

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



“Vivir al borde”: narrativas y experiencias de mujeres jóvenes diagnosticadas con
trastorno límite de la personalidad

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Antropología presentado por:

Espinosa Landaure, Paula Mia

Asesora:

Ulfe Young, Maria Eugenia

Lima, 2023

Informe de Similitud

Yo, María Eugenia Ulfe Young, docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado “Vivir al borde”: narrativas y experiencias de mujeres jóvenes diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad del/de la autor(a)/ de los(as) autores(as) Paula Mia Espinosa Landaure,

dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 4%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 20/06/2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 21 de junio del 2023

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Ulfe Young, María Eugenia</u>	
DNI: 07871124	Firma 
ORCID: 0000-0002-2749-1036	

Dedicatoria

*My final diagnosis: a recovered borderline.
What that means, I still don't know.
Was I ever crazy? Maybe. Or maybe life is...
Crazy isn't being broken or swallowing a dark secret.
It's you or me amplified. If you ever told a lie and enjoyed it.
If you ever wished you could be a child forever.*

-Sussana Kaysen, Girl interrupted

Dedico este trabajo a todas las personas que han convivido en carne propia con un padecimiento psíquico, especialmente a Alessandra, Carolina, Diana y Valeria¹ que hicieron posible la realización de esta tesis. Esta investigación ha implicado para mí un aprendizaje incalculable y un cuestionamiento hacia aquello que entendemos por “normalidad”. Resuenan en mí las palabras de Sussana Kaysen cuando dice que a veces, la única manera de mantenerse “ cuerdo” es volverse un poco loco.



¹ Los nombres utilizados son seudónimos para proteger la identidad de las informantes

Resumen

En esta tesis se investiga, desde un enfoque etnográfico, las narrativas y experiencias de mujeres jóvenes diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad (TLP) en torno a su diagnóstico psiquiátrico. Se busca conocer cómo el TLP es entendido por estas jóvenes, y cómo sus historias de vida y experiencias con servicios e instituciones de salud mental influyen en estas narrativas y experiencias.

Para ello, se realizó una revisión previa sobre las aproximaciones al TLP desde los enfoques biomédicos, la antropología y los estudios feministas, así como de algunas investigaciones sobre salud mental en el contexto peruano. Como parte del marco teórico se utilizaron aportes de la antropología médica y los estudios feministas.

El trabajo de campo tuvo una duración de 9 semanas, periodo en el cual se realizaron historias de vida en base a entrevistas a profundidad, entrevistas semiestructuradas y observaciones no participantes. La investigación se ha dividido de la siguiente manera: en el primer capítulo, se desarrolla el tema de investigación, el estado de la cuestión y el marco teórico. En la segunda parte, se desarrollan la metodología, los aspectos éticos y la presentación de los casos. En el tercer capítulo, se describen las narrativas de padecimiento de las jóvenes en torno a su diagnóstico. En la cuarta parte, se abordan las narrativas sobre el TLP presentes en espacios terapéuticos, y las experiencias de las jóvenes en tratamientos y servicios de salud mental. Por último, el capítulo final está dedicado a las conclusiones del trabajo.

Palabras clave: antropología médica, salud mental, narrativas, trastorno límite de la personalidad, medicalización

Índice de contenidos

1. Capítulo 1: Introducción	1
1.1. Presentación y justificación del tema	1
1.2. Preguntas y objetivos de investigación	4
1.3. Estado de la cuestión	5
1.3.1. Surgimiento y evolución del concepto de TLP	6
1.3.2. El TLP desde los enfoques biomédicos	7
1.3.3. Investigaciones antropológicas sobre salud mental en Perú	10
1.3.4. El TLP desde la antropología	13
1.3.5. El TLP desde los estudios feministas	15
1.3.6. Balance	17
1.4. Marco teórico	19
1.4.1. Antropología médica	19
1.4.2. Estudios feministas	26
2. Capítulo 2: Metodología y trabajo de campo	29
2.1. Sujetos de estudio	29
2.2. Lugares de observación	32
2.3. Técnicas de recojo de información	32
2.4. Balance del trabajo de campo y consideraciones éticas	34
2.5. Presentación de los casos	37
3. Capítulo 3: Narrativas de padecimiento	50
3.1. Factores y detonantes de malestar emocional	50
3.1.1. Entorno familiar	50
3.1.2. Experiencias de violencia: abusos sexuales, físicos y psicológicos	57
3.1.3. Acoso escolar	61
3.1.4. Valoraciones socioculturales en torno a la delgadez y el cuerpo femenino	64
3.1.5. Estudios universitarios	67
3.1.6. Aborto en contextos de ilegalidad	73
3.1.7. Pandemia de COVID-19	75
3.2. Signos y manifestaciones de malestar emocional	78
3.2.1. Sensibilidad emocional: “lo que sientes tú, yo lo siento por “mil”	78
3.2.2. Experiencias de ansiedad y depresión	81
3.2.3. La disociación y el “olvido”	86

3.2.4. La autolesión como práctica de alivio y regulación emocional	87
3.2.5. El TLP y la sexualidad	90
3.2.6. Abuso de sustancias y adicciones	92
3.2.7. Narrativas en torno al suicidio	98
3.2.8. “Trastornos” de la conducta alimentaria	102
3.3. Interpretaciones y significados sobre el TLP	107
3.3.1. El TLP como modelo explicativo del malestar	108
3.3.2. El TLP y el estigma	114
3.3.3. El TLP y el entorno familiar	118
3.3.4.P, la neurodivergencia y otros diagnósticos psiquiátricos	119
3.4. Narrativas de recuperación	124
3.4.1. El proceso de recuperación	125
3.4.2. Espacios recuperativos	127
3.4.2.1. El arte como espacio de sanación y expresión emocional	130
4. Capítulo 4: Narrativas sobre el TLP en espacios terapéuticos y experiencias en servicios de salud mental	137
4.1. Narrativas sobre el TLP en profesionales de la salud mental	137
4.1.1. Imágenes sobre el TLP en un programa televisivo nacional	137
4.1.2. Imágenes sobre el TLP en los profesionales entrevistados	143
4.1.2.1. Imaginarios sobre el paciente con TLP	144
4.1.2.2. Narrativas sobre el desarrollo del TLP	148
4.1.2.3. Tratamiento y pronóstico del “trastorno”	152
4.2. Experiencias en servicios e instituciones de salud mental	156
4.2.1. Ser diagnosticada con TLP	156
4.2.2. Terapia psicológica	163
4.2.3. Tratamientos farmacológicos	171
4.2.4. Internamientos y hospitalizaciones	178
4.3. Narrativas sobre el TLP en otros espacios terapéuticos	183
5. Capítulo 5: Conclusiones y reflexiones finales	187
6. Bibliografía	207
7. Anexos	213
7.1. Anexo 1. Relación de informantes	213

Índice de imágenes

Imagen 1. Relato de Alessandra sobre la depresión	82
Imagen 2. Relato de Alessandra sobre el estigma en salud mental	115
Imagen 3. Relato de Alessandra sobre el proceso de recuperación	126
Imagen 4. “Suéter”. Dibujo de Diana	131
Imagen 5. Versión de El nacimiento de Venus de Botticelli. Dibujo de Diana	131
Imagen 6. “Refugio”. Dibujo de Diana	132
Imagen 7. Versión de El beso de Gustav Klimt. Dibujo de Diana	133
Imagen 8. Cuadernos de art journal de Carolina	134
Imagen 9. Relato de Carolina en cuaderno de art journal	135
Imagen 10. Poesía y collage de Carolina en cuaderno de art journal	136
Imagen 11. Receta de medicamentos psiquiátricos de Carolina	174



Índice de tablas

Tabla 1. Resumen de casos

38

Tabla 2. Relación de informantes

213



1. Capítulo 1: Introducción

1.1. Presentación y justificación del tema

El trastorno límite de la personalidad (en adelante: TLP) es un “trastorno mental” caracterizado por una marcada inestabilidad en el estado anímico y por la presencia de conductas impulsivas como autolesiones, consumo de sustancias, intentos de suicidio, entre otros. Constituye el “trastorno de personalidad” más frecuente descrito por los manuales diagnósticos de psiquiatría y se trata de uno “trastornos” más estigmatizados y controversiales dentro de la práctica clínica dada la complejidad de su definición y sintomatología, su comorbilidad con otros diagnósticos psiquiátricos y su “resistencia” a los tratamientos biomédicos convencionales (Álvarez, 2008).

Entre los criterios diagnósticos se encuentran características como la inestabilidad afectiva, la impulsividad, los comportamientos suicidas y de autolesión, la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la alteración de la autoimagen, los “esfuerzos frenéticos” para evitar un abandono, los sentimientos crónicos de vacío, los episodios de disociación y la ideación paranoide transitoria (Gagliesi *et al.*, s.f.). Según diversas estadísticas, se estima que entre un 1,1 % y un 4,6% de la población mundial padecería de este “trastorno” y que cada tres de cuatro afectados serían mujeres (Sarmiento, 2008). En particular, se trata de un “trastorno” focalizado en mujeres jóvenes (Mantilla, 2009). Del mismo modo, se calcula que esta población representa aproximadamente el 20% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y que cerca 10% de los pacientes con este diagnóstico llega a consumir el acto de suicidio (Espinosa, Blum & Romero, 2009; Gagliesi *et al.*, s.f). Si bien se carece de datos oficiales a nivel nacional, en el año 2018 el Hospital Hermilio Valdizán realizó un informe que reportaba un total de 49 casos de TLP en consulta externa, de los cuales 41 eran mujeres (Denegrí, 2018).

Dada su condición de “trastorno mental”, el TLP ha sido principalmente abordado desde disciplinas como la psiquiatría y la psicología clínica, las cuales se han centrado en el diagnóstico y tratamiento del “trastorno”. Desde estas

aproximaciones, el TLP es generalmente entendido como una “enfermedad mental” compleja y de curso crónico. No obstante, esta definición oscurece la importancia de considerar las dimensiones culturales y sociales, así como las relaciones de género y poder en las cuales se inscribe esta problemática.

Es importante recalcar que, pese a la mayor prevalencia del diagnóstico en mujeres, estos aspectos han recibido una escasa atención por parte de los enfoques biomédicos. Ello resulta aún más problemático teniendo en cuenta que diversos estudios han planteado que el diagnóstico de TLP tiende a ser principalmente aplicado a mujeres con experiencias de violencia (como puede ser el maltrato, el abuso sexual, o el trauma infantil, entre otros). De esta manera, diversas autoras feministas han planteado que la medicalización de esta problemática y su ubicación como un “trastorno de la personalidad” impediría su comprensión como una respuesta emocional a contextos violentos, especialmente en un entorno social donde existen altos índices de violencia hacia las mujeres (Lester, 2013; Shaw & Proctor, 2005). En el caso peruano, Apaza & Yoshiyama (2011), en su investigación realizada en el Hospital Hermilio Valdizán reportaron también una incidencia elevada de abusos sexuales durante la infancia en pacientes mujeres con este diagnóstico. Teniendo en cuenta la relación entre TLP y conducta suicida, además, el informe señala que la prevalencia de este abuso es más elevada en aquellas pacientes con este “trastorno” que presentan intentos de suicidio recurrentes, la cual llega a un casi 60% en las mismas.

Por otro lado, otro factor importante a considerar es la manera en la que las teorías del campo de la psicología y la psiquiatría se han establecido como la versión dominante y autorizada con respecto al “trastorno”. De esta manera, existe un relato oficial sobre el TLP producido por profesionales de la salud mental, los cuales- a menudo ubicándose por encima de las voces de quienes sienten y experimentan estos procesos -elaboran definiciones, criterios diagnósticos, entre otros conceptos vinculados al “trastorno”. En contraste, las narrativas de los propios afectados constituyen una versión invisibilizada desde el discurso biomédico o, en su defecto, ubicadas en una posición marginal e incorporadas únicamente cuando contribuyen a los procesos de diagnóstico y tratamiento. En este sentido, existe una

jerarquía entre las narrativas del ámbito clínico e institucional, las cuales se establecen como la versión autorizada; y las de los pacientes afectados por el padecimiento, consideradas como relatos subjetivos e imprecisos que deben ser guiados por estas explicaciones profesionales (Cipriano, Flores & Mariano, 2013).

Como sugiere la literatura existente sobre el “trastorno”, además, el manejo del TLP y su tratamiento constituyen un reto en el ámbito clínico. Esto no solo debido al porcentaje significativo de pacientes que llega a consumir el suicidio y a su elevada frecuencia de comorbilidad con otras “patologías” (abuso de sustancias, depresión, “trastornos de la conducta alimentaria”, “trastornos” de ansiedad, entre otros), sino a la poca eficacia terapéutica que los tratamientos psicológicos y farmacológicos han demostrado para abordar este (Álvarez, 2008; Cipriano, Flores & Mariano, 2013). Al mismo tiempo, como sugieren diversos estudios, el TLP constituye un “trastorno” altamente estigmatizado dentro de la práctica clínica, y la presencia de actitudes de desprecio y aversión por parte de profesionales hacia este tipo de pacientes son muy frecuentes (Nicki, 2016). Diversos estudios muestran la manera en la que los pacientes con este diagnóstico tienden a ser típicamente catalogados como “difíciles”, “manipuladores” y “complejos” debido a su gran “resistencia” a los tratamientos biomédicos convencionales, y a la presencia de intentos de suicidio y hospitalizaciones recurrentes (Mantilla, 2009). En el contexto peruano, trabajos como el de Pérez (2016) sobre actitudes de profesionales de salud mental en un hospital psiquiátrico de Lima hacia pacientes diagnosticados con TLP brindan también un panorama sobre esta situación: “un tercio de la muestra aún considera la conducta manipuladora como un síntoma importante para realizar el diagnóstico”, “un 90% de psicólogos cree que la conducta manipuladora es frecuente durante la hospitalización de pacientes con TLP”, “la gran mayoría de la muestra piensa que la relación terapéutica con los pacientes con TLP es difícil” (p. 92).

Esta tesis busca aportar a la comprensión del TLP desde una perspectiva antropológica, la cual permite rescatar y visibilizar aspectos poco considerados desde los enfoques biomédicos. En este sentido, considero que la antropología permite otorgar una mayor centralidad a las narrativas de quienes sienten y experimentan estos procesos, así como un acercamiento a las dimensiones

contextuales, socioculturales y de poder en torno al diagnóstico- lo que incluye, también, aspectos de género poco abordados y la manera en la que estos se relacionan con la feminización del “trastorno”. Este acercamiento, a su vez, genera un espacio para repensar la medicalización e individualización de estas experiencias emocionales al entenderlas en su marco social y cultural.

Considero también que esta mirada crítica hacia el TLP resulta fundamental ya que, como se mencionó anteriormente, los enfoques biomédicos han demostrado poca eficacia terapéutica para abordar este “trastorno”, así como una gran estigmatización e incompreensión hacia los pacientes con este diagnóstico. En este sentido, teniendo cuenta la elevada tasa de intentos y consumación de suicidio que este “trastorno” implica, así como el problema que ello en términos de salud pública supone, la presente investigación busca contribuir a repensar nuevas maneras de abordar estas experiencias de malestar emocional desde una perspectiva desmedicalizante teniendo como punto de partida las narrativas de mujeres jóvenes que experimentan estos procesos. Finalmente, la investigación busca realizar un aporte al campo de la antropología médica en Perú y, en particular, al campo de la salud mental en esta disciplina ya que posiblemente debido a factores como la invisibilización y el estigma históricamente existente hacia estas temáticas se trata de un área de estudios poco desarrollada en el país aún. Al mismo tiempo, se busca contribuir a una mayor discusión sobre temas de salud mental en la agenda de la salud pública en el país.

1.2. Preguntas y objetivos de investigación

A partir del tema desarrollado, la investigación plantea las siguientes preguntas y objetivos:

Pregunta principal

¿Cuáles son las narrativas y experiencias de mujeres jóvenes diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad en torno a su diagnóstico psiquiátrico?

Preguntas específicas

- a) ¿Cómo es entendido el TLP por estas jóvenes?
- b) ¿Cómo sus historias de vida influyen en estas narrativas y experiencias?
- c) ¿Cómo su interacción con servicios e instituciones de salud mental influye en estas narrativas y experiencias?

Objetivo principal

Conocer las narrativas y experiencias de mujeres jóvenes diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad en torno a su diagnóstico psiquiátrico

Objetivos específicos

- a) Indagar cómo es entendido el TLP por estas jóvenes
- b) Explicar cómo sus historias de vida influyen en estas narrativas y experiencias
- c) Analizar cómo su interacción con servicios e instituciones de salud mental influye en sus narrativas y experiencias

1.3. Estado de la cuestión

En esta sección se desarrollarán las principales aproximaciones desde las cuales el TLP ha sido estudiado, las cuales permitirán comprender las complejidades de su abordaje como materia para este proyecto de investigación. En primer lugar, se hará mención del surgimiento de esta categoría y su proceso de formalización como diagnóstico psiquiátrico. En segundo lugar, se presentará una revisión sobre la manera en la que este “trastorno” ha sido abordado desde los enfoques biomédicos. Posteriormente, se mencionarán algunas investigaciones antropológicas sobre salud mental en el contexto peruano, así como algunos trabajos sobre el TLP desde esta disciplina. Finalmente, se presentarán las principales discusiones planteadas sobre este diagnóstico desde los estudios feministas.

1.3.1. Surgimiento y evolución del concepto de TLP

Según Kreisman y Straus (2010) el “trastorno borderline” o TLP ha sido para la psiquiatría un “lo que el virus es para la medicina general: un término inexacto para una vaga pero pernicioso enfermedad que es frustrante de tratar, difícil de definir, e imposible de explicar adecuadamente al paciente” (p.7). Como sugieren diversos autores, la heterogeneidad de la sintomatología asociada a este “trastorno” y su difícil conceptualización han conducido a una gran cantidad de desacuerdos y teorías en torno a este en el campo clínico.

El término “borderline” fue utilizado por primera vez por el filósofo y psicólogo alemán Stern en 1938, y surgió como una categoría para clasificar a un grupo amplio de personalidades que se encontraban en una zona fronteriza entre la “neurosis” y la “psicosis”, es decir, que reunían características de ambos estados pero sin llegar a ubicarse completamente en el uno o en el otro. Se trataba de pacientes socialmente funcionales y de apariencia “normal” pero que en periodos de estrés manifestaban algunos síntomas y características propias de la esquizofrenia. En los años posteriores este concepto continuó siendo discutido y diversos autores propusieron diversos términos para referirse a este grupo de pacientes: “esquizofrenia ambulatoria”, “esquizofrenia pseudoneurótica”, “organización borderline de la personalidad”, entre otros (AIAQS, 2011; Fernández-Guerrero, 2017; Miller, 1993).

Como sugiere Miller (1993), dada la gran influencia del psicoanálisis en la psiquiatría norteamericana, la literatura psicoanalítica fue el campo que más impacto tuvo en el desarrollo de este concepto durante las décadas posteriores. Desde la década de 1950, este comenzó a adquirir una gran popularidad; no obstante, no existió un único consenso en cuanto a esto. Según Arias y Farinon (2016), mientras que algunos afirmaban que se trataba de pacientes neuróticos graves mal diagnosticados, otros enfatizaban el carácter psicótico del “trastorno” y otros señalaban se trataba de un grupo distinto con características propias.

Dada su creciente popularización, en 1980 el término “borderline” fue incluido por primera vez en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los

Trastornos Mentales (DSM) por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Ello supuso su formalización como un diagnóstico psiquiátrico con criterios definidos, lo que generó, además, un aumento exponencial en la literatura sobre el tema. Desde entonces, varias revisiones del DSM han sido producidas hasta su versión más reciente publicada en 2013. En este, el TLP pasa a ser definido como un “trastorno de la personalidad” caracterizado por un patrón general de inestabilidad en la afectividad, la autoimagen y las relaciones interpersonales, así como una notable impulsividad. Actualmente constituye el diagnóstico más frecuente dentro de los “trastornos de personalidad” y es utilizado con frecuencia por profesionales de salud mental en distintas partes del mundo (AIAQS, 2011; Mantilla, 2015; Miller, 1993).

1.3.2. El TLP desde los enfoques biomédicos

Si bien la literatura sobre el TLP es bastante extensa, dada su condición de “trastorno mental”, este ha sido principalmente abordado desde disciplinas como la psiquiatría y la psicología clínica, cuyas teorías se han establecido como la versión dominante sobre el “trastorno”. Si bien existen diversos debates en torno a esto, la mirada predominante adoptada desde estas disciplinas consiste en un enfoque biomédico que propone la existencia de una patología individual y desdibuja la importancia de factores socioculturales, así como de dimensiones de género y poder en la comprensión del malestar emocional. Es importante mencionar que si bien desde enfoques como la psicología feminista se han planteado una serie de críticas hacia la categoría diagnóstica de TLP, dichas aproximaciones no serán consideradas en esta sección puesto que establecen, precisamente, una ruptura con la versión biomédica dominante sobre el “trastorno”.

Entre los síntomas más mencionados destacan la inestabilidad afectiva, expresada a través de cambios de humor bruscos y una sensibilidad emocional “excesiva”; la impulsividad, caracterizada por conductas como el abuso de sustancias, los atracones de comida, las autolesiones, y los pensamientos y/o intentos suicidio recurrentes; la inestabilidad de la autoimagen, expresada a través de cambios bruscos en la percepción de sí mismos y en aspectos como los valores, las amistades, las aspiraciones profesionales, entre otros; la inestabilidad en las

relaciones interpersonales, caracterizada por cambios repentinos en la percepción sobre los demás que oscilan entre los extremos de idealización y devaluación, y que conducen a la presencia de vínculos interpersonales caóticos; los sentimientos crónicos de vacío, descritos como “una desesperanza y una profunda sensación de ausencia de sentido de la vida” (Gagliesi *et al.*, s.f., p. 6), así como una gran sensación de vacío interior; los esfuerzos “frenéticos” para evitar un abandono real o imaginado, desencadenados ante la posibilidad de una separación de un ser querido; la disociación, la cual consiste en un estado de desconexión emocional en el cual las experiencias se perciben como irreales o parte de un “sueño”, y que puede llegar a incluir la aparición de “lagunas mentales” durante horas o días; y la ideación paranoide transitoria, caracterizada por episodios con una extrema desconfianza hacia las personas del entorno y la percepción que estas buscan ocasionar algún tipo de daño. Se enfatiza que si bien estos “síntomas” pueden llegar a ser controlados con psicoterapia y medicación, se trata de un “trastorno” de curso crónico puesto que constituye una alteración intrínseca a la “personalidad” (Almuelle, 2017; Apfelbaum & Gagliesi, 2004; Kreisman & Straus, 2010; Linehan, 2003; Gagliesi *et al.*, s.f.; Sarmiento, 2008; Zamorano, 2017).

Entre las autoras más influyentes con respecto a esta temática destaca Marsha Linehan, psicóloga estadounidense que en la década de 1980 desarrolló la teoría biosocial, una de las teorías más populares para abordar este “trastorno” en la actualidad. Desde su propuesta, el TLP surgiría producto de una desregulación emocional desarrollada por la interacción de dos factores: una vulnerabilidad emocional intrínseca a la persona, de origen biológico; y un ambiente invalidante, es decir, un contexto en el cual existe una respuesta inapropiada a las necesidades emocionales de la persona (lo que puede incluir también la presencia de ambientes abusivos). Dicho contexto impediría el aprendizaje de habilidades tales como la regulación emocional, la tolerancia a la frustración y la comunicación adecuada de sentimientos. Ello, sumado a una vulnerabilidad biológica intrínseca a la persona, conduciría al desarrollo de un sistema emocional hiper-reactivo en el cual existe una respuesta emocional excesiva ante ciertos estímulos, así como una gran dificultad y una falta de habilidades para regular las emociones (Apfelbaum & Gagliesi, 2004; De la Vega & Sánchez, 2012; Linehan, 2003; Sarmiento, 2008; Vásquez-Dextre, 2016).

En este sentido, cabe destacar que dada la extensa cantidad de investigaciones que establecen una relación entre el diagnóstico de TLP, y la experimentación de vivencias traumáticas- incluyendo Linehan (2003), quien menciona que hasta un 75% de pacientes con este diagnóstico presenta alguna historia de abuso sexual en la infancia -su clasificación como “trastorno de la personalidad” ha sido refutada. Así, algunos profesionales plantean que el TLP formaría parte del espectro de los “trastornos” de trauma antes que una alteración propia de la personalidad, lo que ha generado debates en torno a si el TLP podría considerarse, por lo tanto, como una forma del trastorno de estrés postraumático complejo o TEPT-C (“trastorno mental” producido por la exposición continua a uno o varios eventos traumáticos). No obstante, la teoría más aceptada y adoptada por los manuales diagnósticos oficiales de psiquiatría es su clasificación como un “trastorno de la personalidad” en el cual la experimentación de vivencias traumáticas constituye únicamente un factor que predispone al desarrollo o aparición de esta condición (Courtois & Ford, 2021; Mathai, 2016; Porter *et al.*, 2019).

En este sentido, es importante mencionar que si bien estos enfoques reconocen- en menor o mayor grado- el impacto de diversos factores contextuales y su relación con el “trastorno”, persiste aún una medicalización de estos procesos emocionales y una reducción de estos a la categoría de “síntomas” de un “trastorno mental” (tanto a través del diagnóstico de TLP como de TEPT- C). Ello, a su vez, desdibuja la importancia de comprender las dimensiones socioculturales, y las relaciones de género y poder en las que se inscribe esta problemática.

