pub/a/web2/archive/what-is-web-20.html?page=1> (14 de abril de 2019).
82. Ordoñez, P. C. (2017). Modelos filosóficos de la experticia. *Filosofía UIS*, 16(1), 259-282.
83. Ruiz-Méndez, M. R., & Aguirre-Aguilar, G. (2015). Etnografía Virtual, un acercamiento al método y a sus aplicaciones. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, XXI(41), 67-96.
84. Olson, E. T. (03 de 02 de 2021). Personal Identity. Obtenido de <https://plato.stanford.edu/archives/spr2021/entries/identidad-personal/> />
85. Ordorika, T. Aportaciones sociológicas al estudio de la enfermedad mental en mujeres. *Revista Mexicana de Sociología* 71, núm. 4 (octubre-diciembre, 2009): 647-674. México, D. F. ISSN: 0188-2503/09/07104-02.
86. Ordoñez, P. C. (2017). Modelos filosóficos de la experticia. *Filosofía UIS*, 16(1), 259-282.
87. Paris, J (1993). *Borderline personality disorder: etiology and treatment*.

88. Peñaranda, F. y. (2013). El debate determinantes-determinación social de la salud: aportes. 31, 120-386.
89. Pickersgill, M. (2013). Debating of DSM-5 diagnosis and sociology of critique. *J Med Ethics* 2014; 40:521–525. doi:10.1136/medethics-2013-101762.
90. Pellauer, David y Dauenhauer, Bernard, "Paul Ricoeur", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2016 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entradas/ricoeur/>>
91. Ramírez, S. (2006). Conocimiento y democracia: expertos y experticia en los procesos de socialización del conocimiento.
92. Roda-Rivera, C. Marsha Linehan: de paciente a psicóloga para vencer el TLP. La mente es maravillosa. (13 de abril de 2020). Recuperado de: <https://lamenteesmaravillosa.com/marsha-linehan-de-paciente-a-psicologa-para-vencer-el-ttp/>
93. Rojas, Malpica, C. (2012). Definición, contenido y límites de la psiquiatría contemporánea. *Revista de Salud Mental*. Vol. 35. Núm. 3. pp. 181-188. Valencia, Venezuela: Departamento de Salud Mental, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo.
94. Ruiz, M. y Vairo, M. Trastorno límite de la personalidad: reino de las mujeres, tierra sin hombres. *Vertex rev. argent. psiquiatr.*; 19(81): 303-308, sept.-oct. 2008. Artículo em Espanhol | LILACS | ID: lil-539703
95. Ruiz-Méndez, M. R., & Aguirre-Aguilar, G. (2015). Etnografía Virtual, un acercamiento al método y a sus aplicaciones. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, XXI(41), 67-96.
96. Sacks, O. (2006). *Un Antropólogo en Marte*. México: Anagrama.
97. Sandoval Forero, E. Cibersocioantropología de comunidades virtuales. *Revista Argentina de Sociología* [en línea] 2007, 5 (noviembre-diciembre): [Fecha de consulta: 22 de mayo de 2019] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26950905>> ISSN 1667-9261
98. Shutz, G. (2015). *Éticas de la serenidad: la invitación helenística*. México: Opúsculos.

99. Silva, H. DSM-5: nueva clasificación de los trastornos mentales. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2014; 52 (SUPL 1): 7-8.
100. Sloterdijk, P. (2011). *Sin Salvación: tras las huellas de Heidegger*. Madrid: Akal Universitaria.
101. Smolan, R. & Erwit, J. (2009). *The Human Face of Big Data*. Against all Odds Productions.
102. Spitzer, R. (2003). *Can Some Gay Men and Lesbians Change Their Sexual Orientation? 200 Participants Reporting a Change from Homosexual to Heterosexual Orientation*. En *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 32, No. pp. 403–417.
103. Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas de salud mental. Capítulo de libro. Compilador: Hugo Lerner Editorial: Psicolibro. Colección FUNDEP.
104. Vásquez, R. A. (2011). Antipsiquiatría: deconstrucción del concepto de enfermedad mental y el concepto de la razón psiquiátrica. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. (3): 31
105. Vásquez, A. A. (2020). *¿Por razón necesaria? Violaciones a los derechos humanos en los servicios de atención a la salud mental en México*. Ciudad de México: Documenta.
106. Viglioglia, P. (2004) Historia de Pinel y la liberación de los dementes. *Rincón de la cultura. Act Terap Dermatol*. 27: 5
107. Wakefield, J. C. (2007) The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry*. Vol. 6:149-156.
108. Walter, B. (2009). El narrador. En M. Stoop, *Sujeto y relato: antología de textos teóricos* (págs. 33-56). México: UNAM.
109. Walter, B. *Teorías en tensión: sujeto y subjetividad*. Reencuentro, núm. 65, diciembre, 2012, pp. 30-37. Distrito Federal, México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

110. Williams, B. (2013). Problemas del Yo. México: Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM. Edición Traducida por: José M.G. Holguera. Revisado por: Gustavo Ortiz Millán y Laura E. Manríquez.
111. Wolff, J. (2011). Ethics and Public Policy. New York. Routledge Taylor & Francis Group.
112. Yebenes, Z. (2014). Los espíritus y su Mundos. Locura y subjetividad en el México moderno y contemporáneo. México: Gedisa.