Por otro lado, otro factor importante a considerar es la manera en la que estos enfoques otorgan una importancia central a las voces de especialistas, mientras que las de las personas diagnosticadas permanecen ausentes o, en su defecto, son incluidas únicamente como parte de la “evidencia” clínica. De esta manera, las narrativas de los profesionales se ubican como la versión autorizada del “trastorno”, mientras que las de las personas afectadas permanecen invisibilizadas y subordinadas a estas teorías y explicaciones “oficiales”.

1.3.3. Investigaciones antropológicas sobre salud mental en Perú

Si bien no existen investigaciones antropológicas sobre el TLP en el contexto peruano, desde esta disciplina se han realizado algunos trabajos sobre otros diagnósticos psiquiátricos y neuropsiquiátricos, así como sobre temas vinculados a salud mental en general. En este sentido, cabe destacar que, si bien se trata de un campo de estudios poco desarrollado en el país aún, estos trabajos proporcionan un marco útil para abordar las preguntas y objetivos propuestos en esta investigación.

Entre las investigaciones encontradas destaca el trabajo de Lisette Gamboa (2018) sobre narrativas y prácticas de mujeres jóvenes diagnosticadas con anorexia y bulimia. Incorporando aportes de la antropología médica, los estudios de género, el enfoque foucaultiano y la antropología digital, su investigación plantea una mirada desmedicalizante y crítica hacia los enfoques biomédicos enfatizando cómo estas experiencias se inscriben en un contexto sociocultural que empuja al cuerpo femenino a alcanzar la delgadez. En este sentido, se presta particular atención a la feminización de este “trastorno”, y a su vinculación con valoraciones occidentales en torno al cuerpo femenino y la delgadez. Del mismo modo, se analizan los diversos mecanismos de control, vigilancia y normalización hacia el cuerpo femenino presentes en el espacio terapéutico, y se triangulan las narrativas y prácticas de estas jóvenes con los discursos en torno a la anorexia y la bulimia presentes en los medios de comunicación.

Por su parte, Alexandra Cussianovich (2010) realiza un análisis antropológico sobre el “trastorno por déficit de atención e hiperactividad” (TDAH) infantil. En su investigación, aborda los procesos de normalización en niños con TDAH de familias limeñas de clase media. De esta manera, explora los repertorios de estrategias mediante las cuales se busca reubicar a estos en los parámetros socialmente establecidos de “normalidad” (en este caso, en el ideal de un niño atento, concentrado, obediente, pasivo y memorioso) a través de herramientas como las prácticas terapéuticas, la intervención de especialistas, los tratamientos farmacológicos, las medidas en centros educativos, el apoyo en casa, entre otros. Al mismo tiempo, se establece una crítica a la manera en la que los tratamientos

permanecen enfocados en el plano individual ignorando el contexto y las dimensiones socioculturales que desencadenan o agravan esta condición, tal y como, por ejemplo, las exigencias de productividad, eficiencia y competitividad propias de una sociedad capitalista.

Kimberly Theidon (2004), en su libro *Entre prójimos*, problematiza también el uso del diagnóstico de estrés posttraumático para abordar las experiencias de malestar emocional en el contexto post conflicto armado interno en siete comunidades de Ayacucho. Incorporando aportes de la antropología psicológica y la psicología social, la autora sostiene que el énfasis de este diagnóstico en la esfera intrapsíquica y la psicopatología individual desdibuja la importancia de factores contextuales tales como la guerra, la pobreza y el racismo en la producción del sufrimiento. La autora plantea que ubicar el “trauma” en los individuos anula las dimensiones históricas, políticas y sociales del malestar en tanto “el problema de fondo no está en los individuos, sino en las relaciones traumatógenas propias de un sistema opresor que ha desembocado en una situación de guerra” (p. 43).

Por su parte, Maite Bustamante (2016, 2017) realiza un acercamiento antropológico a los suicidios de jóvenes en la ciudad de Nauta. A través de una exploración del contexto y las percepciones locales sobre estos hechos, así como una triangulación con registros, la investigación plantea la manera en la que este fenómeno responde a problemas tales como las dificultades económicas extremas, la discriminación, y la creciente necesidad y presión local por obtener una carrera profesional en un contexto en el cual los jóvenes no cuentan con los recursos para hacerlo. Ello, sumado a factores como las escasas redes familiares y amicales con las que cuentan estos, así como el incremento de adicciones, contribuiría con esta problemática. Se plantea que la identificación de estas causas es fundamental para establecer políticas que permitan la prevención de este fenómeno y se destaca la importancia de incorporar enfoques que permitan comprender el suicidio más allá de una perspectiva biomédica e individual.

Rafael Rivera (2020) aborda también las experiencias de recuperación en torno a la adicción a las drogas en los integrantes del grupo de ayuda mutua

Narcóticos Anónimos. La investigación enfatiza la necesidad de comprender la adicción desde una mirada que vaya más allá de una perspectiva centrada en la criminalización, el prohibicionismo y la “enfermedad”, así como de otorgar una mayor centralidad a las experiencias, los conocimientos y las propuestas de quienes experimentan estos padecimientos. Ello a manera de entender este fenómeno como una problemática pública, y desde un enfoque que contribuya a revertir la exclusión y estigmatización en la que se encuentra esta población.

Por último, Suárez y Calvo (2020) realizan un análisis de las narrativas de estudiantes universitarios de Lima que experimentan padecimientos de salud mental a través una reconstrucción de sus historias de vida. Estas experiencias son complementadas con información cuantitativa sobre salud mental en el contexto universitario y de pandemia de COVID-19. Se enfatizan aspectos como la ausencia de personal y de estrategias adecuadas para abordar la salud mental en el campus universitario, así como para reducir los factores de riesgo asociados a esta. Del mismo modo, se recalca el impacto de la pandemia y la inmovilización social obligatoria sobre la salud mental de los estudiantes.

En suma, estos trabajos brindan un aporte valioso para repensar las problemáticas vinculadas a temas de salud mental desde una perspectiva antropológica. En particular, destaca la manera en la que todas estas investigaciones otorgan una mayor centralidad a las narrativas y experiencias de quienes viven estos padecimientos, y/o a las personas allegadas a los mismos. Otro aporte fundamental es el énfasis en los factores socioculturales vinculados a estas problemáticas, lo que permite generar una mejor comprensión de estos fenómenos y, en consecuencia, aportar a una mejor prevención y manejo de estos. En esta misma línea, varios de estos trabajos plantean también una mirada crítica hacia los enfoques biomédicos cuestionando las nociones de “trastorno”, “patología” y “enfermedad”, así como las dimensiones de poder en torno a los diagnósticos y las prácticas terapéuticas convencionales.

1.3.4. El TLP desde la antropología

Si bien la producción antropológica sobre el TLP no es abundante, existen algunas investigaciones que han abordado el tema desde este campo. No obstante, estas no se limitan únicamente al campo de la antropología, sino que dialogan con otras disciplinas tales como la sociología, la psicología o la psiquiatría. En esta sección se presentarán algunos de los trabajos encontrados que reúnen algunos puntos relevantes para esta investigación.

Entre las investigaciones encontradas destaca el trabajo de Mantilla (2011), quien en su artículo “Manejo y expresión del cuerpo en el TLP” analiza la manera en la que el cuerpo se constituye como un elemento central en este diagnóstico. Ello se manifiesta tanto en la expresión corporal del padecimiento emocional (autolesiones, sobredosis de medicamentos, entre otras formas de violencia autoinfligida) como en la interacción de los pacientes con la autoridad médica durante internamientos y hospitalizaciones en instituciones (ataduras físicas a camas, inyecciones intramusculares con sedantes, modificación de los hábitos de vestimenta y cuidado personal, entre otros). En otro de sus trabajos, a través de un análisis de los relatos de psiquiatras y psicólogos en un hospital de Buenos Aires, la autora explica cómo los imaginarios de género presentes en estos profesionales contribuirían con la tendencia a establecer el diagnóstico de TLP en mujeres y, en particular, en mujeres blancas de clase media. La autora retoma algunas de las críticas feministas realizadas al “trastorno” enfatizando la manera en la que la psiquiatría históricamente ha tendido a patologizar la feminidad y ubicar a las mujeres en el polo de la “locura”, “emocionalidad”, “descontrol” y “anormalidad”, especialmente cuando no cumplen con las expectativas de género socialmente esperadas (Mantilla, 2015).

Por su parte, Rebecca Lester (2013), incorporando su trabajo como antropóloga y psicoterapeuta feminista, retoma también algunos de estos planteamientos desde una perspectiva crítica. La autora menciona que tanto desde la antropología como desde los estudios feministas se ha tendido a pensar en los diagnósticos psiquiátricos como categorías social y culturalmente construidas funcionales a medicalizar el malestar y ejercer control sobre los cuerpos desviados

de la norma. Sin embargo, estas críticas no necesariamente son compatibles con las vivencias y las percepciones de las personas diagnosticadas, ya que -tal como menciona la autora -estas no consideran los motivos por los cuales las personas pueden llegar a sentirse identificadas con este “trastorno”. La autora enfatiza también que la mayoría de consultantes con este diagnóstico constituyen mujeres que han atravesado experiencias de maltrato y/o abuso sexual, por lo que recalca la importancia de entender estos “síntomas” como estrategias de supervivencia desarrolladas para proporcionar alivio emocional frente a estos contextos.

Por su parte, Flores (2016), desde un enfoque de la antropología de las emociones, realiza un análisis de las narrativas de personas diagnosticadas con TLP y de sus entornos familiares. El autor enfatiza que estos relatos evidencian una serie de prácticas profesionales inadecuadas ya que, a menudo, los síntomas de este “trastorno” son interpretados como intentos de “llamar la atención” por parte de los especialistas. A partir de esto, se busca generar una perspectiva social del padecimiento y utilizar estos relatos como una evidencia clínica de primer orden para mejorar los procedimientos terapéuticos y los tratamientos convencionales.

Por su parte, Garnica (2018), utilizando el enfoque de la etnopsiquiatría y la antropología de las emociones, analiza los patrones de comportamiento de sujetos diagnosticados con TLP y la transmisión de violencia en sus vínculos familiares. Se concluye que, en la mayoría de los casos, la violencia familiar a nivel físico y/o emocional fue un elemento central en la historia de vida de estas personas y que tuvo un rol fundamental en el desarrollo del “trastorno”.

Estos trabajos, al igual que otros estudios de antropología en salud mental, plantean una mirada crítica hacia los enfoques biomédicos y su visión con respecto al TLP. En este sentido, se exploran dimensiones poco abordadas desde este campo tales como aspectos de género, cuerpo, violencia o las narrativas de las propias personas afectadas. No obstante, es importante mencionar que estas investigaciones plantean también miradas distintas en torno al “trastorno” ya que mientras que en algunos casos la medicalización y formulación de estas experiencias como un diagnóstico psiquiátrico es cuestionada, en otros el uso de un

enfoque antropológico es incluido únicamente como una herramienta funcional a implementar cambios en los tratamientos y las prácticas terapéutica convencionales.

1.3.5. El TLP desde los estudios feministas

Como se mencionó en las secciones anteriores, el TLP ha sido también abordado desde los estudios feministas. Estos se caracterizan por incorporar aportes de disciplinas como la psicología feminista o el trabajo social, así como por sostener una mirada crítica hacia los enfoques biomédicos, y rescatar las dimensiones culturales, sociales, de género y de poder en torno al “trastorno”. En este sentido, se otorga también una gran relevancia a la feminización del diagnóstico y a su vinculación con experiencias de violencia. Cabe resaltar que algunas de estas autoras se posicionan no solo como investigadoras sino, también, como mujeres sobrevivientes de violencia que fueron diagnosticadas en el pasado con TLP. En esta sección se mencionarán los trabajos que sintetizan las discusiones más relevantes sobre el TLP que se han dado en este campo de estudios.

Entre los trabajos más relevantes destacan las críticas desarrolladas por Shaw y Proctor (2005). Las autoras plantean que este diagnóstico- así como otras categorías psiquiátricas en general -constituyen categorías social y culturalmente construidas en tanto no dependen de un criterio “objetivo”, sino de expectativas y criterios de “normalidad” que afectan la manera en la que el comportamiento de un paciente es evaluado. Se enfatiza que la psiquiatría- lejos de ser una ciencia “objetiva” -se encuentra atravesada por relaciones de género que históricamente han ubicado a las mujeres en el espectro de la “emocionalidad”, “locura” e “irracionalidad”, especialmente cuando no cumplen con los mandatos socialmente establecidos de feminidad.

Las autoras plantean también la importancia de analizar los determinantes sociales subyacentes a este “trastorno” enfatizando cómo el TLP es principalmente aplicado a mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil. Así, plantean que esta etiqueta patologizaría la respuesta emocional de estas mujeres al entender sus experiencias como síntomas de una “alteración mental” y desvincular el malestar de

su contexto social- en este caso, de un entorno con altos índices de violencia hacia las mujeres. Ello, a su vez, reforzaría el *statu quo* de opresión femenina en tanto, a través del diagnóstico de TLP, el problema sería ubicado en la víctima mas no en el contexto y las relaciones de género que han causado su malestar.

Por su parte, Andrea Nicki (2016)- incorporando su perspectiva como psicoterapeuta feminista, y sobreviviente de violencia familiar y abuso sexual- retoma las críticas planteadas por Lester (2013), y Shaw y Proctor (2005) enfatizando cómo este diagnóstico se focaliza en mujeres sobrevivientes de abuso infantil (emocional, físico o sexual) patologizando sus emociones y sus experiencias de vida. La autora recalca también la importancia de generar investigaciones participativas con estas mujeres para generar tratamientos psicológicos adaptados a sus necesidades y se remarca, además, la necesidad de incorporar herramientas que vayan más allá del espacio clínico como, por ejemplo, el activismo feminista, los grupos de apoyo mutuo entre sobrevivientes, o las actividades artísticas. Finalmente, la autora realiza una revisión crítica a las propuestas que contemplan el trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT-C) como un diagnóstico alternativo al TLP. En este sentido, señala que si bien el TEPT-C puede tener una connotación menos estigmatizante, dicha categoría persiste aún en un énfasis patológico ya que estos procesos emocionales son entendidos como “síntomas” de una “alteración” mental.

No obstante, cabe mencionar que un vacío desde estas perspectivas es la poca contextualización que la noción de “mujer” ha recibido. En este sentido, si bien estas miradas enfatizan la vinculación de este diagnóstico con aspectos como la existencia de un entorno social con altos índices de violencia hacia las mujeres y/o las concepciones de género que atraviesan el diagnóstico psiquiátrico, no existe una mayor reflexión o contextualización en torno al perfil de las mujeres que reciben este diagnóstico, sino que el término mujer es utilizado de una manera bastante amplia y general. De esta manera, se ignoran también otros factores del contexto de estas mujeres que pueden influir en la asignación del diagnóstico y en el surgimiento de estas experiencias de malestar emocional.

1.3.6. Balance

En el estado de la cuestión se ha recorrido el surgimiento de la categoría de TLP, así como las diferentes discusiones en torno al “trastorno” desde cuatro campos de estudios. Esta revisión ha permitido no solo conocer las diversas miradas desde la cual este ha sido abordado sino también los alcances y limitaciones de estas aproximaciones. En este sentido, es importante mencionar que, si bien existen diversos debates y enfoques en torno a este diagnóstico, existe aún una predominancia del enfoque biomédico, así como escasas investigaciones desde la antropología sobre el tema.

A manera de brindar una contextualización sobre el “trastorno”, se desarrolló en primer lugar la manera en la que el concepto de “borderline” surgió en la práctica clínica y cómo fue posteriormente formalizado como diagnóstico psiquiátrico. En segundo lugar, se mencionó cómo el TLP ha sido principalmente entendido desde la noción de patología o “trastorno mental” desde los enfoques biomédicos. Si bien existen diversas teorías y discusiones en torno a este, el enfoque predominante enfatiza la presencia de una alteración psicobiológica que reduce la importancia de factores sociales, culturales y contextuales en la comprensión del malestar emocional. En particular, destaca cómo la feminización del “trastorno” y las dimensiones de género no han sido lo suficientemente desarrolladas desde estas perspectivas. Del mismo modo, se resaltó la manera en la que estas miradas se han constituido como la versión oficial y dominante sobre el “trastorno”, la cual otorga un lugar central a las voces de especialistas. En contraste, las narrativas de las personas afectadas permanecen todavía relegadas a un segundo plano o incorporadas únicamente cuando actúan como parte de la evidencia clínica o forman parte de los procesos de diagnóstico.

En tercer lugar, se hizo un repaso por las diferentes investigaciones antropológicas sobre salud mental en el contexto peruano. Como se mencionó anteriormente, si bien se trata de un área de estudios poco desarrollada y el TLP no ha sido abordado desde este campo aún, estos trabajos proporcionan un marco útil para esta investigación en tanto permiten repensar las problemáticas de salud

mental más allá de las perspectivas biomédicas. En este sentido, destaca la centralidad que estos estudios han otorgado a las voces de las personas afectadas, así como la manera en la que estas experiencias han sido comprendidas como fenómenos vinculados a factores culturales y sociales que deben ser llevados a una discusión más amplia para lograr una mejor comprensión y abordaje de estos. Del mismo modo, desde este campo se propone también una mirada crítica hacia la medicalización de estas experiencias, así como a las dimensiones de poder en torno a los tratamientos y las prácticas terapéuticas convencionales.

En cuarto lugar, se hizo un repaso por algunas investigaciones antropológicas sobre el TLP. Entre los principales puntos abordados por las investigaciones encontradas resaltan el cuestionamiento a las versiones biomédicas sobre “el trastorno”, la centralidad otorgada a las voces de las personas afectadas, la revalorización de la experiencia corporal del padecimiento, el énfasis en las experiencias de violencia vinculadas al “trastorno”, las dimensiones de género en torno a esta problemática, entre otros. No obstante, mientras que en algunos casos se cuestiona la medicalización de estas experiencias y su formulación como diagnóstico psiquiátrico, en otras la perspectiva antropológica es incluida únicamente como un complemento a tener en cuenta en la práctica clínica y los tratamientos convencionales. Ello debido a la conexión de algunos de estos estudios con disciplinas como la psiquiatría o la psicología clínica.

En la quinta sección se presentaron las discusiones más relevantes sobre este diagnóstico desde los estudios feministas, las cuales han otorgado un lugar central a la feminización de este “trastorno” destacando la manera en la que este ha sido principalmente aplicado a mujeres y, en particular, a mujeres sobrevivientes de violencia. En este sentido, se establece una mirada crítica hacia la medicalización que estas experiencias han recibido desde los enfoques dominantes, y se enfatiza la manera en la que estas vivencias se vinculan con relaciones de género patriarcales y entornos sociales con altos índices de violencia hacia las mujeres. Estos estudios enfatizan también la construcción sociocultural de esta etiqueta diagnóstica y de los diagnósticos psiquiátricos en general mencionando cómo desde la psiquiatría se ha tendido a ubicar a las mujeres en el espectro de la “locura”, “irracionalidad” y/o

“anormalidad”. Sin embargo, tal como se mencionó anteriormente, la noción y contextualización del concepto de “mujer” no ha sido muy discutida desde estos enfoques.

En este sentido, si bien el TLP ha sido discutido desde diversos enfoques teóricos, como se mencionó anteriormente, persiste aún una predominancia del enfoque biomédico para su entendimiento, así como un vacío en la literatura antropológica sobre el tema y sobre temas de salud mental en general en el país. Del mismo modo, desde los estudios feministas se requiere continuar ahondando en las dimensiones de género vinculadas al “trastorno”. Partiendo de este panorama, la presente investigación busca contribuir a la desmedicalización de las experiencias vinculadas al TLP incorporando una mirada antropológica que otorgue una mayor visibilidad a las voces y las vivencias de las mujeres afectadas por este diagnóstico, así como una mayor importancia a las dimensiones sociales, culturales, de género y de poder en torno a esta problemática.

1.4. Marco teórico

El marco teórico de esta investigación ha tenido como punto de partida dos enfoques: el enfoque de la antropología médica sobre las narrativas, el modelo biomédico, los procesos de medicalización y los “trastornos mentales”; y la aproximación de los estudios feministas a la psiquiatría y las estrategias de supervivencia. En la presente sección se desarrollarán cada uno de estos conceptos, así como la manera en la que estos dialogan con el tema y las preguntas de investigación propuestas.

1.4.1. Antropología médica

La antropología médica aborda los procesos de salud-enfermedad y los sistemas de curación dentro de su contexto social y cultural. En el caso de esta investigación, se utilizarán tanto los aportes de la antropología médica interpretativa como de la antropología médica crítica. Como sugiere Gómez (2013), esta primera vertiente otorga un lugar central a las ideas, relatos y narrativas de los individuos

para analizar la enfermedad, así como a los significados, explicaciones y clasificaciones que desarrollan las personas con respecto a sus problemas de salud. Dicho enfoque resulta fundamental para esta investigación en tanto, como se mencionó anteriormente, el objetivo es conocer las narrativas y experiencias de mujeres jóvenes diagnosticadas con TLP.

Por su parte, como sugiere la autora, desde la antropología médica crítica se enfatiza la manera en la que las relaciones de poder, la desigualdad social, entre otras formas de violencia estructural afectan la salud de las personas. En este sentido, se plantea que para comprender los procesos de salud-enfermedad es fundamental considerar el contexto macrosocial en el que estas experiencias se inscriben. Al mismo tiempo, se promueve una posición crítica hacia la biomedicina enfatizando su hegemonía e intolerancia hacia otras formas de conocimiento, así como la construcción social de las categorías diagnósticas, la medicalización de diversos aspectos de la vida y las dimensiones de poder en torno a los tratamientos (Gómez, 2013). Esta mirada resulta también de particular importancia para esta investigación en tanto se busca abordar el TLP desde una mirada sociocultural, desmedicalizante y crítica con la manera en la que los enfoques biomédicos se han constituido como autoridad en torno al “trastorno”.

Si bien existe una polarización en torno al enfoque crítico y el interpretativo, como sugiere Gómez (2013) estas aproximaciones no deben tomarse como necesariamente excluyentes entre sí. En este sentido, la autora menciona que diversos investigadores han propuesto una conciliación de perspectivas planteando un acercamiento a los diferentes niveles de la enfermedad incorporando tanto dimensiones sociales como individuales del sufrimiento. De esta manera, se otorga una importancia central a los significados de los relatos y las prácticas de los sujetos, al mismo tiempo que se enfatizan los contextos sociales en los que dichas experiencias se inscriben y la manera en la que estos afectan la salud.

Narrativas

Según Mattingly (1998), los padecimientos implican una ruptura con la experiencia cotidiana en tanto trasladan al sujeto al campo de la incertidumbre, lo desconocido y lo extra cotidiano. De esta manera, narrar se impone como una necesidad para entender, expresar y hacer comprender a otros el malestar experimentado. Según Good (1994), las narrativas- al igual que las actividades diagnósticas y terapéuticas -representan un esfuerzo por dar forma al dolor, comprender sus orígenes, otorgar sentido al sufrimiento, evaluar los tratamientos recibidos y, sobre todo, reconstruir la destrucción del mundo vital que ocasiona el dolor físico o emocional. Se relata para describir los orígenes del padecimiento, identificar y objetivar sus causas, imaginar soluciones y medios para superar la adversidad, entre otros. Como plantea el autor, acceder a esta experiencia íntima y subjetiva es fundamental para comprender la experiencia de la enfermedad. Además, a través de esta es posible acceder al universo social y cultural en el cual se inscribe el padecimiento. Por esta razón, es importante considerar también que las narrativas no son fenómenos individuales o aislados, sino que se construyen siempre en relación con otros actores y contextos. Como sugiere Gamboa (2018) en su trabajo con jóvenes diagnosticadas con anorexia y bulimia, para entender los relatos de las personas afectadas por el padecimiento es importante recoger también las narrativas de los profesionales ya que estos manejan un imaginario particular sobre el paciente y su diagnóstico, y esto a su vez influye en las narrativas de los consultantes.

Como menciona Loewe (2004), es importante considerar también que existe una jerarquía de narrativas en la práctica clínica ya que mientras que las narrativas de los profesionales son tomadas como la versión “objetiva” del padecimiento, las descripciones de los pacientes tienden a ser consideradas como relatos subjetivos e “imprecisos”. De esta manera, ocupan una posición marginal en el espacio terapéutico y se incorporan únicamente cuando son funcionales a la elaboración del diagnóstico y el tratamiento. Como sugiere Hamui (2011) desde la biomedicina se ha subestimado la importancia de considerar las narrativas de los pacientes al centrarse esta en la patología y no en el ser humano que sufre. Por esta razón, las historias y

diagnósticos clínicos constituyen una suerte de “reporte” sobre características o “síntomas”, pero no dicen nada sobre el individuo, su experiencia y su lucha por sobrevivir al padecimiento. Abordar estas narrativas, en este sentido, permite otorgar una importancia central a la persona y a su experiencia particular con la enfermedad considerando a su vez las dimensiones socioculturales en torno a esta.

Modelo biomédico

Según Menéndez (2005), el modelo biomédico constituye el modelo dominante para abordar las problemáticas de salud-enfermedad en el contexto occidental. Este, al reducir su mirada a la enfermedad en sí misma excluye las relaciones culturales, sociales e históricas que intervienen en estos procesos. Dentro del modelo biomédico los padecimientos se explican y comprenden como eventos patológicos “objetivos” que responden a leyes universales. De esta manera, se anulan otros factores (aspectos culturales, económicos, políticos, sociales, etc.) y la enfermedad es únicamente entendida como una alteración biológica o psicobiológica que le ocurre al paciente y que se expresa mediante síntomas (Deiana, 2011).

Como señala Menéndez (1998), el modelo biomédico se caracteriza también por la presencia de relaciones asimétricas de dominio y obediencia entre especialistas y pacientes, y que pueden conducir a prácticas de sumisión total como en el caso de la institución psiquiátrica. En este sentido, el autor enfatiza que existe una inducción a la participación subordinada y pasiva del paciente ya que se tiende a pensar en este como portador de un saber equivocado que debe ser guiado y “educado” por el especialista. Al mismo tiempo, existe una mirada de este como un mero “consumidor” de acciones o servicios de salud. El autor menciona también que al constituirse como el modelo dominante para abordar los procesos de salud-enfermedad, el modelo biomédico implica una exclusión o subordinación de otros saberes y formas de conocimiento en el campo de la salud.

Como sugiere Deiana (2011), además, desde la antropología médica y otras ciencias sociales se ha cuestionado el carácter dado de las categorías biomédicas (cuerpo, enfermedad, diagnóstico, entre otras), y la manera en la que estas se

presentan como neutrales y objetivas. De esta manera, se plantea que al igual que en cualquier otro sistema de saberes, la biomedicina no genera verdades sino tan solo “estrategias de aproximación al evento que trata de explicar” (p. 218). Como sugiere Good (1994), el conocimiento biomédico construye una forma específica de entender y organizar la realidad a través de la cual se aprende a construir el cuerpo como un cuerpo médico y a las personas, en pacientes que requieren tratamientos. Por ello, sus conocimientos deben ser entendidos dentro de un marco social y culturalmente construido antes que como una “verdad objetiva”.

Estas aproximaciones serán también incorporadas en el presente estudio en tanto permiten un acercamiento a las dimensiones de poder en torno al diagnóstico y a la manera en la que la biomedicina se constituye como un saber hegemónico frente a otras narrativas y formas de conocimiento. Al mismo tiempo, ello permite una aproximación a las dinámicas de poder presentes en los tratamientos y en las diferentes interacciones con servicios e instituciones de salud mental.

Medicalización

Como sugiere Sy (2018), el concepto de medicalización ha venido siendo analizado desde fines de la década de los sesenta por diversos autores provenientes del campo de las ciencias sociales (sociología, antropología, principalmente) y las ciencias de la salud. Según la autora, la medicalización consiste en el proceso mediante el cual diversas esferas de la vida humana son patologizadas e incorporadas como objetos de las prácticas y discursos biomédicos. Esto implica que eventos, comportamientos, emociones o padecimientos que antes formaban parte de la vida cotidiana pasan a ser definidos como problemas médicos (“enfermedades”, “trastornos mentales”, entre otros) que deben ser abordados mediante tratamientos aprobados por la comunidad médica. Ello, al mismo tiempo, se inscribe en un contexto de creciente mercantilización de la salud en el cual las industrias farmacéuticas requieren de la construcción de patrones de legitimación a través de investigaciones y hechos científicos que avalen el consumo de determinados tratamientos farmacológicos.

Como señala la autora, la medicalización se sustenta también en la atribución del carácter “natural” o biológico que otorga la biomedicina a sus objetos, lo que genera la idea de que existen hechos científicos “objetivos” e “independientes”. No obstante, desde la antropología se enfatiza la manera en la enfermedad es también es también definida, construida y delimitada cultural, social, histórica y políticamente, y se encuentra sujeta a cambios a lo largo del tiempo. En este sentido, la autora menciona el caso de la medicalización y desmedicalización de- por ejemplo- la homosexualidad, la cual fue considerada y reconocida hasta hace unas décadas como un “trastorno mental” por los manuales de psiquiatría. Autores como Good (1994), en este sentido, han realizado también hincapié en la manera en la que la biología no constituye una realidad “externa” respecto a la cultura, sino que se encuentra en el centro de esta y es modelada por esta.

Por su parte, desde la perspectiva foucaultiana se enfatiza también la manera en la que lo “patológico” constituye una construcción discursiva basada en determinados criterios de “normalidad”. Como sugieren, Hernández y De Maya (2020), desde esta perspectiva lo “anormal” y lo “patológico” no depende de un patrón universal o de un estatus biológico del individuo, sino más bien, de expectativas y criterios de “normalidad” establecidos por una sociedad dada. Ello implica que ciertas conductas pueden ser consideradas como “anormales” en un contexto social, pero a su vez, aceptadas en otro. En este sentido, se enfatiza la biomedicina- al separar lo “normal” de lo “anormal” y lo “sano” de lo “patológico”- desarrolla una serie de prácticas, instituciones, saberes técnicos, juicios diagnósticos, entre otros instrumentos que permiten calificar, medicar e imponer mecanismos de “normalización” y control sobre los cuerpos desviados de la norma o lo socialmente aceptado.

No obstante, es importante mencionar que, si bien estos enfoques constituyen un punto de partida para cuestionar la medicalización de ciertas experiencias emocionales, dichas miradas presentan también ciertos problemas y limitaciones. Como sugiere Lester (2013), reducir el diagnóstico de TLP únicamente a la categoría de “construcción discursiva” o “dispositivo de normalización” puede transmitir la idea de que el malestar emocional experimentado por estas mujeres es “construido” o

“irreal”. Como propone la autora, es importante establecer una mirada crítica hacia la medicalización de estas experiencias, pero también tener en cuenta las limitaciones de estos planteamientos. En este sentido, menciona la importancia de considerar aspectos como por qué el diagnóstico de TLP proporciona un modelo explicativo a través del cual muchas mujeres pueden encontrar un sentido a su malestar.

Trastorno mental

Como se mencionó anteriormente, la noción de “trastorno mental” constituye una categoría adoptada desde el modelo biomédico para el diagnóstico y tratamiento de “patologías mentales”. Como se mencionó en el estado de la cuestión, entre las investigaciones que permiten establecer una mirada crítica hacia esta definición destaca el trabajo de Kimberly Theidon (2004) en su libro *Entre prójimos*. En este, la autora señala que desde la psicología y la psiquiatría se ha tendido a “individualizar” el sufrimiento psicológico mediante el uso de categorías diagnósticas ya que la noción de “trastorno mental” otorga prioridad a la esfera intrapsíquica por sobre el contexto político, económico y social. De esta manera, la disfunción es ubicada en el individuo y no en el entorno que ha provocado su malestar. La autora establece una mirada crítica hacia la medicalización de estos procesos mencionando cómo el sufrimiento psicológico constituye, a menudo, una respuesta a estructuras sociales “traumatógenas”.

La autora enfatiza también cómo la noción de “trastorno mental” oscurece el plano del significado al elaborar una lista de “síntomas” con criterios aparentemente universales y sin tener en cuenta lo que estos quieren comunicar. Por esta razón, resalta la importancia de pasar de un registro psiquiátrico a uno fenomenológico, y de incorporar la esfera de la significación y de la experiencia explorando los sentidos personales, históricos, culturales y sociales del malestar. Como sugiere Good (1994) en su análisis de relatos de pacientes diagnosticados con depresión, el conocimiento biomédico plantea la enfermedad como un “objeto físico” o “estado fisiológico” independiente de la experiencia subjetiva del especialista y el paciente; no obstante, estos elementos no pertenecen a mundos separados. La experiencia corporal del padecimiento, los significados intersubjetivos, las estrategias narrativas y las

prácticas sociales en torno al mismo son fundamentales para el entendimiento de estos procesos. Dichas aproximaciones serán incorporadas en la presente investigación a manera de generar una mirada alternativa al diagnóstico de TLP.

1.4.2. Estudios feministas

En esta sección se presentarán algunos conceptos propuestos desde los estudios feministas para abordar problemáticas de salud mental, las cuales complementan los conceptos anteriormente presentados. Estos aportes son también relevantes para la investigación en tanto, como se mencionó en el planteamiento del problema, el TLP constituye un diagnóstico feminizado cuyas relaciones de género y poder no han sido abordadas desde los enfoques biomédicos.

Psiquiatría

Como se mencionó en el estado de la cuestión, desde los estudios feministas se ha planteado una serie de críticas a la psiquiatría y a la manera en la que las experiencias de malestar emocional son abordadas desde este campo. Autoras como Shaw y Proctor (2005) plantean que la psiquiatría- lejos de constituir una ciencia “neutral” u “objetiva”- se encuentra construida alrededor de conceptos y expectativas social y culturalmente construidas que afectan la manera en la que el comportamiento de un paciente es evaluado. De esta manera, el acto de diagnóstico reside en la autoridad de un psiquiatra para juzgar- en función a determinados criterios “normalidad”- si las emociones de un paciente son “sanas” o, por el contrario, patológicas e “inapropiadas”. Esto implica que emociones como la ira o el miedo pueden ser etiquetadas como “síntomas” de un “trastorno” en lugar de ser comprendidas como una respuesta ante, por ejemplo, experiencias de violencia. En este sentido, es importante aclarar que si bien al interior de la psiquiatría y la psicología existen también cuestionamientos al paradigma biomédico, las críticas realizadas hacen referencia a la psiquiatría biomédica, la cual históricamente se ha constituido como el saber dominante en el campo de la salud mental.

Del mismo modo, las autoras realizan hincapié en la manera en la que la psiquiatría se encuentra atravesada por relaciones de género y poder, y una mirada androcéntrica sobre los procesos de salud-enfermedad. Las autoras plantean que desde esta disciplina se ha tendido a medicalizar los procesos emocionales de las mujeres sin considerar la manera en la que las desigualdades de género- entre otros determinantes sociales -afectan la salud mental y generan experiencias de sufrimiento psicológico. Así, mediante la asignación de etiquetas y diagnósticos psiquiátricos se promovería una individualización de estos malestares al despojarlos de su contexto político y social, y ubicarlos como una alteración intrínseca a la persona. Las autoras enfatizan también la manera en la que las expectativas de género presentes en los profesionales de salud mental influyen en la asignación del diagnóstico de TLP en mujeres puesto que las conductas o emociones que se alejan de las expectativas sociales de feminidad (por ejemplo, la expresión de la ira a través de la autolesión) tienden a ser medicalizadas e interpretadas como parte del “trastorno”.

No obstante, como se mencionó en las secciones anteriores, Lester (2013) establece también una mirada crítica hacia estas perspectivas. La autora cuestiona la medicalización que desde los enfoques biomédicos se ha otorgado a estas experiencias a través del diagnóstico de TLP. Sin embargo, considera también que reducir el entendimiento del “trastorno” a críticas académicas con las cuales las mujeres que lidian con estos padecimientos no suelen sentirse identificadas puede contribuir a silenciar las narrativas y experiencias de estas. Así, enfatiza la importancia de incorporar la perspectiva de quienes experimentan estos malestares y de entender por qué el diagnóstico provee también un modelo explicativo con el cual muchas mujeres pueden llegar a sentirse identificadas. Como sugiere la autora, es un error asumir que todas las instancias del diagnóstico son social y culturalmente construidas, o que dependen únicamente de un criterio subjetivo, puesto que aún en ausencia de esta etiqueta existe un sufrimiento psicológico real que debe ser escuchado y atendido.

Estrategias de supervivencia

Como sugieren diversas autoras, muchas de las conductas asociadas al TLP, así como a otros “trastornos mentales” en general, pueden ser entendidas como estrategias de supervivencia funcionales a proporcionar alivio frente al malestar psíquico (Lester, 2013; Nicki, 2016).

Bonnie Burstow (1992), por ejemplo, plantea que si bien las autolesiones pueden coexistir con pensamientos y comportamientos suicidas, estas constituyen ante todo mecanismos de supervivencia adoptados por muchas mujeres en tanto no suelen tener como finalidad concretar la muerte sino, más bien, proporcionar una manera activa de lidiar con el sufrimiento en el día a día. Como menciona la autora, desde la biomedicina se ha tendido a calificar estos comportamientos como “síntomas” de una “enfermedad mental”. No obstante, estas constituyen respuestas emocionales al sufrimiento extremo cuyo objetivo es proporcionar alivio y hacer más tolerable el malestar psíquico. En esta misma línea, Rebeca Lester (2013) explica también que varios de los “síntomas” típicamente asociados al TLP pueden haber ayudado a la persona a sobrevivir en, por ejemplo, situaciones o contextos de violencia en los cuales su integridad física y/o psicológica estuvo en riesgo. La autora plantea que es en el entorno clínico donde muchas de estas estrategias son medicalizadas y etiquetadas como “inapropiadas”, lo que a su vez contribuye a incrementar estas sensaciones de malestar en los consultantes. Para Shaw y Proctor (2005), estas estrategias no se limitan a un plano individual sino que pueden entenderse como una respuesta a relaciones de género, sistemas de opresión, y formas de violencia social y culturalmente normalizadas.

2. Capítulo 2: Metodología y trabajo de campo

Esta investigación utilizó una metodología cualitativa digital con enfoque etnográfico. En esta sección se desarrollarán y explicarán los criterios para la selección de los sujetos de estudio, los lugares de observación y las técnicas de recojo de información, así como el balance del trabajo de campo, las consideraciones éticas y la presentación de los casos.

Es importante mencionar que teniendo en cuenta el tema planteado se optó por trabajar con las jóvenes de manera independiente y sin la mediación de ningún centro o institución de salud mental. Esto debido a que se consideró que estos lugares constituían espacios poco adecuados para que las jóvenes expresen de manera libre sus experiencias teniendo en cuenta las medidas de vigilancia que suelen aplicarse a los pacientes en este tipo de instituciones- por ejemplo, que un especialista esté presente durante la entrevista- y la posible sensación de compromiso que estas podrían experimentar por tener que brindar una determinada imagen sobre la institución. Del mismo modo, considerando el carácter privado de estos espacios, el contexto de pandemia, así como la postura crítica que esta investigación asume hacia las versiones biomédicas sobre el diagnóstico de TLP, se consideró que resultaba poco viable obtener las autorizaciones necesarias para realizar una investigación de este tipo. Por ello, con el objetivo de abordar adecuadamente el tema propuesto, se planteó una modalidad de trabajo digital considerando los consentimientos informados y las autorizaciones de cada una de las personas que participan en la tesis.

2.1. Sujetos de estudio

Mujeres jóvenes diagnosticadas con TLP

Al ser el TLP un “trastorno” focalizado en mujeres jóvenes y teniendo en cuenta la importancia que esta investigación busca dar a estos aspectos del diagnóstico, se optó por que los sujetos de estudio tuvieran estas características. La voluntariedad fue también un elemento crucial, por lo que se trabajó únicamente con jóvenes dispuestas a participar del estudio. Es importante mencionar que todas

estas mostraron un interés explícito en compartir su historia, sea porque consideraban terapéutico el hecho de poder compartir este tipo de experiencias o porque les motivaba el hecho de colaborar con una investigación sobre el TLP en el país. Considerando la duración del trabajo de campo, así como la delicadeza de la temática, se optó por trabajar únicamente con 5 casos con la finalidad de realizar un trabajo profundo y emocionalmente cuidadoso. No obstante, uno de los casos no pudo ser concluido ya que una de las participantes discontinuó su participación. Por ello, se cuenta con un total de 4 historias de vida.

El rango de edad establecido para la muestra fue de 20 a 26 años. Cabe destacar que no se consideró a mujeres adolescentes puesto que, como sugieren diversos estudios, el diagnóstico de TLP en esta etapa es aún objeto de controversia dentro de la práctica clínica. Esto debido a que, si bien algunos especialistas diagnostican este “trastorno” en adolescentes, otros sugieren que esto es poco confiable ya que muchos de los síntomas pueden ser confundidos con procesos emocionales naturales propios de esta etapa de vida (impulsividad, cambios en el estado de ánimo, entre otros). Al mismo tiempo, al estar clasificado como un “trastorno de la personalidad”, algunos especialistas han señalado que la personalidad no se encuentra aún, completamente “formada” o “definida” durante la adolescencia, por lo es posible identificar ciertos “rasgos” del TLP mas no establecer un diagnóstico definitivo (Headspace, 2009; Monzón & Fernández-Guerrero, 2016). Por ello, se optó por considerar únicamente a jóvenes que se encontraran en el rango de edad mencionado y que quisieran participar de manera voluntaria, también. Así mismo, se procuró trabajar con informantes que se sintieran emocionalmente preparadas para conversar sobre este tipo de experiencias y que se encontraran anímicamente más estables, o en algún proceso terapéutico o de recuperación en general, de tal manera que la investigación no resulte perjudicial para ellas.

Profesionales de salud mental

Si bien la investigación se encuentra orientada a conocer las narrativas y experiencias de estas jóvenes en torno a su diagnóstico, es importante conocer también las narrativas presentes en los profesionales de salud mental ya que estos

manejan discursos e imaginarios particulares sobre el “trastorno” y ello, a su vez, influye en las vivencias de las informantes.

Para esta investigación, antes de iniciar el trabajo de campo, me puse en contacto con un médico psiquiatra que contaba, a su vez, con una formación en antropología. Ello con la finalidad de poder conversar con él y tener un primer acercamiento al “trastorno”. Esta primera aproximación fue fundamental ya que me permitió conocer más sobre la información existente sobre el TLP desde diversos enfoques, recibir recomendaciones para el trabajo de campo- como, por ejemplo, los cuidados emocionales a tener en cuenta o evaluar mis posibilidades de realizar el trabajo de campo en una institución de salud mental- así como ponerme en contacto con otros especialistas de salud mental y entrevistarlos para este estudio.

Durante el trabajo de campo se entrevistó a un total de cuatro profesionales de salud mental. Cabe mencionar también que se optó por no entrevistar a especialistas que trabajaran directamente con las jóvenes ya que el contraste entre las versiones de los psiquiatras y psicoterapeutas, y la información brindada por las jóvenes podría resultar perjudicial para la relación terapéutica y afectar dicho proceso teniendo en cuenta la publicación de esta tesis. Por esta razón, se trabajó con otros profesionales vinculados con enfoques terapéuticos con los que las informantes han interactuado a través de consultas y tratamientos. Además, se incluyó tanto especialistas de instituciones públicas como de atenciones particulares.

Otros espacios terapéuticos

Con el objetivo de complementar las narrativas sobre el TLP en espacios terapéuticos, se entrevistó a una facilitadora de un grupo de apoyo para mujeres con este diagnóstico, quien a su vez se encuentra diagnosticada con TLP también. Ello no solo a manera de conocer las narrativas sobre el “trastorno” presentes en este espacio, sino también de aportar a una mayor contextualización a las vivencias de las jóvenes en otros espacios terapéuticos debido a la vinculación de una de las informantes con este grupo.

2.2. Lugares de observación

Programa televisivo sobre TLP

A manera de complementar las entrevistas realizadas a profesionales de salud mental, y brindar una mayor contextualización a las narrativas y experiencias de las jóvenes en servicios e instituciones de salud mental, consideré pertinente realizar una observación a los discursos sobre el TLP existentes en el ámbito clínico. Considerando la virtualidad del trabajo de campo, se optó por observar un especial sobre TLP en un programa de televisión nacional sobre temas de salud. El especial estuvo conformado por un panel de especialistas en salud mental que brindaron información de carácter psicoeducativo en torno al diagnóstico: síntomas, diagnóstico, tratamiento y pronóstico del “trastorno”, lo que permitió recoger información sobre las miradas hacia el TLP presentes en este campo.

Creaciones artísticas: dibujo, poesía, música, *art journal*

Durante el trabajo de campo se observó que el arte era un elemento transversal a las vivencias de las jóvenes con respecto a su proceso de recuperación. Por ello, se optó por realizar observaciones a distintas creaciones artísticas realizadas por ellas: poemas, dibujos, ilustraciones, cuadernos de *art journal*, entre otras creaciones que me compartieron a lo largo del trabajo de campo y que fueron identificados por ellas como actividades terapéuticas que han tenido un rol fundamental en su proceso de recuperación con respecto al diagnóstico de TLP.

2.3. Técnicas de recojo de información

Historias de vida

Como señala Gamboa (2018) en su investigación con jóvenes diagnosticadas con anorexia y bulimia, las historias de vida constituyen un método cualitativo eficaz para abordar las distintas etapas de vida de una persona desde su propia narrativa y ver cómo esta otorga sentido a su diagnóstico a través de recuerdos, hitos y eventos, los cuales se encuentran a su vez enmarcados en un determinado contexto

sociocultural. En este sentido, esta investigación incorporó el uso de historias de vida para el trabajo con jóvenes diagnosticadas con TLP. Se realizaron 4 entrevistas a profundidad por cada caso, las cuales fueron llevadas a cabo a través de la plataforma Zoom. Así mismo, se planteó esta cantidad de entrevistas con el objetivo de poder ahondar de manera progresiva y a profundidad en las experiencias de las jóvenes, especialmente teniendo en cuenta la delicadeza de los temas a tratar. Como se mencionó anteriormente, estas fueron complementadas con la observación a creaciones artísticas.

Entrevistas a profundidad

Además de incorporarse como parte de las historias de vida, se aplicó una entrevista a profundidad a una facilitadora de un grupo de apoyo para mujeres diagnosticadas con TLP.

Entrevistas semi estructuradas

Fueron aplicadas a psicoterapeutas y psiquiatras a través de la plataforma Zoom y, en uno de los casos, a través de WhatsApp. La elección de esta técnica responde al escaso tiempo libre con el que estos contaban ya que la brevedad de la entrevista fue, en casi todos los casos, un requisito que estos plantearon para acceder a ser entrevistados. Por ello, se realizaron preguntas más puntuales y acotadas sobre el tema.

Observación no participante

Como se mencionó anteriormente, como parte de las historias de vida se realizó una observación no participante a diversas creaciones artísticas realizadas por las jóvenes relacionadas con su proceso de recuperación en torno al TLP. Ello incluyó la observación a un poemario físico y el seguimiento virtual a otros poemas, dibujos, ilustraciones y diarios de *art journal* que estas me fueron compartiendo a lo largo del trabajo de campo. Esto me permitió observar la manera en la que estas actividades se vinculaban con sus experiencias en torno al diagnóstico.

2.4. Balance del trabajo de campo y consideraciones éticas

El trabajo de campo se llevó a cabo desde la primera semana de febrero de 2022 y finalizó la primera semana de abril de 2022. Dado que no se consideró viable trabajar con ningún centro o institución se optó por contactar a las jóvenes de manera independiente. Para ello, me puse en contacto con algunas psicólogas particulares especializadas en terapia dialéctico-conductual que trabajaban con mujeres jóvenes diagnosticadas con este “trastorno” y les pedí que me apoyaran con la difusión de la investigación entre sus conocidas, así como a través de sus redes sociales también. Cabe resaltar que estas se mostraron bastante dispuestas a ayudarme ya que me comentaron que existían muy pocas investigaciones sobre este tema en el país, y aún menos desde campos como las ciencias sociales. Adicionalmente, realicé también una publicación abierta en mis redes sociales mencionando que requería participantes para una investigación para una tesis de licenciatura sobre TLP y explicando los puntos principales sobre esta. Es así como, en el transcurso de los días, algunas jóvenes se pusieron en contacto conmigo y me escribieron expresándome su interés en participar y conocer más de la investigación.

Cabe resaltar también que la voluntariedad fue un elemento crucial en la investigación ya que se trabajó únicamente con jóvenes que optaron por participar y compartir sus experiencias de manera voluntaria. Para ello, una vez realizado el primer contacto y con el objetivo de informar más a profundidad sobre el estudio, se realizó una sesión virtual en la que me presenté y conversé individualmente con cada una de las jóvenes interesadas sobre el tema propuesto, los objetivos del estudio, el cronograma de trabajo, la metodología a aplicar, los aspectos éticos y la devolución de resultados. Ello con el objetivo de que pudieran contar con toda la información necesaria antes de decidir o iniciar su participación. Esto, además, me permitió poder conocer un poco más a cada una de las participantes y resolver dudas adicionales que estas pudieran tener en relación con la investigación. En este primer momento, les expliqué también en qué consistía la antropología y el enfoque en relación con temas de salud mental desde este campo ya que, al ser los “trastornos mentales” un tema principalmente abordado por disciplinas como la psicología y la psiquiatría, varias de las participantes tenían dudas con respecto qué

estudiaba la antropología y cuál era su relación con estos temas. Cabe resaltar también que todas las jóvenes se mostraron interesadas y re-confirmaron su interés inicial en participar en el estudio, sea porque consideraban terapéutico el hecho de poder compartir sus experiencias o porque les interesaba colaborar con una investigación de este tipo en Perú. Posteriormente, se aplicó también un formato de consentimiento informado.

Por otro lado, es importante mencionar también que la naturaleza de los temas tratados implicó desarrollar un trabajo emocional activo a lo largo de todo el proceso. Si bien las informantes se mostraron bastante abiertas a compartir sus experiencias, la naturaleza de estas vivencias (autolesiones, intentos de suicidio, adicciones, violencia familiar, abuso sexual, entre otros), implicó también asumir un rol de escucha y contención emocional desde mi posición como investigadora. Como señala Kimberly Theidon (2004) en su trabajo etnográfico con poblaciones afectadas por el conflicto armado interno, la expresión del dolor implica también una demanda de reconocimiento implícita a través de la cual se busca alivio, justicia o compasión: y, por medio del lenguaje, uno “mueve su dolor hacia su interlocutor” (p. 38). La autora menciona cómo la línea entre antropóloga y terapeuta queda, en muchos casos, desdibujada debido al trabajo de acompañamiento y contención que uno realiza al escuchar este tipo de relatos.

En el caso de esta investigación, trabajar con estos temas exigió también llevar a cabo un trabajo emocional y convertirme en un espacio seguro en el cual las informantes pudieran sentirse en confianza para hablar sobre experiencias delicadas y altamente estigmatizadas. En este sentido, es importante reconocer también que existen características propias de mi posición como investigadora que facilitaron la construcción de este vínculo como, por ejemplo, mi condición de mujer, mi edad o mi afinidad hacia estos temas. Siguiendo a Theidon (2004), es importante considerar que el acto narrar y compartir este tipo de experiencias no es “neutral”, sino que existe una demanda implícita de escucha, comprensión y empatía por parte de la persona que habla hacia la persona que escucha. Como propone la autora, resulta imposible además que el investigador o investigadora adopte una posición completamente “neutra” o apolítica ante este tipo de relatos.

Por otro lado, cabe resaltar la importancia de la voluntariedad de la participación en la investigación, la cual va mucho más allá de la lógica del “consentimiento informado”. El interés de las jóvenes por compartir sus historias me permitió, ante todo, reflexionar sobre la manera en la que estas se encontraban en un momento de su vida en el cual se sentían emocionalmente preparadas para compartir sus experiencias sin que ello supusiera algo perjudicial para su salud mental, probablemente debido al hecho de haber podido acceder previamente a espacios que les permitieron abordar estas vivencias de una manera terapéutica. Resulta interesante cómo, de hecho, la preocupación de las informantes no era que ellas se pudieran ver emocionalmente afectadas durante el proceso sino que, por el contrario, algunas de ellas mostraron inicialmente preocupación por el hecho de que escuchar estos relatos pudiera afectarme de alguna manera a mí.

Pese a esto, se tomaron algunas precauciones como, por ejemplo, brindar a las participantes la opción de discontinuar su participación en la investigación en caso consideraran que esta estuviera llegando a afectar su salud mental. Con el objetivo de minimizar este riesgo, además, se buscó abordar los temas de manera progresiva a lo largo de varias entrevistas, de tal manera que el trabajo no resultara emocionalmente tan abrupto. Se recalcó también que podían pausar una entrevista en cualquier momento o decidir no ahondar en un tema si no se sentían preparadas para ello. En este sentido, es importante recalcar que algo que ayudó mucho en este proceso fue que, a pesar de lidiar con ciertas experiencias de malestar emocional aún, las informantes consideraban encontrarse mucho más estables a nivel emocional en la actualidad. Por esta razón, se sentían más cómodas de hablar sobre estos temas también.

En cuanto a las dificultades presentadas, uno de los problemas fue la discontinuación de una de las jóvenes durante el proceso sin previo aviso. Esto debido a que no asistió a una entrevista y, si bien cuando me contacté con ella me propuso reprogramar la sesión, posteriormente no volví a obtener respuesta de su parte. Esto constituyó también un punto de reflexión importante que me llevó a preguntarme si esta se encontraba atravesando una situación de crisis o si la

investigación le había afectado de alguna manera. Por este motivo, se optó por no utilizar el material de las dos entrevistas ya realizadas.

Otro de los problemas presentados fue también la dificultad para entrevistar a profesionales de salud mental. Esto no solo debido a lo difícil que me resultó contactar con ellos sino también a que cuando pude conversar con algunos me encontré con que su disponibilidad era bastante limitada y no tenían tiempo para ser entrevistados. Finalmente, pude encontrar algunos especialistas que accedieron a participar; sin embargo, todos estos me pidieron que las entrevistas no fueran muy extensas ya que contaban con muy poco tiempo libre. Uno de los participantes, incluso, me comentó que solo le era posible participar de manera asincrónica, es decir, contestando las preguntas a su propio tiempo a través de WhatsApp ya que no contaba con tiempo para reunirse por Zoom.

Por otro lado, cabe destacar también que se garantizó la confidencialidad de todos los participantes del estudio. Tanto en el caso de las jóvenes como de los profesionales, se aplicó el uso de seudónimos y se modificó cualquier dato personal que los pudiera identificar. Ello con la finalidad de evitar cualquier tipo de perjuicio, especialmente considerando los temas que fueron abordados durante las entrevistas y la gran estigmatización existente hacia estas problemáticas de salud mental.

2.5. Presentación de los casos

Con el objetivo de brindar una mayor contextualización de los casos, se presentará una síntesis de las historias de vida de cada una de las informantes. A continuación, se presentará un cuadro que resume algunos de los datos básicos:

Tabla 1

Resumen de casos

Informante	Edad	Residencia	Ocupación	Diagnóstico	Tratamiento
Carolina	26	Los Olivos, Lima	Estudiante y practicante de Marketing	TLP. Antes: depresión y ansiedad	Ninguno. Antes: terapia dialéctico conductual y medicación
Diana	24	San Juan de Miraflores, Lima	Estudiante de arquitectura e ilustradora freelance	TLP. Antes: depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria	Medicación. Antes: terapia cognitivo conductual
Valeria	24	Surco, Lima	Estudiante de psicología	TLP y TEPT-C (trastorno de estrés postraumático complejo). Antes: trastornos de la conducta alimentaria, ansiedad, depresión	Terapia dialéctico conductual, terapia EMDR y medicación. Antes: terapia cognitivo conductual e internamiento en centro particular
Alessandra	25	Jesús María, Lima	Intérprete y músico	TLP y TDA (trastorno por déficit de atención sin hiperactividad). Antes: trastornos de la conducta alimentaria, depresión y ansiedad	Ninguno. Antes: terapia EMDR, terapia dialéctica conductual y medicación

Fuente: Entrevistas a profundidad. Elaboración propia.

Alessandra

Alessandra tiene 25 años, nació en Lima y vive sola en el distrito de Jesús María. Actualmente trabaja como intérprete de manera virtual; sin embargo, su verdadera pasión es la música y el arte en general. Si bien se viene formando de manera autodidacta en este campo y compone canciones desde muy joven, desde hace algunos años comenzó a llevar cursos de música en su tiempo libre para desarrollar más sus conocimientos y producir sus propias composiciones. Además, le gusta pintar y escribir, y hacia finales del año pasado publicó un poemario con varios de sus textos a través de una editorial. En su poesía, ella aborda varias experiencias en torno a su diagnóstico de TLP y su salud mental en general.

Alessandra me comentó que, si bien estudió Administración y Marketing en una universidad privada, optó por dejar de ejercer su carrera ya que el mundo de los negocios le parecía un espacio muy competitivo, y poco compatible con sus intereses laborales y sus necesidades emocionales. Para ella, desempeñarse en este ámbito significó tener que fingir ser alguien que no era al punto de sentir que su vida entera era una “actuación”.

Alessandra no tiene muchos recuerdos de su infancia; sin embargo, recuerda las constantes peleas entre sus padres, el acoso escolar que sufrió en el colegio y un episodio de abuso sexual por parte de su abuelo, evento sobre el cual tomó consciencia hace apenas algunos años. Ella señala que este hecho fue un punto crucial en su historia de vida y su salud mental ya que fue a partir de ese entonces que comenzó a tener episodios de disociación, depresión y varios signos de malestar emocional en general. La cercanía del vínculo con su abuelo -persona a la cual consideró hasta hace unos años como un “padre” ya que el suyo nunca estuvo muy presente- fue, además, un factor que agravó aún más esta situación y que la llevó a sentirse muy confundida durante mucho tiempo.

Alessandra se identifica como una mujer bisexual y durante su adolescencia inició una relación de pareja con una de sus compañeras de colegio. Sin embargo, ella recuerda que los prejuicios existentes hacia este tipo de experiencias afectivas afectaron mucho su salud mental, ya que varias de sus compañeras molestaban constantemente a su pareja por esto. Durante esta etapa iniciaron también sus problemas con la comida producto de los comentarios de su familia en torno a su aumento de peso y al acoso escolar que venía sufriendo por esto. Fue en este contexto que comenzó a dejar de comer para adelgazar al punto que en una ocasión llegó a perder 15 kilos. Fue en esta época que acudió también por primera vez a un psiquiatra y recibió un diagnóstico formal de depresión y de “trastornos” de la conducta alimentaria (TCA).

Durante su etapa universitaria, Alessandra tuvo una relación de pareja en la que sufrió violencia psicológica, un factor que ella reconoce como otro de los agravantes de su salud mental y tras lo cual comenzó a desarrollar una adicción al

alcohol. Alrededor de esos años comenzó a desarrollar también crisis de ansiedad y ataques de pánico constantes, tras lo cual acudió a un psiquiatra e inició un tratamiento farmacológico. No obstante, ella recuerda que para evitar problemas con su familia, optó por pagar sus tratamientos sola y comenzar a atenderse en un hospital psiquiátrico público donde los precios le resultaban mucho más accesibles. Ahí asistió a citas en psicología y psiquiatría, y recibió por primera vez el diagnóstico de TLP.

Durante esta época, Alessandra desarrolló también una adicción al alprazolam- un medicamento utilizado para tratar problemas de ansiedad -ya que su psiquiatra se lo recetó sin informarle sobre el efecto adictivo que estas pastillas provocaban. Tras la muerte de su abuelo, Alessandra cayó en una crisis profunda y llegó a tener episodios de abuso aún más severos con estos medicamentos, al punto que llegó a ser hospitalizada por una sobredosis de pastillas en una ocasión. Durante el primer año de pandemia, su salud mental se agravó aún más y continuó teniendo diversos episodios de abuso con el alcohol también.

Tiempo después de esto, Alessandra tuvo un intento de suicidio, tras lo cual su psiquiatra con la que se venía atendiendo en un centro particular le diagnosticó TLP y ordenó a sus padres quitarle las llaves de la casa e impedirle salir sola hasta nuevo aviso. Alessandra califica esto como un encierro involuntario que, lejos de ayudarla, contribuyó a empeorar más su estado emocional. Ello, sumado al propio contexto de encierro de pandemia en un contexto en el cual tenía una muy mala relación con sus padres incrementó sus pensamientos suicidas, y su desesperación por conseguir pastillas y alcohol.

Con el paso del tiempo, Alessandra logró irse estabilizando más a nivel emocional y conseguir, progresivamente, más permisos para salir. Ella cuenta que refugiarse en la música fue una de las cosas que la fue “salvando de a poquitos”. Durante esta etapa consiguió también un trabajo y logró tener ingresos para mudarse sola e independizarse de sus padres, un paso que ella considera que fue fundamental para mejorar su salud mental ya que ellos eran también uno de los principales detonantes de sus crisis. Fue por esta época que estando cerca a ser

dada de alta en el tratamiento optó por dejarlo debido a diversas discrepancias que tenía con este, incluyendo el hecho de haber sido encerrada contra su voluntad. Tiempo después de mudarse, Alessandra quedó embarazada pero, debido a diversos factores como su situación económica y la falta de apoyo de su pareja, optó por abortar. Ella considera que esta situación fue también algo que afectó mucho su salud mental, especialmente por el contexto de ilegalidad y la estigmatización hacia este tipo de experiencias.

En cuanto al diagnóstico de TLP, Alessandra considera que si bien este le permitió comprender y dar un sentido a sus comportamientos y emociones, ahora que se encuentra emocionalmente más estable ya no se identifica tanto con el “trastorno”. Ella me recalcó que, desde su punto de vista, es algo que depende también mucho del contexto ya que si regresara, por ejemplo, a la casa de sus padres posiblemente volvería a tener crisis y, por ende, a calzar dentro de estos criterios diagnósticos. En los últimos años ella recibió además un diagnóstico de “trastorno por déficit de atención sin hiperactividad” (TDAH) y considera, además, que podría tener “síndrome de asperger” también.

Alessandra menciona que si bien algunas veces se siente deprimida, y lidia aún con ciertas crisis de ansiedad y episodios de disociación, se siente mucho más estable y puede manejar mejor todas estas situaciones. En cuanto a sus planes a futuro, le gustaría postular a una beca para estudiar la carrera de música en el Berklee College of Music en Boston o llevar algunos cursos libres de música ahí para producir sus propias composiciones. Además, le interesa continuar escribiendo, publicar un nuevo poemario y, de ser posible, quedarse a vivir en el extranjero.

Valeria

Valeria tiene 24 años, y vive con sus papás y su hermana en el distrito de Surco. Nació en Chimbote, pero se mudó a Lima a los 4 años con su familia por el trabajo de su papá. Actualmente se encuentra cursando el quinto ciclo de la carrera de psicología en una universidad privada, especialidad a la cual se cambió recientemente luego de cursar la carrera de ciencias políticas. En sus tiempos libres

le gusta tejer a crochet, escuchar podcast, y ver series y películas. Ella cuenta que estas son también actividades que la han ayudado mucho en su proceso emocional.

Valeria tiene muy pocos recuerdos de su infancia y los pocos que recuerda no le resultan nada agradables. Ella cuenta que desde muy pequeña se sintió una niña particularmente muy sensible y con cierta “desregulación” en sus emociones. Además, recuerda e identifica las constantes peleas en su casa, la sobre exigencia y el trato duro por parte de su padre, y los episodios de acoso escolar que sufrió debido a su aumento peso como factores que influyeron mucho en su salud mental.

Durante su adolescencia, Valeria comenzó a vomitar y a dejar de comer voluntariamente debido al acoso escolar que sufría por su peso. Durante este periodo acudió a algunos especialistas, comenzó a tomar medicación, y recibió diagnósticos de anorexia, bulimia, distimia y depresión. Durante esta etapa comenzó también a cortarse por primera vez, al punto que en una ocasión llegó a necesitar suero y asistencia médica. Todas estas situaciones afectaron seriamente su rendimiento académico, al punto que se vio en la necesidad de retirarse del colegio y terminarlo llegando a un acuerdo con los docentes para duplicar las notas del semestre anterior.

Dada la gravedad de su situación, ella y sus padres buscaron centros especializados en el tratamiento de desórdenes alimenticios donde pudiera recibir la ayuda necesaria. Finalmente, se optó por internarla en uno de estos centros; no obstante, ella relata que esto resultó siendo una de las experiencias más traumáticas que ha podido vivir. Durante el tiempo que estuvo internada, Valeria recuerda que se le impidió ver a sus familiares ya que, desde la perspectiva de los especialistas a cargo, no tenía “conciencia de la enfermedad” y los intentaría “manipular”. Así mismo, ella recuerda situaciones como ser vigilada cada vez que iba al baño, encontrar insectos en los alimentos o ver cómo una de sus compañeras fue obligada a comer su propio vómito luego de vomitar. Si bien intentó escapar dos veces del lugar, fue atrapada por el personal, y recibió inyecciones y medicamentos que la mantuvieron en un estado de sedación durante días. Por ello, permaneció internada

hasta que logró ver a sus padres y convencerlos que la retiren de ahí. Fue en este centro donde recibió también el diagnóstico de TLP por primera vez.

Tiempo después, comenzó a prepararse para ingresar a la universidad, periodo en el cual comenzó a desarrollar problemas con el alcohol y otras drogas, y más adelante -con el sexo también. Ella comenta que esto la llevó a situaciones como tener relaciones sexuales de manera compulsiva con varias personas sin protección o terminar hospitalizada por haber ingerido grandes cantidades de alcohol. Posteriormente, acudió a diversos tratamientos psicológicos particulares, entre ellos psicoanálisis, terapia cognitivo-conductual y terapia dialéctico-conductual, espacios en los cuales se le re-confirmó su diagnóstico de TLP. Ella menciona también que la terapia dialéctico-conductual tuvo un rol fundamental en su proceso de recuperación ya que la ayudó a estabilizarse a nivel emocional. Cuando recibió el alta de este tratamiento, fue derivada a otro tipo de terapia psicológica para continuar trabajando y ahondando en otros eventos de su historia de vida.

Valeria identifica también la universidad como un factor que afectó mucho su salud mental y que la llevó a experimentar varios signos de malestar emocional asociados al TLP. Ella menciona que la competitividad propia de este espacio la llevó a compararse constantemente con sus compañeros y a sentirse deprimida por sentir que no tenía las mismas habilidades o logros que estos. Además, el exceso de carga académica en su facultad aparece también como un gran detonante de sus crisis de ansiedad. Recientemente, ella realizó un proceso de orientación vocacional que la ayudó a tomar la decisión de cambiarse a la carrera de psicología, espacio en el cual se siente más tranquila ya que se relaciona más con sus intereses, habilidades y necesidades emocionales.

Actualmente Valeria continúa llevando terapia psicológica y tomando medicación. No obstante, expresa que se siente cansada de tener que tomar pastillas y que las quisiera dejar. En cuanto al TLP, Valeria menciona que si bien antes cumplía con todos los criterios diagnósticos del “trastorno” y este concepto la ayudó entender sus comportamientos y emociones hasta hace algunos años, actualmente se siente mucho más estable y sus síntomas han ido disminuyendo al

punto que ya no se identifica tanto con el diagnóstico. Si bien considera que sus emociones se desbordan muy fácilmente aún y que puede llegar a ser muy impulsiva en ocasiones, ha aprendido a lidiar de una mejor manera con estas situaciones sin la necesidad de incurrir en conductas riesgosas. Además, a lo largo de este tiempo ha construido vínculos interpersonales sanos y estables que la han ayudado mucho en su proceso emocional. A futuro, le interesa formarse como psicoterapeuta, independizarse económicamente, vivir sola y tener una mascota.

Diana

Diana tiene 24 años, nació en Lima y vive en San Juan de Miraflores. Actualmente se encuentra cursando el último ciclo de la carrera de arquitectura en una universidad privada y trabajando como ilustradora freelance en su propio emprendimiento a la par, ya que lo que verdaderamente le apasiona es el dibujo. Para ella, esta actividad es algo que ha acompañado mucho en su proceso emocional con el diagnóstico de TLP, ya que le ha permitido canalizar emociones y expresar todo lo que siente y muchas veces no puede transmitir en palabras.

Diana cuenta que tiene recuerdos bastante vívidos sobre su infancia como, por ejemplo, ser una niña bastante introvertida a la cual le costaba mucho relacionarse con los demás niños o pasar varias tardes sola cuando sus papás se iban a trabajar. Ella recuerda también los constantes castigos físicos que recibía por parte de su padre durante esta etapa, un factor que ella considera que tuvo un impacto directo en el desarrollo del TLP. Durante esta etapa, Diana sufrió también un episodio de abuso sexual por parte de un familiar lejano, evento que bloqueó de su mente durante mucho tiempo y pudo recordar recién hace apenas algunos años.

Durante su adolescencia, Diana desarrolló problemas de anorexia y bulimia, y comenzó a dejar de comer y vomitar con el objetivo de estar más delgada. Ella señala que algo que influyó mucho en esto fueron los estándares de belleza presentes en las redes sociales que frecuentaba en ese entonces. Durante esta etapa sufrió también de acoso escolar cuando se cambió de un colegio privado a uno estatal, ya que sus compañeros la molestaban por ser la “alumna nueva”. Diana

menciona que todo esto la llevó a sumergirse en un círculo vicioso de conductas problemáticas con la comida y con las autolesiones también. Durante esta época recibió, además, las primeras tentativas de diagnóstico de TLP por parte de algunos especialistas.

Diana también identifica la universidad como uno de los factores que más ha desgastado su salud física y emocional a lo largo de todos estos años debido al exceso de carga académica, y a las diversas dinámicas de competitividad presentes en este espacio. Ella menciona que no poder sentirse a la “altura” de las exigencias y expectativas académicas de este espacio fue uno de los factores que la llevó a experimentar episodios de ansiedad, depresión, autolesión e, incluso, intentos de suicidio en más de una ocasión.

Durante esta etapa, Diana comenzó a llevar también un tratamiento con una psicóloga y un psiquiatra de manera particular, y fue este último quien le dio por primera vez un diagnóstico formal de TLP. Diana enfatiza que esto en principio le generó cierto alivio ya que el diagnóstico le permitió comprender después de muchos años el origen de sus conductas y emociones. Sin embargo, ella tiene emociones muy contradictorias con respecto a esto ya que pensar en toda la connotación negativa asociada al TLP la hace sentir mal y esto la lleva a rechazar la idea de que tiene realmente este “trastorno”. Esta relación ambigua con su diagnóstico persiste hasta hoy, y la ha llevado a tener varias idas y venidas con sus tratamientos, ya que asiste por etapas pero luego tiende a abandonarlos.

Durante el año pasado, Diana tuvo episodios de abuso de medicamentos y dos intentos de suicidio con estos. Ella señala que el factor académico fue, nuevamente, uno de los principales detonantes ya que al no poder aprobar el último curso que requería para egresar y ver que otras personas de su entorno se comenzaban a graduar, se sintió como un “fracaso”. Si bien a lo largo de este tiempo ella ha venido obteniendo diversos logros en el ámbito de la ilustración, Diana menciona que muchas veces le cuesta sentirse orgullosa de esto ya que su familia no la apoya en su emprendimiento porque no lo considera un trabajo “serio”.

En cuanto al diagnóstico de TLP, Diana señala que aún se siente identificada con este “trastorno” y que una de las principales maneras en la que esta condición se manifiesta en ella es a través de crisis intensas en las cuales sus emociones se disparan a grados extremos. Ella menciona que recibir este diagnóstico la ha ayudado a comprender muchas de sus conductas y emociones. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, ella recalca también que muchas veces le cuesta aceptar que tiene este “trastorno”, y que siente mucha frustración, resignación y malestar al pensar que tendrá que lidiar de por vida con esta condición.

Recientemente, Diana acudió también a una reunión de un grupo de apoyo para mujeres con TLP. Esto la ha venido ayudando a sentirse acompañada en su proceso emocional, y a poder intercambiar experiencias con personas que atraviesan las mismas situaciones que ella en lo que respecta a la salud mental. A través de su emprendimiento como ilustradora, además, ha podido conocer a personas más afines con sus intereses artísticos, lo cual la ha ayudado también a poder desarrollar diversos vínculos interpersonales y sentirse parte de una comunidad. Si bien ella sigue lidiando aún con diversos malestares emocionales, considera que todo esto le ha permitido poder estabilizarse un poco más. A futuro, le interesa independizarse económicamente por completo, mudarse sola y trabajar en algo que le apasione, que de momento es su emprendimiento en la ilustración.

Carolina

Carolina tiene 26 años, nació en Lima, y vive con su mamá y su hermana en el distrito de Los Olivos. Actualmente se encuentra cursando el 9° ciclo de la carrera de Marketing en una universidad privada y realizando sus prácticas preprofesionales. En sus tiempos libres le gusta escribir, leer novelas, poesía, ficción o libros de historia, ya que son actividades que la relajan bastante y la han acompañado mucho en su proceso de recuperación en lo que respecta a su salud mental.

Carolina menciona que si bien no tiene muchos recuerdos sobre su infancia recuerda que le gustaba mucho estudiar y pasar tiempo con su papá. Ella cuenta

también que la depresión- manifestada a través de un sentimiento de vacío y soledad -ha sido algo constante en su vida desde pequeña y que el hecho de haber sufrido acoso escolar por su peso fue algo que posiblemente influyó mucho en esto.

Durante su adolescencia, Carolina sufrió también experiencias de acoso escolar. Ella recuerda que fue durante esta época que comenzó a sentir que todo su valor como persona dependía únicamente de su rendimiento académico y de sus notas, y que esto fue uno de los principales detonantes de sus crisis de salud mental durante su etapa universitaria. Durante su último año de colegio, Carolina empezó a tener crisis de ansiedad y ataques de pánico, motivo por el cual comenzó a inventar diversas excusas para faltar o ser recogida del colegio.

Durante sus primeros ciclos de universidad, sus niveles de ansiedad se incrementaron de manera exorbitante al punto que su rendimiento académico se vio seriamente afectado y desaprobó un curso. Ella menciona que el hecho de haber puesto todo su valor en su desempeño académico la hizo sentir que había “fracasado” como persona, por lo que comenzó a tener crisis de ansiedad constantes, al punto que salir a calle y tomar un carro para ir a la universidad le causaba terror. Por esta razón, comenzó a cargar con navajas en su billetera para cortarse, ya que era la única manera en la que se lograba calmar durante una crisis. Carolina cuenta que su salud mental se agravó tanto que el solo hecho de entrar a los salones de clases le causaba pánico, motivo por el cual se vio en la necesidad de retirarse de todos los cursos durante un semestre. Durante esta época, ella recuerda también que se refugió mucho en la lectura y la escritura de poesía, y que estas actividades la ayudaron mucho en lo que respecta a su salud mental.

Una de las crisis emocionales más intensas que Carolina recuerda es cuando hace varios años ingirió varias pastillas de golpe y tuvo que ser trasladada de emergencia a un hospital para que le realizaran un lavado gástrico. Ella menciona que la atención que recibió en este lugar fue bastante re traumatizante ya que la psiquiatra que la atendió fue bastante invasiva con su espacio personal e incluso la culpabilizó por haberse intentado suicidar. Carolina recuerda también a su padre como una de las personas que más apoyo le brindó y que más influyó en todo su

proceso de recuperación. Ella recuerda que él la motivó y ayudó a conseguir atención en un hospital público donde pudo iniciar un tratamiento psicológico y farmacológico. Fue en este espacio donde recibió también el diagnóstico de TLP por primera vez e inició sesiones grupales de terapia dialéctico-conductual, una terapia que la ha ayudado mucho a comprender sus emociones y a tener recursos para lidiar de una mejor manera con estas sin incurrir en conductas dañinas para ella.

Carolina identifica también la pandemia de COVID 19 como otro de los factores que afectaron su salud mental. Cuando se declaró la inmovilización social obligatoria, ella se encontraba de viaje en Nueva York y su vuelo quedó suspendido, por lo que se vio en la necesidad de quedarse varios meses allá hasta poder retornar a Perú. Esto la afectó por varias razones, entre ellas que el esposo de su tía que la alojaba intentó abusar sexualmente de ella en una ocasión. Tiempo después, además, su padre falleció de manera inesperada en Lima producto de un infarto. Lamentablemente, debido al contexto de pandemia, no pudo retornar para despedirse de él.

En cuanto al TLP, Carolina señala que recibir este diagnóstico la ayudó mucho a comprender sus emociones y comportamientos. No obstante, ahora que se encuentra emocionalmente más estable, no sabe si su experiencia siga calzando dentro los criterios del “trastorno”. Entre los factores que han favorecido su proceso de recuperación ella destaca la terapia psicológica, el apoyo de sus seres queridos, y actividades como la escritura y el *art journaling*, el cual consiste en la creación de diarios para la expresión de emociones mediante diversas técnicas artísticas (como, por ejemplo, la escritura, el dibujo, la poesía, entre otras). Además, entender que la recuperación no es lineal y que tener recaídas es parte del proceso es algo que la ha ayudado mucho también.

Carolina señala que no tiene aún muy claros sus planes a futuro porque no pensó llegar viva a los 26 años, pero se ve a sí misma trabajando de manera independiente luego de acabar la universidad. Además, le gustaría regresar a terapia psicológica ya que, si bien se siente más estable, sus emociones pueden tornarse bastante intensas en algunos momentos y considera que contar con un

acompañamiento de este tipo la podría ayudar. Carolina está también volviendo a leer y escribir más, y actualmente se encuentra haciendo una recopilación de poemas que escribió sobre la muerte de su padre.



3. Capítulo 3: Narrativas de padecimiento

En este capítulo se presentarán las narrativas de padecimiento de las jóvenes en torno a su diagnóstico de TLP. En primer lugar, se mencionarán los principales factores y detonantes de malestar emocional presentes en las historias de vida de las informantes, es decir, las experiencias, situaciones o contextos que propiciaron la aparición de experiencias de malestar emocional asociadas al TLP. En segundo lugar, se desarrollarán los principales signos y manifestaciones de este “trastorno” en las jóvenes, y se profundizará en las diversas maneras en las que el malestar ha sido vivido y experimentado por ellas. En tercer lugar, se describirán las diversas interpretaciones y significados otorgados al diagnóstico del TLP: ¿cómo el TLP es entendido y percibido por las jóvenes?, ¿cuál es su relación con su diagnóstico? Finalmente, se desarrollarán las narrativas y trayectorias de recuperación de las informantes enfatizando cuáles han sido los diferentes recursos y espacios recuperativos que les han permitido lograr una mayor estabilidad emocional.

3.1. Factores y detonantes de malestar emocional

En esta sección se analizarán los diversos contextos que propiciaron la aparición de malestares emocionales asociados al TLP desde la perspectiva de las informantes. Experiencias como la violencia física, psicológica o sexual, el acoso escolar, las exigencias y valoraciones socioculturales en torno al cuerpo femenino y la delgadez, las dinámicas de competitividad y la sobre exigencia académica en el espacio universitario o la pandemia de COVID-19 se constituyen como algunos de estos contextos. A manera de brindar una mayor contextualización de los relatos, además, iniciaré describiendo la relación de las informantes con su entorno familiar nuclear, el cual se constituye también como un factor importante de malestar en las historias.

3.1.1. Entorno familiar

Con el objetivo de contextualizar los relatos de las jóvenes, considero importante iniciar reconstruyendo sus vínculos y experiencias en el entorno familiar

nuclear en tanto forman una parte fundamental de su historia de vida y estos se constituyen en muchos casos como un factor importante de malestar emocional. En este sentido, me parece importante recalcar también que además de los conflictos que puedan estar presentes en el entorno familiar, el hecho de lidiar con un problema de salud mental añade muchas veces un conflicto adicional a esto ya que una experiencia bastante frecuente en los relatos de las jóvenes es la sensación de incomprensión por parte de sus padres hacia su proceso emocional- por ejemplo, que estos minimicen su situación, que no las apoyen en sus tratamientos o que, incluso, las culpabilicen por su estado emocional. Ello, además, se inscribe en un contexto en el cual existe un gran estigma hacia estos temas, así como una diferencia generacional que puede dificultar, en muchos casos, la comprensión hacia estas problemáticas de salud mental e incrementar las tensiones de por sí ya existentes en el espacio familiar.

En el caso de Valeria, ella me contó que una de las cosas que más recuerda de su infancia son las constantes peleas entre sus padres. Si bien ellos siguen juntos actualmente, ella menciona que durante esta etapa los conflictos fueron muy constantes al punto de que muchas veces se terminaba viendo involucrada en estos:

Recuerdo a mis papás peleando porque mis papás nunca han tenido una relación muy saludable y de hecho me sorprende que todavía sigan juntos. Como mi papá no vivía con nosotras recuerdo a mi mamá llorando porque mi papá no estaba en casa y llamándolo y diciéndole “te necesito acá. Valeria, te paso el teléfono por favor dile a tu papá que lo necesitamos acá”. Y recuerdo mucho esta escena que mi mamá una vez me pasó el teléfono y me dijo “dile a tu papá por favor que nunca me engañe”. Y yo tenía como 4 años creo, seguía en Chimbote. Y yo le dije “papi nunca engañes a mi mamá”. Mi mamá ahora va a terapia y está tratando de curar traumas a sus 55 años pero en ese momento obviamente hacía lo mejor que podía (Valeria - Entrevista 1)

Valeria recuerda también que su padre en ocasiones podía llegar a tener un trato algo duro con ella, ya que desde muy pequeña la presionaba para ser de los primeros puestos en el colegio y cuando un curso se le dificultaba podía llegar a ser muy severo o incluso ridiculizarla por esto. En este sentido, Valeria identifica estas situaciones como eventos que la llevaron a sobre exigirse como estudiante y a experimentar sensaciones de “fracaso”, “inutilidad” y otros malestares emocionales cuando no lograba cumplir con ciertas metas o logros académicos durante su etapa

universitaria. Valeria menciona también que, si bien no considera que la violencia física haya sido algo recurrente en su casa, hubo algunas ocasiones en las que ciertas discusiones familiares podían terminar en algún tipo de agresión física o psicológica:

Si bien en mi casa no hemos llegado a los golpes, en verdad a veces sí. Algunas veces hemos llegado a golpearnos entre nosotros. O a veces no de esa manera tan explícita, pero sí de otras maneras más sutiles (Valeria - Entrevista 2)

Valeria menciona que si bien es consciente que sus padres la educaron haciendo lo mejor que pudieron, y que la relación con ellos ha cambiado y mejorado mucho actualmente, todas estas situaciones igualmente afectaron su salud mental e influyeron en el desarrollo de diversos malestares asociados al TLP. En el caso de Carolina, por su parte, ella me comentó que una de las cosas que más recuerda de su infancia son los momentos que compartía con su papá ya que siempre fue muy unida con él. En este sentido, ella identifica también a su padre como una de las personas que más influyó en su proceso de recuperación con respecto a su salud mental, ya que le brindó siempre apoyo y contención emocional:

Siempre recuerdo que mi papá me hacía reír. Me regalaba libritos y me llevaba con él a veces cuando trabajaba. Trabajaba en ventas. Tenía su propia empresa pero trabajaba vendiendo también. Siempre cuentan que yo quería ir con él y a veces jugaba con su maletín que era gigante para mí porque yo era muy chiquita y lo cargaba por todo Larcomar porque le vendía a un restaurante que quedaba ahí (Carolina - Entrevista 1)

No obstante, en contraste, ella menciona que la relación con su madre fue complicada desde su infancia ya que tuvieron siempre diferencias marcadas de opinión y, además, esta fue siempre muy exigente con ella desde pequeña. Ella menciona que esta situación se reflejaba, por ejemplo, en el hecho de sentirse presionada a vestirse o comportarse de cierta manera pero, sobre todo, en la presión por rendir y obtener notas altas en el colegio, una situación que durante su etapa universitaria- al igual que en el caso de Valeria -la llevó a sobre exigirse en su rendimiento y ver afectada su salud mental:

Con mi mamá siempre era como que “no te pongas esto porque se ve mal”, “no hagas esto porque lo van a ver mal”, “no te portes así”, “siéntate bien porque qué van a decir”, siempre con ese tema (...) Con mi mamá siempre hubo desacuerdos. No tanto desacuerdos sino diferencias de opinión y fue algo que ha marcado toda mi vida. Es como que si yo digo "A" ella va a opinar completamente lo contrario (...) Y ella tiene esta idea de que es su opinión la que vale porque así se ha hecho y así se tiene que hacer (Carolina - Entrevista 1)

Empecé a asumir que mis notas eran lo único que valía. Es algo que siempre me han recalcado, no tanto por mi papá sino por el lado de mi mamá (Carolina - Entrevista 1)

A diferencia de lo que ocurría con su padre, Carolina menciona que conversar con su madre sobre su proceso emocional se le dificultaba bastante ya que tenía una serie de prejuicios muy marcados con respecto a estos temas. Esto las llevó a tener diversos desacuerdos como, por ejemplo, que ella no apoyara su decisión de acudir a terapia psicológica, la culpabilizara constantemente por su estado emocional e interpretara, incluso, muchos signos de malestar- como, por ejemplo, la autolesión -como intentos de manipulación o ganas de “llamar la atención”. Sin embargo, Carolina me recalcó también que hoy en día su madre ha podido aceptar y comprender mejor todas estas situaciones, y que esto es algo que la ayudado mucho a ella en su proceso de recuperación también:

Al comienzo, como te dije, no tenía el apoyo de mi mamá. O sea, no es como que no tenía el apoyo en sí sino que no entendía lo de las terapias ¿no? Pero ahora veo que es porque toda la vida le dijeron que eso es de “locos” (Carolina - Entrevista 3)

Diana, por su parte, menciona también que la relación con sus padres ha sido siempre bastante complicada y que si bien esta ha venido mejorando mucho actualmente, sigue teniendo bastantes desacuerdos con ellos aún. Durante su infancia, ella recuerda también haber sufrido bastante violencia física por parte de su padre ya que este tenía muchos problemas para controlar su ira. Ella considera que esta situación influyó mucho en el desarrollo de diversas conductas y emociones asociadas al TLP. Al crecer, Diana comenzó a tener problemas con sus padres por sus tratamientos y diagnósticos de salud mental ya que, al igual que en el caso de las demás informantes, estos no consideraban que fuera un problema “serio” y

tendían a hacerle comentarios que minimizaban su situación o la culpabilizaban por “estar mal”:

Me mandaron tratamiento cuando era adolescente pero no duré más de una semana porque mis papás tienen esta idea hasta ahora bastante cerrada de la salud mental y no me dejaron continuar con el tratamiento (...) Solamente estuve una semana y de ahí mi mamá lo cortó. Lo cortaron porque me dijeron como que “no, no lo necesitas” y ya (Diana - Entrevista 2)

Si bien Diana reconoce que ellos han tratado de poner de su parte para mejorar e informarse más sobre estos temas, ella menciona también que no se siente del todo cómoda aún ya que persisten algunos desacuerdos en torno a esto y muchas veces continúan haciendo comentarios que minimizan el esfuerzo que hace por estar mejor en lo que respecta a su salud mental:

Después mis papás trataron de ser más empáticos pero igual estaba esta visión, sobre todo de mi papá, de “ok, está bien que necesites terapia pero no creo que tengas esto ¿no?” O a veces me decía “ok, sí tienes TLP pero creo que si uno es realmente fuerte lo puede controlar” (Diana - Entrevista 2)

Ahora están bastante más abiertos a conversar, escuchar. Incluso con mi papá hemos empezado a conversar un poco más (...) Pero también mi papá dice como “de repente yo tengo lo que tú tienes, pero la diferencia es que yo lo puedo controlar solo y no necesito de un psicólogo”. Entonces me pone esta imagen de que “tú eres débil entonces tú sí necesitas psicólogo y yo no necesito psicólogo” (Diana - Entrevista 2)

Sumado a ello, otra situación que le afecta bastante a Diana es que sus padres no consideren su trabajo como ilustradora como algo “serio” ya que esta es una actividad que le apasiona y a la que le interesa continuar dedicándose de manera profesional. Por todo esto, ella espera poder mudarse e independizarse pronto al terminar la universidad:

A veces hay comentarios burlones como de “no puedo creer que haya gente que pague por lo que tú haces” o comentarios como “cuando tengas un trabajo de verdad” (Diana - Entrevista 2)

La relación en mi casa es bastante pesada y muchas veces mis papás me hacen sentir muy mal y son también un detonante (Diana - Entrevista 3)

Alessandra, por su parte, reconoce también la relación con sus padres y el espacio familiar en general como uno de los principales factores que impactaron de manera negativa en su salud mental. Una de las cosas que más recuerda Alessandra desde niña es la ausencia por parte de su padre, ya que este nunca estuvo muy presente en su vida ni asumió ciertas responsabilidades con respecto a ella. Ella recuerda también que desde que estuvo muy pequeña sus padres se llevaron siempre bastante mal, al punto de que solían tener discusiones frecuentes y estuvieron a punto de divorciarse en más de una ocasión. Ella menciona que todo esto la afectó mucho a nivel emocional ya que varias veces se veía inmersa e involucrada en este tipo de situaciones:

Mi mamá siento que era más responsable de mí que mi viejo. Yo dormí en una cuna hasta que era niña. Mi mamá desde que dejó de trabajar por mí nunca volvió a ganar igual que antes. Y mi papá ganaba mucho más y ella le decía que me compre una cama porque a ella no le alcanzaba, pero nunca lo hizo. Al final mi mamá juntó y me compró una cama porque yo tenía 8 años y seguía durmiendo en una cuna en el cuarto de mis papás y no era que no tuviéramos dinero, sino que mi papá lo gastaba en huevadas. Mi papá se iba de viaje. Me acuerdo que se fue a Miami cuando yo era muy niña y no me podía comprar una cama. Y mi papá siempre ha fumado mucho y los cigarros son caros. Y también por épocas se le daba por tomar (Alessandra - Entrevista 1)

Mis papás casi se divorcian cuando yo tenía 9 años aproximadamente. Se llevaban muy mal y eso también me afectaba. Una vez fui a buscar con mi mamá donde mudarnos, lo cual era tonto porque la casa que vivíamos era del papá de mi mamá, pero mi mamá quería irse. Al final mi mamá me preguntó “¿tú quieres que me separe de tu papá?”. Y yo como era una niña que estudiaba en un colegio de monjas, y ahí claramente te dicen que la familia es mamá y papá, no tenía idea y le dije que no quería y entonces no lo hizo. Y por mucho tiempo me sentí culpable por eso, como si fuera mi culpa que siguieran juntos. Pero no era mi responsabilidad (Alessandra - Entrevista 1)

Al igual que en el caso de las demás informantes, Alessandra menciona que otro de los factores que empeoró la relación con sus padres fue el hecho de lidiar con diversos problemas de salud mental y comenzar a acudir a un tratamiento, ya que su padre se enfadaba constantemente con ella por el hecho de tener que tomar pastillas puesto que consideraba que el malestar era un “invento” suyo y que no las necesitaba en realidad. En este sentido, Alessandra recalca que sus padres tendían

generalmente a culpabilizarla y hacerla sentir mal por este tipo de situaciones, y que esto fue algo que también le afectó mucho a nivel emocional:

Básicamente mi papá me pagaba las cosas y las pastillas eran caras. Y de nuevo, no era que no tuviéramos dinero, simplemente no quería comprarlas. Cada vez que tenía que comprarlas era un mundo de “por qué tomas eso”, que no sé que cosa (...) Me acuerdo de una pelea horrible en el carro porque creo que ya nos habíamos pasado la farmacia y yo me había olvidado de que tenía que comprar pastillas y se molestó porque tenía que regresar. Se molestó porque tomaba esas pastillas en sí y yo simplemente me ponía a llorar. Inclusive me acuerdo que me bajé del carro y dije ya fue, me voy sola. De por sí me sentía mal y me sentía peor porque tenían que comprar el tratamiento (Alessandra - Entrevista 1)

Alessandra menciona que la relación con sus padres se deterioró aún más cuando tuvo un intento de suicidio y su psiquiatra ordenó no volverla dejar a salir de su casa sin previa autorización. Esto debido a que sus padres comenzaron a controlar todas las actividades que realizaba y el hecho de pasar tanto tiempo en casa con ellos le generaba aún más inestabilidad emocional. Además, los problemas de adicción con los que lidiaba durante esta época agravaron aún más esta situación:

Me estaba peleando con mi mamá pero ya no a gritos sino simplemente hablando grueso tal vez, y agarré el cuchillo para cortar unos brownies que estaba preparando y mi mamá se asustó. Como que me agarró el brazo y dijo “no hagas nada”, y yo me quedé como “solo voy a cortar mis brownies”. Y yo nunca he atacado a nadie. Me he hecho daño a mí pero nunca he atacado a nadie (...) Ahí en algún punto me di cuenta que mi familia nunca me iba a ver igual que antes de eso y siento que aún no lo han hecho. Siento que actuó raro con ellos. Yo tenía que ponerme una careta y la careta se destruyó ese año y desde ahí nada es igual (Alessandra - Entrevista 2)

Alessandra considera que esta situación constituyó un punto de quiebre en la relación con sus padres ya que las tensiones se fueron agudizando cada vez más. Por esta razón, optó por conseguir un trabajo y mudarse sola en cuanto pudo. Ella menciona que esto es algo que aún le afecta mucho ya que no logró irse de la casa en buenos términos y su padre interpretó su decisión como un acto de “manipulación”. Sin embargo, ella considera también que independizarse y alejarse de ese ambiente es una de las cosas que más la ha ayudado en su proceso de recuperación emocional.

3.1.2. Experiencias de violencia: abusos sexuales, físicos, psicológicos

Las experiencias de violencia (física, psicológica o sexual) son transversales a las historias de vida de todas las informantes. Analizar estas es fundamental para comprender sus narrativas en torno al diagnóstico ya que ellas identifican estas situaciones como momentos que afectaron mucho su salud mental y a partir de los cuales comenzaron a experimentar signos de malestar emocional que posteriormente derivaron en un diagnóstico de TLP. En el caso de Diana y Alessandra, por ejemplo, ellas me comentaron que durante su infancia sufrieron episodios de abuso sexual por parte de sus familiares:

Yo me acordé de algo que me pasó cuando era chiquita (...) Cuando era niña mi abuela le alquilaba un cuarto a un familiar y me acuerdo clarísimo que él me hizo entrar a su cuarto y me sentó en sus piernas y me empezó a acariciar la cabeza, el cabello, la espalda y movía su pierna y yo recuerdo pues sentir el estímulo en mí. Y de ahí como que me bloquea, o sea no sé qué más (...) No recuerdo qué pasó. Vi una noticia de una niña que fue abusada y me vino esta memoria a la cabeza que la tenía bloqueadísima (Diana - Entrevista 2)

Hace 2 años me di cuenta que cuando tenía 9 o 10 mi abuelo, no sé si se dice abusó sexualmente de mí, pero me agarró la bubi y yo tenía 9 años y claramente no entendía qué estaba pasando. Y simplemente no dije nada pero ahora me doy cuenta que desde ese momento empecé a actuar así, que no me bañaba, que no comía. Siento que eso de cierta manera me cagó la vida. Porque por lo mismo que disocié eso que había pasado no me daba cuenta que no estaba bien, así como no me daba cuenta que mis amigos me hacían bullying porque en mi casa el ambiente también era complicado. Era como normalizado ese trato y pensaba que eso estaba bien o que era lo que merecía (Alessandra - Entrevista 1)

En el caso de Alessandra, cabe resaltar que la cercanía del vínculo con su abuelo implicó también un factor adicional de malestar emocional ya que ella lo consideró siempre como una suerte de “padre”, y esto hizo que el abuso resultara más desconcertante y confuso aún:

Fuera de lo que te acabo de contar también mi abuelo era... era como mi papá ¿no? Mi papá nunca estuvo muy presente. Básicamente me criaron mis abuelos. Pero, no sé, he leído un montón que el hecho de que haya un abuso no borra que tengas buenos recuerdos con esa persona pero tampoco es como que justifique lo que pasó (Alessandra - Entrevista 1)

Cabe destacar que tanto Diana como Alessandra recalcaron haber bloqueado involuntariamente estos episodios de su memoria y recordarlos hace apenas algunos años. Alessandra me comentó que estos recuerdos permanecieron bloqueados de su memoria por más de diez años, hasta que diversas situaciones- noticias sobre violaciones, películas sobre abusos sexuales, entre otros- la hicieron ir recordando poco a poco todo lo que había sucedido. Alessandra me contó también que conforme fue “desbloqueando” esta memoria comenzó a recordar otros episodios de abuso sexual que sufrió por parte de dos ex parejas suyas:

Empecé a recordar que también, esto me cuesta decirlo, pero creo que es necesario porque sino es como un ciclo que no se rompe ¿no? Esto que pasó con mi abuelo de no darme cuenta también me ha pasado con dos personas que he estado que han abusado sexualmente de mí y yo no me he dado cuenta en el momento porque lo he disociado y me he dado cuenta recién en el 2020 o creo que el año pasado. No quería hablar de eso pero si me afectaba (...) Sentí mucha culpa. Sentía vergüenza de mí porque es como... qué tonta, o sea, ¿cómo no te vas a dar cuenta? Pero en serio, lo de mi abuelo lo disocie más de 10 años (Alessandra - Entrevista 2).

En el caso de Carolina, por su parte, ella me contó que cuando viajó a Nueva York hace varios años para visitar a unos familiares suyos, el esposo de una de sus tías intentó abusar sexualmente de ella en una ocasión. Ella menciona que esta situación le resultó tan traumática que trató de convencerse a sí misma que esto no había ocurrido y entró en un estado de negación por mucho tiempo. Ella recuerda también que optó por no comentar nada sobre lo ocurrido por temor a que su tía pudiera afectarse emocionalmente o que sus familiares no le creyeran:

Una vez su esposo intentó abusar de mí. Ella no lo sabe, yo decidí no decirle porque mi tía tenía problemas depresivos. Pasó en el 2015 en la primera vez que yo viajé a Nueva York. Yo en ese momento creo que mi cerebro lo tomó como que no pasó porque creo que no podía lidiar con eso en ese momento (...) Por un momento incluso me convencí tanto de que eso no había pasado que pensé que me lo estaba inventado. Pero después ya en terapia entendí que sí pasó. Y nunca se lo dije a mi tía porque pensé “le va a hacer peor, y de ahí va a estar mal y me van a echar la culpa a mí”. Entonces no le dije nada (Carolina - Entrevista 2)

Como se mencionó en las secciones anteriores, la relación entre TLP y abuso sexual ha sido abordada en diversas investigaciones. Shaw y Proctor (2005)

mencionan que al menos un 70% de mujeres diagnosticadas con TLP ha experimentado episodios de abuso sexual, especialmente durante la infancia. Por ello, consideran que esta etiqueta contribuiría medicalizar el malestar psicológico producido por formas de violencia sistemática tales como el abuso y la violencia sexual hacia las mujeres. Las autoras mencionan que al plantear el malestar como resultado de un “déficit interno” y construir a la persona diagnosticada como un “otro” mentalmente “desequilibrado” la problemática es individualizada y desvinculada de sus causas sociales.

Kimberly Theidon (2004), por su parte, ha destacado también la tendencia de la psicología occidental a individualizar el malestar emocional mencionando cómo las etiquetas psiquiátricas reducen estos procesos a la categoría de “trastorno” sin considerar que estos procesos responden también a “trastornos de las relaciones sociales” y formas de violencia normalizadas. En el caso de las informantes, es importante recalcar que estas vivencias se inscriben en un contexto de inequidades de género en el cual situaciones como el acoso, la violencia o el abuso sexual constituyen una realidad cotidiana para las mujeres (Shaw y Proctor, 2005).

Por otro lado, me parece importante reflexionar también sobre el malestar adicional que ha implicado para las jóvenes verse en la necesidad de ocultar estas experiencias por temor a ser juzgadas o ver a otras personas de su entorno afectadas, especialmente considerando que todas estas situaciones ocurrieron en el entorno familiar. Alessandra, por ejemplo, me contó que semanas antes de publicar su poemario pensó en incluir algunos textos que había escrito sobre este episodio de abuso; sin embargo, el hecho de que su abuela pudiera enterarse al leer el libro fue un factor que la detuvo de hacerlo, y verse en la necesidad de tener que esconder esta situación es algo que le generó también mucha rabia y frustración. Carolina, por su parte, me comentó también que en una oportunidad intentó hablar con una de sus tías sobre lo sucedido; sin embargo, esta no creyó en su testimonio y le dijo que se estaba “inventando” todo:

Un día me estaba cambiando y él bajó al sótano supuestamente a despedirse de su hija. Quiso abrir la puerta y yo me estaba cambiando. Y yo la empujé con toda mi fuerza y me dijo como que "disculpa, pensé que Sofía"- que es mi

prima- "estaba acá". Y se regresó y se fue. Me quedé paralizada del miedo atrás de la puerta en toalla. No podía... no, no me movía. No me di cuenta que me había quedado así hasta media hora después o no sé cuánto tiempo. Pero baja una de mis tías, abre la puerta, y me encuentra ahí parada y me dice "¿qué te pasa? Has bajado hace rato, ¿por qué no te cambias?". Y yo ahí me di cuenta que había estado llorando y me dijo "¿qué pasa?" (...) Le dije lo que había pasado hace tiempo con el esposo de mi tía y no me creyó. Me dijo "te lo estás inventando" (Carolina - Entrevista 2)

Los episodios de violencia física y psicológica aparecen también como una fuente importante de malestar emocional en los relatos de las jóvenes. Como se mencionó anteriormente, Valeria, por ejemplo, menciona que la violencia estuvo presente en su familia en algunos momentos de su vida. Del mismo modo, Diana recuerda haber sufrido varios episodios de violencia física por parte de su padre durante su infancia. Ella recalca que si bien esto es algo que actualmente ya no ocurre, y que su papá ha podido recapacitar y modificar estos comportamientos, es algo que igualmente afectó mucho su salud mental y tuvo un impacto directo en el desarrollo de diversos "síntomas" asociados al TLP:

De hecho él era el que me castigaba físicamente y era porque de un momento a otro se ponía super violento. Y pasaban 5 o 10 minutos y me trataba como si nada, como que ya se le había pasado (Diana - Entrevista 2)

En este sentido, Diana me comentó que ella percibe la autolesión como una "interiorización" de la violencia física recibida en su infancia ya que, si bien su padre ya no la golpea, cada vez que siente haber hecho algo "incorrecto"- como, por ejemplo, defraudar a una persona importante para ella -siente la necesidad de castigarse físicamente a través de este tipo de conductas:

Cada vez que yo siento que defraudo a mis papás o en general a alguien o a mi enamorado, siento esta necesidad de ejercer castigo físico conmigo. Y yo siento que el tema de las autolesiones a veces viene de ahí. Como que ya no me pega mi papá pero como he hecho algo malo tengo que castigarme (Diana - Entrevista 2)

Alessandra, por su parte, me contó que durante su etapa universitaria tuvo también una relación de pareja en la que experimentó violencia psicológica. Ella considera que sus experiencias de vida influyeron mucho en el hecho de que

normalizara esta situación y no pudiera darse cuenta a tiempo de la violencia que estaba viviendo. Ella identifica también esta relación como uno de los detonantes de sus crisis de ansiedad y sus problemas de adicción con el alcohol ya que fue durante esta etapa que, cada vez que sufría alguna agresión, comenzaba a tomar de manera desmedida para aliviar su malestar.

3.1.3. Acoso escolar

El acoso escolar es otra de las experiencias que atraviesa las historias de vida de las informantes. Cabe destacar que estos episodios se encuentran en muchos casos vinculados a valoraciones socioculturales en torno al cuerpo femenino, la delgadez, y la sexualidad: ser molestadas por estar “gordas”, por sus rasgos físicos o, incluso, por su orientación sexual. Valeria, por ejemplo, cuenta haber sufrido acoso por parte de sus compañeros cuando era niña debido a su aumento de peso, ya que el consumo de corticoides para tratar su asma la llevó a aumentar varios kilos. Ella cuenta que esta situación resultó tan traumática para ella que desarrolló, posteriormente, problemas de anorexia y bulimia:

Comencé a subir de peso y me volví una niña gordita. Y los niños me empezaron a hacer bullying en el colegio. A eso de los 7 años yo era una niña gordita y me excluían un montón. Recuerdo esta escena de que me rodearon una vez en el recreo y me dijeron “eres una bomba, eres una bomba” (...) Y yo me puse a llorar y la profesora dijo “por favor, dejen de hacer eso”. Y esas son cosas que también he tenido que tocar en terapia porque me dejó como cicatrices (Valeria - Entrevista 1)

En el caso de Carolina, ella recuerda también haber sido molestada por su peso durante su infancia. Ella me comentó que actualmente ha aprendido a no prestarle tanta atención a los comentarios que la gente pueda hacer en torno a su cuerpo; sin embargo, durante su etapa escolar esta situación fue algo que afectó mucho su salud mental, y que le ocasionó diversos problemas de ansiedad y depresión. Durante su adolescencia, ella sufrió también acoso por parte de una sus compañeras de colegio, quien la molestaba por algunos de sus rasgos físicos:

Me acuerdo que había una chica que me hacía bullying porque supuestamente yo tenía los labios muy gruesos y en esa época estaban de

moda los labios súper delgados. Y sí, molestaba un montón pero trataba de no hacerle caso porque no tenía con quien desahogarme tampoco (Carolina - Entrevista 1)

Alessandra, por su parte, cuenta también haber sufrido acoso escolar durante su niñez y su adolescencia. Ella menciona que cayó en cuenta de esto hace apenas algunos años ya que durante esa época no tenía consciencia de lo que sucedía e incluso consideraba a muchas de las personas que la molestaban como sus “amistades”. Ella comenta que sus compañeros solían molestarla por diversas razones como, por ejemplo, su peso o algunos de sus rasgos físicos:

En esa época era un poco llenita, no sé si gordita, pero no era flaca y mis cejas son super pobladas y cuando era niña estaban juntas. Bueno hasta ahora están juntas y no me depilo. Y era algo raro para los otros niños, ¿no? Y me molestaban. En esa época no me daba cuenta que se estaban burlando de mí. Pensé que simplemente todos nos reíamos de algo pero en verdad se estaban riendo de mí. (...) Cuando entré a secundaria me seguían haciendo bullying sin que yo me de cuenta porque pensaba que eran mis amigas. Pero sí, me molestaban bastante. Para esto nunca dejaron de hacerme bullying. En cuarto de secundaria ya empecé a aislarme más porque me di cuenta que me gustaba leer (...) También tenía una amiga que de broma me pegaba y ahora me doy cuenta que claramente no era mi amiga. Me molestaba mucho al punto de ponerme a llorar y me escondía en la mochila. Era una mierda por ese lado (...) Luego cuando entré a quinto de secundaria había subido de peso y me jodían por haber subido de peso (Alessandra - Entrevista 1)

Otro factor que influyó mucho en esto fue el hecho de identificarse como una persona bisexual e iniciar una relación de pareja con una de sus compañeras durante la secundaria, especialmente en un contexto en el cual existe un rechazo sociocultural hacia este tipo de experiencias afectivas. Alessandra menciona que si bien el acoso no se dio directamente hacia ella sino, más bien, hacia su pareja por parte sus compañeras de salón, esta situación igualmente afectó mucho su relación y su salud mental también:

Estábamos y todo estaba bien pero luego íbamos al colegio y era muy obvio y en esa época nadie salía del closet. Y al menos a ella sí técnicamente le hacían bullying, la jodían un culo y la hacían sentir mal y eso también afectaba nuestra relación. Y era feo porque a veces sí quería estar conmigo y a veces no, y yo me la pasaba llorando (...) Y es gracioso porque había otras chicas que estaban pasando por lo mismo pero nadie decía nada. Al

contrario, jodían a las que eran así y era muy raro (...) O sea bueno, vivimos en un país muy homofóbico (Alessandra - Entrevista 1)

Diana, por su parte, me contó también que cuando sus padres la cambiaron de colegio durante la secundaria sufrió acoso escolar en este nuevo espacio ya que sus compañeros la molestaban y se burlaban de ella por ser la alumna “nueva”. Todo esto afectó su salud mental a tal punto que comenzó a autolesionarse, y a tener de episodios de anorexia y bulimia de manera cada vez más frecuente:

Toda mi vida había estado en colegios privados y me cambiaron a uno estatal porque yo me quejaba mucho de que en el colegio privado todos estaban así de que qué marca es y qué cosas tienes en lo material. Y entonces yo me quejaba de eso y mis papás me dijeron ya pues entonces te vas a un estatal (...) Y en secundaria sufrí de bullying porque en este colegio nuevo llegué y de la nada el primer día me tiran mis cosas y las chicas me dicen que no les gustan las niñas nuevas porque vienen como a malograr la unión que hay en el salón. Ahora me parece estúpido y probablemente hubiese contestado pero en ese momento yo no era así porque tenía demasiado miedo y no tenía amigas. Solo tenía una amiga que compartía mis gustos. Tenía una red de apoyo bastante limitada. Ya me había metido del todo a los TCA y empecé con las autolesiones también por todo el bullying que me hacían. En el colegio también cuando se dieron cuenta que vomitaba yo pasaba y todas hacían la mueca de que vomitaba y todo eso me empezó a afectar horrible. Y no podía parar. Empezaron las autolesiones y todo eso (Diana - Entrevista 1)

Las informantes identifican todas estas experiencias como escenarios que propiciaron o agravaron el desarrollo de malestares asociados al TLP. Como se mencionó anteriormente, Valeria y Alessandra identifican el acoso escolar por su aumento de peso como uno de los principales detonantes de sus problemas de anorexia y/o bulimia. Diana, por su parte, expresó también que estas experiencias agravaron los problemas de anorexia y bulimia que venía teniendo, y la llevaron a comenzar a cortarse también. En el caso de Carolina, si bien no fue formalmente diagnosticada con un “trastorno” de la conducta alimentaria, ella menciona que estas situaciones la llevaron a experimentar cuadros de ansiedad, depresión y a alejarse de diversas situaciones sociales durante su adolescencia- como, por ejemplo, reuniones o fiestas- ya que se sentía mal con su cuerpo y salir le generaba mucha ansiedad.

3.1.4. Valoraciones socioculturales en torno a la delgadez y el cuerpo femenino

Como se planteó en la sección anterior, en las historias de vida es posible observar cómo las diversas exigencias y valoraciones socioculturales en torno a la delgadez moldearon desde muy temprana edad la relación de las jóvenes con su cuerpo, y favorecieron el desarrollo de diversos “trastornos” de la conducta alimentaria y conductas asociadas al TLP. No obstante, estos discursos no solo fueron interiorizados a través de situaciones como el acoso escolar sino también mediante otros espacios tales como el entorno familiar o las redes sociales. Las informantes describen que estas exigencias provocaron en ellas la sensación de estar “gordas” y, por lo tanto, el deseo de recurrir a diversas conductas para adelgazar -dejar de comer, restringirse las porciones de alimentos, hacer ejercicio o vomitar. En el caso de Alessandra, ella recuerda que los comentarios de su familia en torno a su cuerpo fueron otro de los detonantes de sus problemas con la comida:

Mi familia es técnicamente es gordofóbica. Entonces también empezaron a hacerme comentarios en mi casa. Nunca me voy a olvidar de una vez que ya me había cambiado, estaba lista, estaba emocionada, iba a salir con mi flaco, y ya me iba a ir y mi mamá me dice “¿cómo vas a salir con eso? Te ves horrible, eso no se lo pone una persona que está gorda. Cámbiate o no sales”. Y entonces ya no quería ver a nadie. No quería salir. Desde esa época me acuerdo que no podía. Yo en serio quería ver a mi flaco pero era algo que me daba demasiada ansiedad. Y ahora me doy cuenta que no era él el problema. No era que no quisiera verlo, era que me sentía tan mal conmigo misma, con mi físico, que no quería que nadie me viera (...) Y eso afectó bastante nuestra relación porque claramente a nadie le gusta que le cancelen media hora antes y que te hagan eso 4 semanas seguidas y no ver a tu pareja un mes por ningún motivo aparente. En esa época no lo entendía pero llegó un punto en el que le dije me siento fea, me siento gorda (Alessandra - Entrevista 1)

En su trabajo con mujeres diagnosticadas con anorexia y bulimia, Lisette Gamboa (2018) describe cómo el hecho que estas jóvenes se percibieran a sí mismas como “gordas” se vio influenciado por diversos comentarios sobre su cuerpo en el entorno familiar. A través de estos, no solo se interiorizó la percepción de estar “gorda”, sino también la idea de que la “gordura” constituye algo negativo que debe ser cambiado. Como sugiere Gamboa (2018), es importante considerar que estas experiencias se inscriben en un contexto sociocultural en el cual- particularmente en

Occidente- los cuerpos “gordos” han tendido a ser vistos como extremadamente negativos, mientras que la delgadez, en contraste, es mostrada como sinónimo de belleza y salud. Gamboa (2018) señala que esta imagen ha sido también reforzada por el mismo discurso biomédico, así como por los diversos medios de comunicación.

Eva Zafra (2015), por su parte, es una de las autoras que ha abordado también esta problemática desde una perspectiva antropológica mencionando que la delgadez encierra una serie de valores vinculados al “éxito” social en el contexto occidental: “juventud, dinamismo, profesionalidad, responsabilidad, independencia, etc.” (p. 106), por lo que estar “delgado” no solo implica ubicarse lejos del estigma que la gordura implica, sino también ser una persona “trionfadora”.

En el caso de Diana, ella me comentó que la interacción con redes sociales como Tumblr o Twitter durante su adolescencia tuvo un impacto directo en el desarrollo de sus episodios de anorexia y bulimia. Esto debido a la presencia de blogs e imágenes inspiracionales que exaltaban la delgadez extrema y promovían “modas” como el *thigh gap* - adelgazar hasta tener un gran espacio entre los muslos de la pierna -o el tener las clavículas marcadas. Diana recuerda también la presencia de páginas pro-anorexia y bulimia- más conocidas como Ana y Mia - las cuales considera que promovían una “romantización” de estas conductas:

Lo que quería era parecerme a lo que yo consideraba bonito, que era todas estas chicas de Tumblr, que es la red social más tóxica ahora viéndolo en retrospectiva. Yo vivía en Tumblr y en ese momento había un montón de cultura de dieta y esta romantización también de los trastornos mentales. Estaba de moda el *thigh gap*, que se te vieran las clavículas y yo apuntaba a eso. También me acuerdo que en esa época tenía un Twitter y en este Twitter empezaron a salir estas chicas de este tema de Ana y Mía que te daban consejos, que compartían dietas y se motivaban entre ellas. Entonces yo me empecé a meter en ese mundo y lo que quería era llegar a esos estándares (Diana - Entrevista 3)

Como sugiere Deiana (2011), el término “Pro Ana” y “Pro Mia” hace referencia al fenómeno de proliferación de blogs, páginas web y otros espacios digitales caracterizados por la defensa de la anorexia y la bulimia como “estilos de vida”. A

través de estos, las usuarias comparten información como técnicas para adelgazar o vomitar, al mismo tiempo que se desarrolla una dinámica de apoyo mutuo para el intercambio de experiencias entre las jóvenes. La autora plantea que si bien la producción científica sobre este tema se ha centrado en denunciar los efectos perjudiciales de estos espacios sobre la salud de las jóvenes, es importante considerar que estos constituyen también lugares para observar miradas y significados alternativos al discurso biomédico sobre el tema. Lisette Gamboa (2018) menciona que desde la antropología médica, por ejemplo, algunos autores han profundizado en cómo el discurso biomédico y su mirada en torno a la “patología” termina por silenciar los testimonios de las pacientes, y provocando que estas se “rebelen” contra su diagnóstico y defiendan su posición como anoréxicas. Al mismo tiempo, menciona que es importante tener en cuenta que estas páginas constituyen espacios en los que las jóvenes pueden construir redes e intercambiar experiencias que son altamente estigmatizadas y difíciles de abordar en otros espacios.

En esta misma línea, Diana cuenta que en estas páginas las usuarias compartían tips bastante extremos para vomitar o reemplazar comidas- como, por ejemplo, comer algodón o chicle en lugar de alimentos. Ella menciona que estos espacios tenían un carácter aspiracional ya que las usuarias se fijaban metas de peso y compartían referentes del cuerpo que querían llegar a tener, así como fotos de los “avances” que iban teniendo. Diana recuerda también que estos blogs se caracterizaban por tener un estilo bastante estético y “artístico” en las imágenes que compartían, y que las fotos solían acompañarse de collages con referencias a canciones, artistas o series de la época asociados con este “estilo de vida”. Ella cuenta, por ejemplo, que el personaje Cassie de la entonces famosa serie *Skins* era visto como uno de los principales modelos a seguir por sus problemas de anorexia. Además, recuerda que era frecuente encontrar imágenes explícitas de, por ejemplo, drogas o autolesiones, los cuales eran considerados también como parte de esta “estética” inspiracional:

Se etiquetaban a sí mismas como que “soy Ana, soy Mía o soy ambas, peso tanto y mi meta es tanto”. Y a diario tuiteabas fotos de lo que querías llegar a ser, fotos de antes y después, tips para contar calorías, para reemplazar comida, para ocultar el tema a familiares, así. Me acuerdo que decían “si sientes hambre cómete un chicle pero cuida que el chicle no tenga azúcar”.

Hay otras que comían algodón, cosas bien fuertes la verdad. Compartían eso. Había mucho body shaming, un montón (...) Avergonzaban a la gente de su cuerpo, era una comunidad súper tóxica. Me acuerdo que se burlaban, cogían fotos de chicas que estaban gordas, y las posteaban y se burlaban (...) Subían también fotos de ellas mismas si es que veían que estaban progresando. Yo recuerdo que era más que nada aspiracional, fotos de lo que ahorita diríamos aesthetic (...) Me acuerdo de las fotos de las chicas súper flacas, ojeras, fumando, consumiendo drogas. También de la depresión mediante la música. Me acuerdo que en ese momento estaba de moda Lana del Rey, sus letras y también como que muchas chicas las cogían para hacer como collage, edit, fotos en las que ponían eso de caption o ponían la misma foto como parte de la composición y todo era como que alabar a este estilo de vida (...) Había mucho de Skins, de Lana de Rey, de Marina and the Diamonds (Diana - Entrevista 3)

Resulta interesante observar también cómo las dimensiones socioculturales de esta problemática adquieren un lugar central en el relato de Diana ya que mediante el uso de expresiones como “estándares de belleza” o “cultura de dieta” se reconoce el carácter cultural y social de la valoración de la delgadez. Es importante considerar también que las jóvenes se encuentran en una permanente tensión discursiva ya que, como sugiere Gamboa (2018), sus experiencias se encuentran enmarcadas en un contexto que las empuja constantemente a adelgazar pero, al mismo tiempo, medicaliza este tipo de conductas. El mensaje, por lo tanto, es doble: por un lado, la delgadez es promovida como muestra de salud y belleza y, por otro, interpretada como “síntoma” de una “alteración mental” cuando se vuelve excesiva.

3.1.5. Estudios universitarios

Las informantes identifican los estudios universitarios como otro de los principales detonantes y agravantes de malestares emocionales asociados al TLP. En particular, ellas resaltan la carga académica excesiva, y el tener que descuidar ciertas necesidades (sueño, alimentación, entre otros) y áreas de su vida para poder cumplir con la gran cantidad de cursos y trabajos requeridos, como factores que influyeron mucho en el deterioro su salud mental. Las informantes identifican también las dinámicas de competitividad propias de este espacio y el hecho de compararse constantemente con los “logros” académicos y profesionales de sus compañeros como un factor que las llevó a experimentar diversas crisis en lo que respecta a su salud mental. La presión por obtener buenas notas, rendir

adecuadamente, “acumular” logros en su campo de estudios, demostrar “éxito” frente a familiares y compañeros, o graduarse y terminar la carrera en el menor tiempo posible son algunas de las situaciones más descritas.

Como se mencionó en las secciones anteriores, resulta interesante observar que una de las situaciones más descritas por las informantes es el hecho de haber sentido desde muy pequeñas que su valor como personas dependía únicamente de su rendimiento académico y de sus notas, al punto que “fallar” en este ámbito les generaba una angustia excesiva y un sentimiento de “fracaso” e “inutilidad”. Diana, Carolina y Valeria cuentan, por ejemplo, que esta es una sensación que estuvo presente desde su etapa escolar y que, ya en la universidad, se magnificó aún más:

En el colegio siempre estuve en el quinto superior de los primeros puestos. Fui esa persona de las que nunca jaló un curso. Yo no podía sacar menos de 15 porque era sacrilegio. No podía, era como que dejo de ser persona si jalo, básicamente (Carolina - Entrevista 1)

Yo toda mi vida he sido una niña de cuadro de honor y llegando a la universidad lo mismo. Pero en la universidad era ya mucho más obvio que todo ese éxito entre comillas académico se alimentaba de mi salud emocional. Para la última parte de la carrera fue donde ya me vine abajo (...) De ser alumna destacada empecé a pasar los cursos a las justas (...) Siempre estaba este tema de no ser suficiente a nivel académico, de que todo mi valor lo había puesto ahí en lo que lograba a nivel académico (Diana - Entrevista 2)

Ahí fue la raíz de una sobreexigencia y yo empecé a sentir una sobre exigencia sobre mí misma en cómo debía performar académicamente y eso es lo que más recuerdo de mi infancia (Valeria - Entrevista 1)

En el caso de Valeria, ella cuenta que cuando estudiaba ciencias políticas se comparaba constantemente con los “logros” académicos de sus profesores y de otros alumnos, y que esto le generaba mucha ansiedad, inseguridad, sentimientos depresivos e inestabilidad emocional en general ya sentía que no se encontraba al mismo “nivel” que ellos. Ella considera también que el hecho de que su carrera se encontrara muy vinculada al ámbito académico fue algo que influyó mucho en esto ya que cuando ingresaba a redes sociales como LinkedIn y veía los perfiles de sus compañeros o de profesores observaba la gran cantidad de artículos, publicaciones

o participaciones en coloquios que estos realizaban y se sentía incapaz de poder llegar a hacer algo así:

Me asustaba y me empezaba a comparar, veía todas las cosas que ellos habían hecho, veía también el coloquio, las ponencias, veía sus trayectorias y decía yo nunca voy a llegar a esto (Valeria - Entrevista 2)

Sumado a ello, el hecho de ser algunos años mayor que la mayoría de sus compañeros le causaba mucha inseguridad y una sensación de estar “retrasada” en los estudios. Durante su último año de secundaria, Valeria fue internada en un centro psiquiátrico, por lo que pudo prepararse para ingresar a la universidad a los 19 años recién. Durante su carrera, además, ella optó por llevar menos cursos que el promedio o retirarse de algunos de estos por motivos de salud mental. Todo esto hizo que se demorara más en completar los cursos requeridos y se sintiera menos “competente” que el resto de sus compañeros:

Comencé a deprimirme, a sentirme inútil y todo esto afectó mi performance académica que antes había sido perfecta (...) Miraba a mis otros compañeros, estudiaba con gente de 21 años y veía que ellos eran más jóvenes, más inteligentes (Valeria - Entrevista 2)

Diana, por su parte, menciona que la frustración por no poder rendir “apropiadamente” en los estudios es una sensación que ha estado muy presente durante su etapa universitaria. Si bien en un inicio su rendimiento académico era bastante alto, el desgaste progresivo de su salud mental hizo que este se viera muy afectado, especialmente durante sus últimos años de carrera. Diana menciona que esta situación la llevó a experimentar varias crisis ya que el hecho de haber colocado todo su valor como persona en su desempeño académico y sus notas la llevó a sentir que era un “fracaso”. Diana considera que algo que también influyó mucho en esto es también la poca afinidad que tiene con la carrera de arquitectura y con el sistema académico en general, ya que sus habilidades e intereses se encuentran más vinculados al plano artístico y expresivo:

Me frustraba mucho porque ya no rendía de la misma forma y ahí empezaron nuevamente a surgir las autolesiones. Me golpeaba, lloraba un montón y tenía estos subidones de la intensidad de mi ánimo y luego otra vez bajaban, pero

era casi todo relacionado a lo que me pasaba en la universidad (...) Y ya cuando ya se acentuó todo demasiado fue cuando empezó la pandemia. Ahí sí la universidad me generaba ya demasiado estrés, no podía ingresar a clases porque primero ni me daban ganas de pararme, luego cuando entraba a clase tenía tanta ansiedad que me daban ganas de vomitar. Me daba cuenta de que mis intereses no iban por ahí y estaba demasiado cansada de todo el sistema académico. Y pensaba “ok, si no sirvo para esto no sirvo para nada, entonces preferiría morirme”, y empezaba a atacarme a mí misma cuando no me salían las cosas (Diana - Entrevista 2)

Diana menciona que esta situación llegó a un punto máximo cuando, al verse en la imposibilidad de lidiar con la carga académica de un curso, optó por retirarse para no desaprobárselo y experimentó una crisis severa que la llevó a tener dos intentos de suicidio por esto. Ella menciona que esta situación le generó una sensación de “fracaso”, “inutilidad” y “falla” con respecto a los estudios dado que se trataba del último curso que requería aprobar para acabar la universidad y que su egreso se vio retrasado por ello, especialmente en un contexto en el cual comenzó a ver que otras personas de su entorno ya se estaban graduando:

Me quería morir, si no aprobaba me quería morir, si fallaba en el curso me quería morir. De hecho, al menos dos de estos intentos de suicidio fueron originados por el tema académico, de que yo me sentía tan mal, tan mal de no poder responder adecuadamente a las exigencias. Y también vergüenza de qué van a pensar mis papás, de que los estoy decepcionando y yo prefería morirme a tener que enfrentar una falla (...) Me sentí bastante inútil, sobre todo porque empezaba a ver que los demás sí se graduaban. Tengo un primo que me lleva un año que ya estaba con el título y en mi familia lo veían como "uy sí, se tituló". Lo trataban como si fuera lo máximo y yo me sentía súper mal porque decía "pucha, no estoy logrando nada" (...) Me comparaba un montón, un montón y sentía que estaba logrando un montón en cuanto a la ilustración pero necesitaba que alguien más lo reconozca para poder decir "estoy haciendo algo importante" (Diana - Entrevista 2)

Como se observa en los relatos de las jóvenes, esta sensación de “falla” con respecto a los estudios universitarios no es un sentimiento aislado y Carolina comparte esta percepción también. Ella comenta que cuando desaprobó un curso durante el segundo ciclo de carrera producto del deterioro que venía experimentando en su salud mental comenzó a tener crisis muy severas de ansiedad y un sentimiento intenso de “fracaso” por no haber podido cumplir con estas expectativas académicas. Carolina menciona que fue a partir de ese entonces

que comenzó a cortarse cada vez con más frecuencia para aliviar estos episodios de malestar emocional, los cuales estaban directamente vinculados con esta sensación de “falla” en relación a los estudios:

El segundo semestre no podía ni entender lo que leía. Quería tirarme contra la pared a ver si mi cerebro funcionaba y como había aprendido que mi valor es igual a mis notas eso me generaba aún más ansiedad (...) Y jalé un curso, el de historia del Perú y fue un momento en el que se me acabó el mundo. Fue la primera vez en mi vida que jalaba un curso y eso influyó bastante en mi salud mental porque básicamente me dije "no sirves para absolutamente nada por haber jalado el curso". Y se incrementó la cantidad de cortes que me hacía. Era como “no te mereces ni respirar por haber jalado ese curso” (...) Y empecé a tener ataques de ansiedad semanales (Carolina - Entrevista 1)

Por otro lado, me parece importante enfatizar también el impacto de la carga académica excesiva en la salud mental de las jóvenes. Valeria, por ejemplo, cuenta que durante su sexto ciclo comenzó a tener ataques de pánico debido a la cantidad excesiva de trabajos, lecturas y prácticas en su facultad, y a la angustia constante de pensar si lograría cumplir con todo esto a tiempo. Diana y Carolina describen también el desgaste que la carga académica ha significado para ellas a lo largo de su vida universitaria, especialmente en un contexto en el cual su plan de estudios les exigía cumplir con un determinado número de horas de prácticas pre profesionales a la par. En este sentido, ellas vinculan todos estos contextos con el deterioro de su salud mental, y la aparición de emociones y conductas vinculadas al TLP:

Una vez en trabajo grupal sentí que no podía respirar. También no podía dormir de la ansiedad, solo pensaba en los trabajos que tenía que entregar (...) Incluso llegó un punto que me resigné y dije ya no voy a dar los exámenes finales (Valeria - Entrevista 2)

Uno no duerme por terminar los trabajos (...) La carga académica es un montón. Hay semestres que para que termines en cinco años deberías llevar ocho cursos. Y si ves eso en tiempo es imposible. Un ciclo llevé siete cursos y tenía unas ojeras en la cara horribles. Aparte estás todo malhumorado porque no duermes, te hace mal a tu salud mental no dormir y vives estresada porque tienes mil cosas para hacer. Es inhumano. Nadie puede llevar tantos cursos. Y aparte tienes que hacer prácticas (Carolina - Entrevista 4)

Siento que ha significado un gran desgaste todo esto de no dormir, no comer a mis horas, dejar de hacer muchas cosas de una vida social normal para

dedicarme al 100% o lo más que pudiera a la universidad (Diana - Entrevista 1)

Por otro lado, resulta interesante observar cómo determinadas normas y expectativas culturales en torno al trabajo y la productividad influyen también en la medicalización de estos malestares a través del diagnóstico de TLP. Bria Berger (2014) señala cómo determinados tipos “autolesiones”, tales como trabajar en exceso al punto de causar algún daño físico o descuidar necesidades como el sueño o las relaciones interpersonales, no son vistas como comportamientos patológicos en el contexto occidental porque resuenan con valores culturales como el sacrificio personal orientado a la productividad y el logro de metas. En contraste, la autora menciona que acciones como cortarse tienden a ser medicalizadas y calificadas como “síntomas” de una “alteración mental” ya que se interpretan como desviación de estas normas culturales en las que el “self” es valorado por su autonomía, productividad, y su comportamiento dirigido a metas y objetivos. Estas experiencias pueden ser también observadas en los relatos de las jóvenes ya que el hecho de sobre exigirse para poder cumplir con determinadas metas en relación a los estudios- pese a lo perjudicial que esto pueda resultar para su salud física y mental -es una experiencia social y culturalmente “normalizada” e, incluso, celebrada. En contraste, los malestares emocionales producidos por estos contextos- en este caso, por las exigencias académicas propias del espacio universitario -son medicalizados y formulados como síntomas de un “trastorno”.

Finalmente, cabe mencionar el impacto emocional de situaciones como el acoso o la violencia por parte de docentes universitarios hacia sus alumnos. Carolina, por ejemplo, cuenta que ella venía ya experimentando varios cuadros de ansiedad cuando le tocó llevar clases con un docente que tenía diversas denuncias internas por acosar e involucrarse sexualmente con varias de sus alumnas. En este sentido, ella identifica esta situación como uno de los factores que terminó por agravar el estado de su salud mental:

Había bastantes rumores de que el profesor estaba con las alumnas lo que aumentaba digamos el nivel de incomodidad más (...) Sé que al año siguiente lo botaron porque pasó algo con una alumna. Varias personas se quejaron y entonces lo botaron. Pero en ese semestre yo tenía que llevar el curso con él. Entré a una clase y hacía comentarios tan sexistas, tan machistas y tan

homofóbicos y a la vez se comportaba de esa manera que era como dios mío, no voy a poder soportar esto. Entré al salón, pasaron como 10 minutos y hacía chistes que no daban risa porque básicamente era burlándose de las personas gays o burlándose de todos los que estaban presentes. Entonces, el hecho de que alguien se pueda burlar de mí aumentaba mi ansiedad. Y era como que, “me voy a desmayar” y me tuve que ir del salón en un momento porque me empezó a faltar el aire. Entonces decidí retirarme de los cursos de todo el semestre (Carolina - Entrevista 1).

Como se observa en el relato, Carolina menciona que el docente solía realizar también comentarios violentos durante las clases y ridiculizar en ocasiones a sus alumnos. Todo esto incrementó aún más sus cuadros de ansiedad al punto de que ir a clases le comenzó a generar un pánico extremo y se vio en la necesidad de retirarse de todos los cursos del ciclo.

3.1.6. Aborto en contextos de ilegalidad

Además de todas las situaciones anteriormente mencionadas, me parece importante destacar también la relación entre la regulación del aborto en el país y las experiencias de malestar emocional descritas por una de las informantes. Como se mencionó en el capítulo 2, tiempo después de mudarse de la casa de sus padres, Alessandra quedó embarazada de su pareja; sin embargo, debido a factores como su situación económica de ese entonces o la falta de apoyo por parte de su pareja, optó por abortar. Ella menciona que esta situación fue bastante chocante no solo por la interrupción del embarazo en sí, sino también por la ilegalidad y el estigma asociados a estos procesos. Alessandra cuenta, por ejemplo, que tuvo varias dificultades para conseguir los medicamentos necesarios para realizar este procedimiento ya que no los encontraba fácilmente en boticas o farmacias o, de conseguirlos, le pedían una receta médica que se le dificultaba conseguir también. Ella recuerda además que las personas que la atendían la miraban mal cuando preguntaba por las pastillas y que esto le generaba bastante ansiedad también:

Vi el positivo y mi primera reacción no fue caótica o qué voy hacer. Simplemente me puse feliz porque yo sentía que no podía tener hijos desde siempre pero bueno, al parecer sí (...) Y no esperaba que la reacción de mi flaco fuera buena pero ahora me doy cuenta que su reacción me chocó. Me dijo en una "sabes que no podemos tenerlo ¿no?". Y me pareció irresponsable porque es como "oye, tenemos 24 años, ambos tenemos

chamba. Una cosa es que no puedas y otra cosa es que no quieras". En ese momento no se lo conté a nadie porque no sabía qué hacer (...) Eventualmente decidí abortarlo y fue una mierda. Creo que si quitas el trauma de tener que abortar aquí, tal vez no hubiera terminado tan traumada porque tenía que conseguir las pastillas y no conseguíamos en ningún lado o solo te vendían con receta. Para esto te miraban super mal cuando preguntabas, cuando es una pastilla que también se usa para problemas gástricos creo (...) La cosa es que encontré un colectivo por internet de feministas y me ayudaron a conseguir las pastillas (Alessandra - Entrevista 3)

Luego de abortar, Alessandra presentó una complicación de restos embrionarios en el útero, por lo que tuvo que realizarse una serie de exámenes y ser operada de emergencia. Ella recuerda este proceso como una experiencia bastante retraumatizante ya que, en un contexto en el cual abortar resultó de por sí un proceso emocionalmente extenuante para ella, tuvo que explicar repetidas veces la situación a varios especialistas y tener cuidado de no revelar ningún detalle que pudiera dar a entender que el aborto había sido voluntario. Esto debido a la penalización y al contexto de ilegalidad asociados a esta práctica. Sumado a ello, Alessandra cuenta que recibió malos tratos por parte de algunos especialistas que la atendieron y que sospechaban lo que había sucedido, por lo que comenzó a sentir mucho miedo y las crisis de ansiedad que ya venía teniendo se agravaron aún más:

Yo ya sabía que esto había salido mal porque yo estoy metida en el mundo de cosas espirituales y quería despedir al feto de alguna forma. Entonces hice un altar y le puse una rosa blanca. Había comprado dos rosas blancas, una la había dejado en un jarrón con agua y la otra estaba sin agua en el altar que hice. Y me despedí de él o ella y ahí recién tomé las pastillas. Y habían pasado dos semanas creo o una desde que tomé las pastillas y la rosa del altar estaba igualita y la rosa que estaba en el jarrón estaba super mal y dije "creo que algo ha salido mal". Y ese día me empezó a doler el abdomen. Al mes que tomas las pastillas tienes que hacerte otra ecografía para asegurarte de que salió bien y me dijeron que tenía restos. El señor me trató súper mal, para esto. Me dijo "¿qué pastillas has tomado?" y yo como que "nada". Me dijo que le parecía que tenía restos de un aborto y que tenía que ir al ginecólogo pero ahí empecé a tener miedo porque dije si alguien se da cuenta puedo terminar en la cárcel y fingí que no sabía qué estaba pasando (...) Me daba demasiado miedo y hasta ese momento nadie sabía (...) Al final fui al ginecólogo, mis exámenes salieron positivo y fui a emergencia. Le expliqué a la chica de recepción, me ingresaron y ahí era explicarle de nuevo al enfermero, explicarle al médico general, explicarle al otro, le expliqué como a 6 personas todo y me moría de miedo porque no podía equivocarme en nada de la historia. Aparte era retraumatizante todo lo que estaba pasando y tenía que explicarlo un millón de veces (...) De ahí me operaron y me moría de

miedo de que cuando esté con la anestesia diga algo que no debo o despertarme y tener ahí a la policía (Alessandra - Entrevista 3)

En este sentido, considero fundamental resaltar el componente emocional asociado al aborto y, en particular, al aborto en un contexto de ilegalidad. Alessandra recalca que todas estas situaciones- dificultad para conseguir los medicamentos necesarios, malos tratos por parte del personal de salud, falta de apoyo por parte de su pareja, miedo a sufrir algún tipo de consecuencia legal o temor a compartir esta situación con otras personas debido al gran estigma existente -fueron factores que la llevaron a sentirse muy sola durante todo el proceso, y a experimentar crisis de ansiedad, episodios depresivos e, incluso, ideas suicidas también:

No sentí el apoyo de mi flaco y no tenía a nadie más. No le había contado lo que estaba pasando a nadie y como mi flaco también se empezó a alejar y yo tampoco soy de pedir ayuda. Y creo que en ese caso es muy obvio que necesitas ayuda. No sé si yo debí haber pedido ayuda. Yo siento que él debía estar en ese momento ¿entiendes? Tal vez el dolor físico no era tanto pero me sentía muy mal y empecé a tener un episodio depresivo. No me bañaba, no me paraba de mi cama (...) Estaba muy mal. Tenía un amigo que hizo videollamada conmigo por un mes porque tenía demasiadas ideas suicidas. Veía las cortinas de la casa y quería hacerme daño. No podía estar sola (Alessandra - Entrevista 3)

Como sugiere Romero (2002), uno de los mitos más arraigados en el imaginario social es que la mujer que aborta es una persona “insensible” y que toma esta decisión por razones “egoístas”, pese a que para muchas mujeres se trata de una decisión bastante difícil en realidad. Esta situación puede observarse claramente en las experiencias descritas por Alessandra, ya que al malestar emocional producido por la decisión y el proceso de abortar en un contexto de ilegalidad, se suma la angustia de situaciones como tener que lidiar con el estigma, sufrir malos tratos por parte de especialistas o verse limitada de compartir esta experiencia con sus redes de apoyo por el miedo a ser juzgada.

3.1.7. Pandemia de COVID-19

Las informantes identifican también la pandemia de COVID-19 como uno de los contextos que influyó en el deterioro de su salud mental. En el caso de Valeria,

ella cuenta que durante el primer año de pandemia su mamá contrajo el virus y se enfermó gravemente al punto de que casi pierde la vida y tuvo que ser hospitalizada en cuidados intensivos. Si bien luego logró recuperarse por completo y ser dada de alta, esta situación resultó tan traumática para Valeria y su familia que optaron por no volver a salir o salir lo mínimo posible de su casa. En este sentido, Valeria menciona que el hecho de estar aislada durante tanto tiempo y sin tener contacto social con otras personas- en particular, con sus amistades -fue algo que le generó mucha ansiedad y varias sensaciones de malestar emocional en general.

Carolina, por su parte, me contó también que durante la pandemia se vio obligada a convivir varios meses con el esposo de su tía que intentó abusar sexualmente de ella en una ocasión. Esto debido a que cuando se declaró la inmovilización social obligatoria y otras medidas de emergencia- entre ellas, la suspensión de vuelos nacionales e internacionales -se encontraba de viaje hospedada en la casa de su tía en Nueva York y no pudo retornar a Perú. Además, la aerolínea en la cual compró sus pasajes quebró por lo que se vio en la necesidad de quedarse allá por un tiempo indefinido hasta poder retornar. En este sentido, ella menciona que toda esta situación, así como el contexto de miedo e incertidumbre propio de la emergencia sanitaria, afectó mucho su salud mental:

Era una situación tan incierta y no se sabía nada. Me acuerdo que en esa época el vuelo de regreso me lo pusieron primero para mayo, de ahí creo que para julio y después lo suspendieron indefinidamente. Y yo estaba viajando con Avianca y Avianca acá en Perú cerró entonces no tenía cómo regresar (...) Pero sí, convivir con esa persona es bastante difícil. Aunque él casi no paraba en la casa porque trabajaba en una farmacia y tenía turnos a veces de casi 20 horas. También por la pandemia le aumentaban los turnos, entonces casi no estaba pero los días que estaba yo me moría de miedo (...) Además lidiar con la incertidumbre en sí de la pandemia que nos afectó a todos. Y como te digo este señor trabajaba en salud, en la farmacia, y todos los días venía con la cantidad de muertos, con la cantidad de cadáveres que había visto y llegó un momento en que opté por no ver más noticias porque terminaba llorando todos los días con cada cosa que salía (...) Recién pude regresar a Perú en enero del 2021 (Carolina - Entrevista 2)

Otro factor crucial en la historia de vida de Carolina es la muerte de su padre, quien falleció durante la pandemia producto de un infarto repentino cuando ella estaba aún en Nueva York. Su muerte implicó un golpe muy duro para ella no solo

porque en ese momento se encontraba lejos de Lima y no pudo viajar para despedirse, sino también por la relación tan cercana que tuvo siempre con él y la manera en la que este la apoyó en su proceso de recuperación con respecto al TLP y su salud mental en general:

Mi tía me sienta y me dice que mi papá se ha muerto y me pone el celular ahí. Estaban en videollamada y me dice "tienes que despedirte". Y me da el celular y le ponen los audífonos a mi papá como si estuviera en videollamada para que yo me despida de él (...) Cuando te das cuenta que le empiezas a hablar y la persona no te responde el dolor que se siente es horrible (...) Además yo sabía que no podía volver, que pase lo que pase yo me iba a quedar en Nueva York porque era menos de un mes que había empezado la pandemia y las restricciones y todo (...) Al día siguiente lo enterraron y yo recuerdo que no dormí. Me levanté, salí de la cama, me bañé y me cambié, me alisté y hasta me maquillé como si estuviera yendo al entierro y me senté en videollamada. Y cuando acabó, como no había comido casi nada el día anterior ni ese, mi tío me dijo "vamos a comprar algo". Porque nadie cocinaba, nadie tenía fuerzas para nada. Salimos y esto que te dicen que después de una experiencia fuerte la vida se ve distinta, sí... la vida se veía distinta. Sé que suena cliché pero salí y se veía como... ¿has visto como cuando le bajas la saturación a una foto? Se veía así, todo más opaco, sin tanta luz. Yo caminaba pero no sentía que estaba caminando. Sentía que estaba flotando por ahí (Carolina - Entrevista 2)

Alessandra, por su parte, describe también la pandemia como una experiencia que afectó mucho su salud mental. Esto debido a que, como se mencionó anteriormente, cuando se decretó la inmovilización social obligatoria se vio en la necesidad de pasar más tiempo con sus padres en su casa en un contexto en el cual tenía una muy mala relación con ellos. Esta situación se agravó aún más cuando tuvo un intento de suicidio y sufrió algo que ella describe como un encierro involuntario por parte de su psiquiatra, quien ordenó a sus padres no volverla dejar a salir de casa sin previa autorización. En este sentido, ella menciona que estas situaciones incrementaron sus cuadros de ansiedad, depresión e impulsos de consumir pastillas y alcohol:

Yo estaba más tranquila la verdad hasta que llegó la cuarentena. Y bueno, los primeros días tenía miedo porque yo nunca paraba en mi casa. Yo iba a mi casa a dormir, estaba tal vez algunos días pero nunca he estado ahí en sí. Nunca he estado en mi casa y de la nada me encerraron y empecé a tener mucha ansiedad (Alessandra - Entrevista 2)

De esta manera, resulta interesante observar cómo los diversos malestares generados por el propio contexto de pandemia, así como por otros contextos en general (violencia, disfunción familiar, abuso sexual, acoso escolar, estudios universitarios, exigencias en torno a la delgadez, penalización del aborto, entre otros) son medicalizados e interpretados como síntomas de un “trastorno mental” a través del diagnóstico de TLP en las jóvenes. Como sugiere Theidon (2004), es importante tener en cuenta que los diagnósticos psiquiátricos han tendido a “individualizar” el sufrimiento psicológico sin considerar las dimensiones culturales y sociales que atraviesan estas experiencias de malestar emocional. Esto no implica negar los procesos intrapsíquicos de las informantes, sino cuestionar la formulación de estos como psicopatologías individuales intrínsecas a la “personalidad”.

3.2. Signos y manifestaciones de malestar emocional

En los relatos de las jóvenes es posible observar cómo el diagnóstico de TLP no constituye una categoría “aislada” sino, por el contrario, parte de un continuo de múltiples y diversos malestares emocionales relacionados entre sí. En este sentido, si bien existe un conjunto de características típicamente asociadas al TLP es importante enfatizar que estas coexisten también con una diversidad de experiencias como el abuso de sustancias, los “trastornos” de la conducta alimentaria, o los problemas de ansiedad y depresión. Si bien desde los enfoques biomédicos se ha tendido a calificar estas experiencias como “comorbilidades” del “trastorno” (es decir, como patologías independientes que coexisten junto al diagnóstico de TLP), es importante considerar que todas estas etiquetas constituyen formas diferentes de nombrar y categorizar el malestar antes que categorías fijas u “objetivas”. En esta sección se profundizará en cuáles son estos signos y manifestaciones de malestar descritos por las informantes.

3.2.1. Sensibilidad emocional: “lo que sientes tú, yo lo siento por mil”

Una de las experiencias más descritas por las informantes es el hecho de sentir sus emociones con una gran “intensidad”: emociones que se “desbordan”, emociones que se sienten “a flor de piel”, emociones que se disparan “por los cielos”

con una gran facilidad. Diana, por ejemplo, me comentó que una manera práctica que ella tenía para describir el TLP a otras personas era decir “lo que sientes tú, yo lo siento por mil”. El término “crisis” es generalmente utilizado por ellas para referirse al momento en el cual estas emociones- especialmente el miedo, la tristeza o la ira - llegan a un punto muy alto y se vuelven extremadamente difíciles de manejar:

Me desbordo muy fácilmente, cosas pequeñas me desbordan emocionalmente. Mis emociones fluctúan mucho (Valeria - Entrevista 2)

Todo esto ya se había vuelto casi un patrón, ya vivía así. Interdiario lloraba, como que me encendía. Mis emociones subían por los cielos, lloraba, gritaba, me golpeaba y luego me calmaba. Y era super cansado porque más de 10 veces al día me podía pasar eso (Diana - Entrevista 2)

Tienes las emociones más intensas y te demoras más en retornar a la calma. Entonces, cuando hay una emoción fuerte como que se va más arriba y te demoras más en bajar y tienes como más tiempo para que te de una crisis (Carolina - Entrevista 3)

Me desbordaba, me alteraba. Podía estar bien unos días y de la nada explotaba (Alessandra - Entrevista 2)

Las informantes describen esta intensidad emocional como una experiencia bastante agotadora ya que situaciones pequeñas y cotidianas pueden o podían disparar sus emociones a grados extremos y llevarlas a sentir la necesidad de incurrir en conductas de autodaño (como, por ejemplo, la autolesión o el consumo de sustancias) para calmarse. Además, esta inestabilidad se asocia no solo al gran nivel de intensidad con el que se experimentan las emociones sino también a lo cambiantes que estas emociones pueden llegar a ser. Las informantes cuentan que en sus momentos más críticos estos cambios anímicos podían llegar a presentarse todos los días y varias veces al día, incluso, también:

Las emociones intensas es lo que más siento y para mí es muchas veces agotador. Pero siento que sobre todo, dentro de todas las emociones que pueda sentir, las que más intenso siento son la tristeza y la ira. Y estoy tranquila pero si hay una cosa que me activa me disparo a 100. Y después de un ratito, de 5 minutos de haber estado en el tope, bajo a mi neutro. Eso es lo que más identifico en mí (Diana - Entrevista 3)

No obstante, cabe mencionar que los significados asociados a estas experiencias emocionales no necesariamente adquieren una connotación negativa en todos los casos. Si bien todas las informantes reconocen que lidiar con este tipo de emociones ha resultado o resulta una experiencia bastante difícil, algunas de ellas expresan también la manera en la que esto puede asociarse con la presencia de una mayor sensibilidad emocional, y una conexión con su mundo emocional y sensorial en general. En este sentido, algunas enfatizan que esto las conecta mucho con habilidades como, por ejemplo, la capacidad de crear o expresarse a través del arte:

Había una frase “lo que es malo para tu corazón es bueno para tu arte”, y yo escribía un montón (Carolina - Entrevista 4)

Diana, por ejemplo, me comentó que a través de su trabajo como ilustradora ha conocido a diversos artistas y que algo que le llama mucho la atención es la manera en la que casi todos ellos lidian también con algún padecimiento mental. En este sentido, ella recalca que poder relacionarse y estar cerca de personas que tienen su misma sensibilidad emocional y que se expresan a través del arte también es una de las cosas que más la ayudado en su proceso de recuperación con respecto al TLP:

Me parece tan increíble que la mayoría de personas que tenemos algún tema de salud mental terminamos siendo ilustradores, artistas, haciendo cosas muy relacionadas al arte (...) Ahorita yo he empezado a trabajar en proyectos artísticos, más que nada de ilustración, con gente que siento que tienen la misma sensibilidad que yo, que también son ilustradoras, artistas, entonces tienen esta misma sensibilidad. Puedo hablar de temas que sí me tocan y curiosamente tienen también temas relacionados al mío ¿no? depresión, ansiedad. Por casualidad casi todos tenemos algún diagnóstico. En realidad me siento en mi lugar, es algo que no había sentido nunca antes, Me siento comprendida y siento que eso ayuda un montón (Diana - Entrevista 3)

En este sentido, me parece importante reflexionar sobre la manera en la que la “sensibilidad emocional” asociada al TLP adquiere también significados alternativos a la narrativa biomédica sobre el “trastorno”, ya esta no necesariamente es reducida a una mirada patológica sino que aparece una extensión de, por ejemplo, experiencias como la conexión con el mundo emocional a través de la

creación artística. En esta misma línea, es preciso mencionar cómo la clasificación de hasta qué punto la intensidad de una emoción es o no patológica se da también en función a ciertos criterios de “normalidad” determinados por el contexto social y cultural. Shaw y Proctor (2005) sugieren, por ejemplo, que el acto de diagnosticar reside en la autoridad de un especialista para juzgar si las emociones de un paciente son “sanas” o, por el contrario, patológicas e “inapropiadas”. Sin embargo, esta evaluación no es neutral ni “objetiva” ya que se realiza en función a expectativas, y parámetros social y culturalmente contruidos. Mantilla (2011) menciona, por ejemplo, cómo la sociedad occidental se caracteriza por un predominio racionalista que privilegia el control y la razón a la emoción, y que esto se opone radicalmente a la configuración emotiva que presentan los pacientes diagnosticados con TLP: sensibilidad y “descontrol” emocional, expresión del sufrimiento través del cuerpo (autolesión), entre otros.

Andrea Nicki (2001) menciona también cómo esta configuración de “normalidad” en torno a las emociones se encuentra fundada en un imperativo cultural de la “alegría” en el contexto occidental, ya que existe un mandato social de que las personas se muestren siempre “sanas”, “estables”, felices o despreocupadas. Por ello, cuando emociones como la tristeza o el dolor son expresadas tienden a ser minimizadas, censuradas o, en su defecto, abordadas desde una mirada medicalizante. Shaw y Proctor (2005), por su parte, han establecido también una mirada crítica a la medicalización de la “inestabilidad emocional” asociada al TLP explicando que si bien esta tiende a ser clasificada como una respuesta emocional “exagerada” y “anormal”, esta puede resultar totalmente “normal” y entendible si se consideran los contextos de abuso o violencia que muchas personas con este diagnóstico han atravesado.

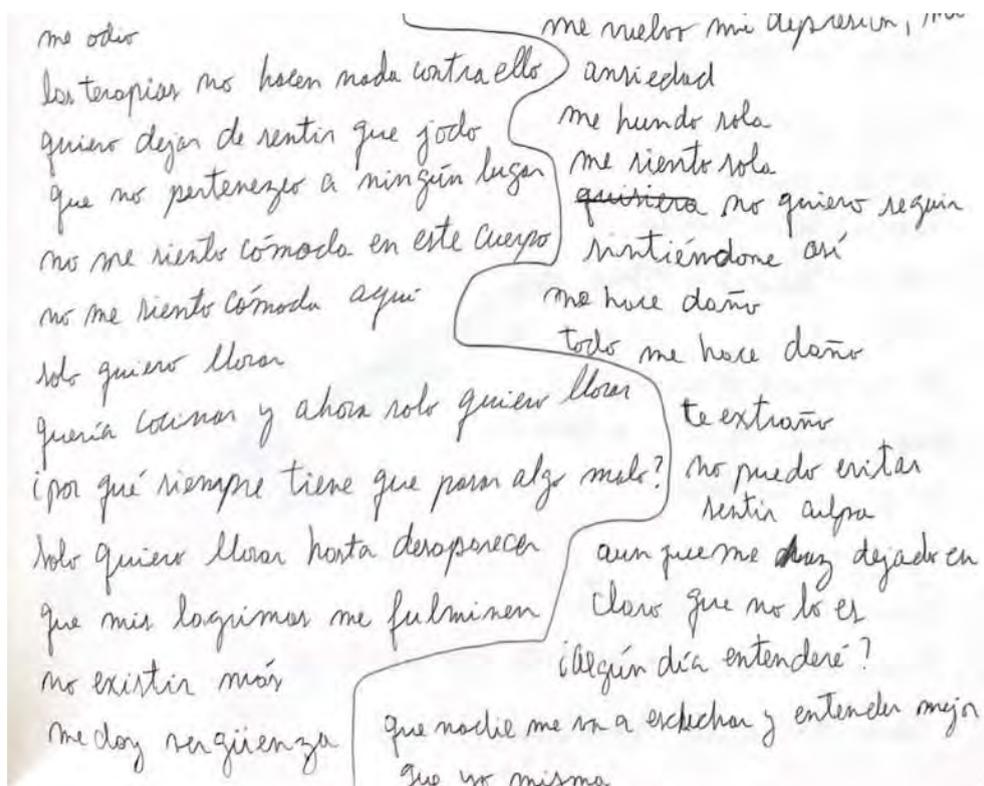
3.2.2. Experiencias de ansiedad y depresión

Las experiencias de ansiedad y depresión son también transversales a las historias de vida de las informantes. Como se mencionó anteriormente, si bien estos malestares suelen ser vistos como diagnósticos psiquiátricos independientes- “trastorno de ansiedad generalizada”, “trastorno de ansiedad social”, “trastorno de

pánico”, “trastorno depresivo mayor”, entre otros - forman, en realidad, parte de un continuo de vivencias, emociones y significados asociados al TLP. Un aspecto resaltante es que antes de ser formalmente diagnosticadas con TLP, todas las informantes recibieron diagnósticos de ansiedad y/o depresión, y actualmente estas experiencias siguen siendo un componente central en sus relatos aún.

Imagen 1

Relato de Alessandra sobre la depresión



Fuente: Trabajo de campo

Las experiencias de ansiedad descritas por las jóvenes son muy diversas pero, por lo general, hacen referencia a una sensación de angustia o miedo extremo. Estas emociones pueden presentarse de diversas maneras: ser detonadas por una situación específica o aparecer de manera repentina a través de ataques de pánico, así como acompañarse de síntomas físicos o dolencias corporales en algunos casos. Las informantes recalcaron haber desarrollado estos cuadros como consecuencia de contextos y eventos angustiantes en su historia de vida que provocaron una gran tensión psicológica en ellas. En el caso de Carolina, por

ejemplo, ella cuenta que si bien ha lidiado con problemas de ansiedad en diferentes contextos y momentos de su vida, recuerda que estos iniciaron durante su etapa escolar y menciona que algo que posiblemente influyó en ello fue el constante miedo que sentía de ser molestada por su peso en el colegio:

Yo desarrollé ansiedad porque cuando ibas al colegio te medían y te pesaban el primer día de clases. Había veces que me daba náuseas y me iba al tóxico solo porque había clases de educación física después. Y después me dijeron que lo que me daban eran cuadros de ansiedad (Carolina - Entrevista 4)

Durante su último año de secundaria, Carolina experimentó por primera vez una crisis de ansiedad. Ella menciona que estas crisis comenzaron a presentarse cada vez con más frecuencia, al punto de que continuaron en etapas posteriores de su vida como, por ejemplo, cuando ingresó a la academia o se encontraba ya en la universidad:

En quinto me dio el primer ataque de pánico o ansiedad. Yo no sabía lo que estaba pasando pero estaba en clase y me dio ganas de ir al baño y de vomitar a la vez. Y dije dios mío, me ha pasado algo y pedí permiso para ir al baño. Me fui al baño y no me acuerdo de nada más. Solo que estaba sentada en la escalera, se me caían las lágrimas y no veía bien. Mi amigo me estaba hablando y no sé cómo me calmó y me llevó al tóxico del colegio (...) Era algo que nunca había experimentado. Y tenía miedo de que vuelva a pasar y decía "me va a volver a pasar en clase y todo el mundo me va a quedar mirando". Entonces, empecé a inventarme cosas para faltar al colegio y después de eso mi papá me iba a recoger interdiario al colegio porque me inventaba veinte mil males (...) Fue tan fuerte que de ahí cuando iba a la academia por momentos me salía de clases porque no podía respirar. Sentía que me iba a pasar lo mismo y eso hacía que empiece a hiperventilar y no podía respirar. Sentía que me faltaba el aire y me iba al patiecito un rato o me iba al baño y me escondía ahí (Carolina - Entrevista 1)

Diana, por su parte, cuenta también que desde muy joven ha lidiado con diversos problemas de ansiedad y recuerda su etapa universitaria como una de las épocas en la que más crisis de ansiedad presentó. Diana menciona que estos episodios podían presentarse con síntomas físicos como, por ejemplo, agitación, ganas repentinas de vomitar o también a través de una "hipersensibilidad sensorial" en la que estímulos externos- como, por ejemplo, ciertos ruidos o sonidos - se amplificaban, y le generaban una sensación de pánico y angustia extrema:

Eran ataques de ansiedad y también ataques de pánico. Le prestaba demasiada atención a todos los estímulos de mi alrededor y si escuchaba el reloj o que golpeaban la mesa con el lapicero o las botellas de plástico sonar, cositas así insignificantes, me empezaba a desesperar (Diana - Entrevista 1)

Alessandra, por su lado, me comentó también que a lo largo de su vida ha experimentado varios problemas de ansiedad y que en años previos este estado generalizado de miedo podía llegar a presentarse a través de sensaciones físicas bastante extremas como temblores, hormigueos o alteraciones del tacto. Ella menciona que muchas veces llegó, incluso, a confundir estos episodios con síntomas de alguna enfermedad física debido a la severidad de estos cuadros:

Tenía esto de que me temblaban las manos. Ahorita ya no me tiemblan pero en esa época me temblaban bastante. Ya en 2018 un día me desperté y sentía un hormigueo en la mitad de la cara. Fui al espejo y no me acuerdo exactamente que fue lo que vi pero tenía la mitad de la cara rara (...) Y sentía este hormigueo y me empezó a quemar la cara. Entonces le dije a unos amigos de la universidad y un amigo me dijo como que oye a mi ex le dio parálisis facial por estrés, mejor anda al doctor. Entonces fui a emergencias, me hicieron pruebas y me dijeron que vaya a un neuropsiquiatra (Alessandra - Entrevista 1)

Alessandra cuenta también que otra de las áreas en las que se manifiestan estos episodios de ansiedad es a través de la interacción social, ya que interactuar con otras personas es algo que le genera mucho malestar y angustia en general:

Salí con mi flaco y sus amigos, y no pude decir ni una sola palabra. No era que no quisiera, simplemente estaba demasiado ansiosa (...) Tengo muchos problemas para sociabilizar, pero muchos. Siempre me ha pasado que si estoy con un grupo de gente no puedo hablar a menos que me ponga a tomar o algo así, sino no puedo decir nada (Alessandra - Entrevista 4)

En cuanto a las experiencias de depresión relatadas por las jóvenes, estas suelen hacer referencia a una sensación extrema y persistente de apatía, vacío, desgano, desesperanza, desmotivación y soledad. Alessandra, por ejemplo, menciona que estos episodios comenzaron a presentarse cuando era niña luego de sufrir el episodio de abuso sexual. Ella recuerda que la intensidad de estas emociones la llevó a descuidar ciertas necesidades básicas como, por ejemplo, su propia higiene o su alimentación debido al desinterés generalizado que tenía:

A veces yo estaba almorzando y me echaba en la mesa y me quedaba dormida mientras comía. Y no es normal que le pase eso a un niño. Y yo siempre tenía insomnio. No dormía de noche y pensaba que eso era lo normal (...) También había una época que me sentía mal y no me bañaba. No sé cómo no se daban cuenta de eso en la escuela porque te juro que me podía bañar una vez a la semana. Pero era porque estaba deprimida (Alessandra - Entrevista 1)

No me paraba de mi cama para nada. A veces no iba al colegio, luego a veces llegaba tarde porque me daba igual. Creo que entrábamos 7:30 y a veces llegaba a las 9 de la mañana. Pero como toda la vida había sido de buenas notas en conducta y en responsabilidad en casi todo, pasé normal (Alessandra - Entrevista 1)

Por su parte, Valeria y Carolina mencionaron también que la depresión ha sido algo constante en su vida desde pequeñas. Si bien ellas asocian esto con el hecho de haber tenido una mayor sensibilidad emocional desde niñas, ambas identifican el acoso escolar por su peso y su cuerpo como un detonante clave de estos malestares emocionales. Ellas recalcan que estas experiencias generaron en ellas sentimientos de tristeza, inseguridad, vacío, soledad y una sensación de ser menos valiosas que los demás en general:

La depresión, suena horrible, pero ha sido constante en toda mi vida. Desde pequeña, desde que tenía 10 años más o menos, siempre me sentía distinta. Y puede ser porque me hacían bullying por mi peso y todo eso afectó un montón (...) Después pasando el tiempo, ese constante sentimiento de soledad y de vacío que tenía, yo decía, no todo el mundo se siente así. Me daba cuenta que no todo el mundo se siente mal todo el tiempo (...) Tenía que ver bastante el trauma que tenía por el peso. Porque yo dejé de ir a fiestas porque decía “¿qué me voy a poner?”. Me alejé de bastantes cosas. Salía con mis amigas pero me sentía obligada a salir con ellas (Carolina - Entrevista 4)

Yo he sido una niña particularmente sensible desde chiquita. De hecho por eso mi primer diagnóstico de depresión o distimia fue a los 11 años. Bueno también por el entorno que me había invalidado diciéndome: “eres gorda, vales menos que los demás” (...) Y sí, he sido una niña sensible desde chiquita y con un diagnóstico de depresión desde niña (Valeria - Entrevista 1)

Como se mencionó anteriormente, es importante considerar que si bien los diagnósticos psiquiátricos asociados a estas experiencias tienden a ser reducidos a la categoría de “comorbilidades” por parte de los enfoques biomédicos, esta clasificación no considera la manera en la que el entendimiento de estas

experiencias no puede ser reducido a una “acumulación” de etiquetas diagnósticas, ya que estas forman parte de un continuo formas muy diversas en las que se expresa y manifiesta el malestar emocional.

3.2.3. La disociación y el “olvido”

Otro de los “síntomas” más comúnmente asociados al TLP son las experiencias de disociación, las cuales están presentes en las historias de vida de las informantes también. Como se mencionó en las secciones anteriores, la disociación constituye un término clínico utilizado para hacer referencia a un espectro amplio de experiencias psicológicas que van desde la desconexión emocional temporal hasta la aparición de “lagunas mentales” durante horas o días. En el caso de Alessandra, por ejemplo, ella identifica que la manera en la que la disociación tiende a manifestarse en ella es a través de una sensación de “irrealidad”. Ella describe esto como una experiencia en la que siente que “nada es real” o que se encuentra dentro de un “sueño”, y esto la puede llevar a aislarse, desconectarse de sus emociones, y sentirse “nublada” y “fuera de la realidad” durante varias horas o días:

Siento que me voy, como que mi mente se va a otro lado y empiezo a actuar de manera inconsciente. Como que me siento fuera de la realidad (...) Estoy muy ida. Parezco un fantasma, un muerto y empiezo a alejarme de todos (...) La última vez que me pasó eso fue hace dos días y me di cuenta que me estaba yendo y pude parar lo que estaba haciendo y volver a mí. Creo que estoy aprendiendo a manejar mejor esas cosas (Alessandra - Entrevista 4)

Alessandra menciona que este estado ha llegado en ocasiones a agravarse al punto de llegar a desconectarse por completo de la realidad y tener “lagunas mentales”, es decir, episodios de amnesia temporal en los que pierde repentinamente la memoria. Esto la ha llevado a tener pérdidas de memoria como, por ejemplo, estar en un lugar y luego aparecer en otro sin saber cómo llegó ahí, motivo por el cual muchas veces ha tenido miedo de desorientarse al manejar un auto o salir sola a la calle. Sin embargo, ella recalca también que esto ya no le

ocurre con tanta frecuencia como antes y que actualmente tiene más herramientas para manejar este tipo de situaciones.

Cabe resaltar también que tanto Diana como Alessandra mencionaron haber experimentado una forma severa de disociación con respecto a los episodios de abuso sexual que sufrieron en su infancia. Esto debido a que estos episodios fueron bloqueados de su memoria por varios años y pudieron recordarlos recién a partir de su adultez. En el caso de Alessandra, ella establece una relación entre la disociación y este tipo de vivencias ya que considera que esta sería una respuesta psicológica a experiencias traumáticas, y un intento de la mente por suprimir y olvidar memorias dolorosas, así como otras situaciones de gran malestar psíquico en general.

3.2.4. La autolesión como práctica de alivio y regulación emocional

La autolesión es una experiencia típicamente asociada al TLP y transversal a las historias de las jóvenes también. En los relatos de las informantes, la autolesión está generalmente vinculada con la acción de realizarse cortes en la piel y, en ocasiones, con golpearse a sí mismas durante episodios de crisis. Rebeca Lester (2013) es una de las antropólogas que ha abordado este tema planteando que, si bien desde los enfoques biomédicos se ha tendido a patologizar estos comportamientos, es importante considerar que la autolesión y otros síntomas asociados al TLP constituyen estrategias de supervivencia orientadas a proporcionar alivio ante estados de sufrimiento psicológico extremo. La autora plantea que este tipo de conductas tienden a ser malinterpretadas en el contexto clínico ya que, lejos de considerarse la función que estas pueden haber tenido en la historia de vida del paciente, se medicalizan e interpretan como “síntomas” de un “desorden de la personalidad”.

Adler y Adler (2007) mencionan también que por mucho tiempo las autolesiones fueron consideradas como “intentos de suicidio”; sin embargo, muchas investigaciones coinciden actualmente en que estas constituyen una forma de disminuir la tensión y proporcionar un alivio temporal ante estados de malestar

psíquico extremo tales como ansiedad, pensamientos obsesivos, cambios intensos en el estado anímico, depresión, disociación, sensación de soledad, entre otros. En esta misma línea, Bonnie Burstow (1992) plantea que- contrariamente a lo que parece la autolesión es, ante todo, una “manera de vivir” ya que proporciona a muchas personas una manera de mantenerse con vida y hacer más tolerable el dolor emocional en su día a día. Como propone Mantilla (2011), desde un análisis del cuerpo es posible observar también cómo las emociones se alojan en el cuerpo y se expresan a través de diversas actitudes y formas de posicionarlo en el espacio. La autolesión, en este sentido, se constituye también como una forma corporificada de expresar el padecimiento y, por lo tanto, como una práctica de alivio, regulación y expresión emocional.

En el caso de las informantes, ellas identifican también la autolesión como una práctica que les ha permitido lidiar con diversas sensaciones de malestar emocional y obtener un alivio inmediato en momentos de crisis. En el caso de Carolina, por ejemplo, ella cuenta que cortarse fue la única manera que encontró para calmarse cuando tenía crisis de ansiedad, especialmente considerando que estos cuadros eran muy severos y comenzaron a presentarse con mucha frecuencia al punto de dificultar su día a día y su traslado a la universidad:

El hecho de subirme a un micro para ir desde Los Olivos hasta la Universidad de Lima que es como una hora, era como "me voy a desmayar, algo me va a pasar y me voy a morir". Y en esa época tenía navajas en mi billetera. Incluso cuando ya supuestamente empecé a estar mejor y llevar terapia y todo eso, la tenía por si acaso. Lo único que me calmaba era cortarme, era lo único que me podía tranquilizar (Carolina - Entrevista 1)

Valeria, por su parte, me comentó que ella solía también recurrir a los cortes cuando experimentaba emociones muy fuertes y dolorosas, al punto de que en una ocasión llegó a necesitar suero y asistencia médica por esto. En su relato, ella asocia la autolesión con el hecho de obtener un alivio rápido e instantáneo ya que el hecho de concentrarse en este dolor físico la ayudaba a hacer más tolerable el dolor emocional. Como sugieren Adler y Adler (2007), la autolesión provee una sensación de control que reconfirma la presencia del cuerpo, adormece los sentimientos y convierte el sufrimiento psicológico en un dolor físico manejable. Valeria me comentó

también que hasta hace algunos años, cuando sentía que había defraudado sus propias expectativas o las de otros, solía autolesionarse como una manera de “castigarse” a sí misma por no haber podido cumplir con ciertas exigencias:

Los cortes fue algo que empecé a hacer a los 14 años. De hecho era una manera de castigarme. Por ejemplo, no sacaba una buena nota en un examen y me cortaba. Pero al mismo tiempo sentía que aparte de castigarme me daba un alivio abrirme el brazo. Me daba como un rush y me hacia concentrarme mucho en el dolor físico en vez del dolor de la frustración que sentía, de que había hecho algo que no había cumplido mis expectativas o las expectativas de los otros. Y yo de hecho me repetía muchas veces cuando era chiquita: “yo no quiero matarme, yo no estoy haciendo esto para matarme, yo estoy haciendo esto para sobrevivir, hago esto para poder lidiar con el dolor”. Por eso recuerdo que una vez una amiga me dijo “¿por qué no te cortas en vertical?” y fue como “porque no me quiero matar, solo estoy haciéndome cortes para lidiar con el dolor y frustración”. Sentía que lo merecía y al mismo tiempo me daba mucho alivio hacerlo (Valeria - Entrevista 4)

En este sentido, me parece importante prestar atención al componente de castigo en torno a la autolesión. Al igual que en el caso de Valeria, Diana me comentó también que una de las situaciones que más episodios de autolesión ha detonado en ella es la sensación de “falla” por no haber podido cumplir con determinadas expectativas, en particular, expectativas en torno a los estudios, tales como tener un buen rendimiento académico o graduarse antes de cierta edad. En esta misma línea, ella identifica también ciertas actitudes de sus padres- como, por ejemplo, el hecho de que no vean su trabajo como ilustradora como un trabajo “serio” o que minimicen estas experiencias de malestar emocional e incluso la culpabilicen por esto - como otro de los grandes detonantes para incurrir en este tipo de conductas:

Cuando he sentido un dolor emocional tan intenso o he sentido esta necesidad de castigo porque siento que he hecho algo muy mal o que le he hecho mucho daño a alguien, eso es lo que usualmente me lleva a hacerme daño. De hecho, una situación muy recurrente es cuando alguien me hace sentir mal a mí, sobre todo mis papás, cuando me hacen sentir como que lo que hago no tiene sentido o que soy una persona que no piensa en los demás, que soy mala o temas así, eso ha sido lo que me ha disparado. La percepción negativa de otra persona sobre mí ha sido lo que ha hecho que

llegue a pensar "ok, si esta persona te ve así, entonces debe ser cierto y sí es cierto no mereces estar aquí", entonces me castigo (Diana - Entrevista 4)

Como se mencionó en las secciones anteriores, Diana identifica también la autolesión como una interiorización de la violencia familiar ya que, si bien su padre ya no la castiga físicamente, ella siente que esto generó en ella necesidad de "castigarse" físicamente a sí misma cada vez que siente haber hecho algo "malo". Por su parte, Alessandra mencionó también haber tenido algunos episodios de autolesión en los cuales se golpeaba a sí misma cuando experimentaba emociones muy extremas. Ella menciona que los detonantes de estas situaciones eran, por lo general, problemas o conflictos con sus padres:

Un día me estaba peleando con mi mamá en la cocina y, no sé, en esa época pensaba "si ellos piensan que estoy loca les voy a demostrar que estoy loca". No sé por dónde pensaba que esa lógica funcionaba, pero me acuerdo que me empecé a pelear con ella y me desesperé tanto que me empecé a golpear la cabeza contra un mueble de la cocina y luego me fui a mi cuarto. Y justo antes de la cuarentena había ido a la playa con una amiga y había recogido rocas. Entonces, tenía unas rocas encima de una tele antigua que había pintado y le empecé a tirar las rocas al televisor hasta que eventualmente me calmé. No sé porque hice eso, estaba fuera de mí y estaba con síndrome de abstinencia supongo (Alessandra - Entrevista 2)

Como se observa en los relatos de las jóvenes, las experiencias de autolesión pueden tomar diversas formas; sin embargo, estas se constituyen en todos los casos como un mecanismo de alivio rápido e instantáneo ante emociones extremas o una forma de castigarse a sí mismas por no poder cumplir determinadas expectativas en ciertos casos también. En este sentido, es importante considerar que el discurso biomédico presenta también una serie de limitaciones para abordar la autolesión ya que los sentidos y significados que esta puede tener para las jóvenes, así como los contextos en los cuales se lleva a cabo, quedan desdibujados cuando se reduce estas conductas a la categoría de "síntomas" del "trastorno".

3.2.5. El TLP y la sexualidad

Otro de los "síntomas" más frecuentemente asociados con el TLP es la presencia de conductas "impulsivas" y de "riesgo" en el plano sexual. Informantes

como Valeria, expresaron también haber lidiado con algunas de estas conductas en el pasado. En este sentido, ella menciona que durante sus primeros años de universidad tuvo una serie de conductas problemáticas con el sexo que la llevaron a buscar tener relaciones sexuales de manera “compulsiva” con varias personas. Ella señala que esto era algo que le resultaba muy difícil de controlar e incluso muchas veces podía llegar a poner en riesgo su salud teniendo, por ejemplo, relaciones sin ningún tipo de protección contra infecciones de transmisión sexual.

No obstante, me parece importante reflexionar sobre la relación entre el diagnóstico de TLP, y ciertas normas y concepciones socioculturales occidentales en torno a la “feminidad”. En su trabajo sobre imágenes de género en la construcción de diagnósticos psiquiátricos, María Jimena Mantilla (2015) retoma las discusiones planteadas por Shaw y Proctor (2005), quienes cuestionan la aparente “objetividad científica” del “trastorno” destacando cómo los estereotipos de género presentes en los profesionales de salud mental influyen en la asignación de este diagnóstico en mujeres. La autora enfatiza cómo las mujeres que no cumplen con las expectativas de género socialmente esperadas- por ejemplo, aquellas que tienen múltiples parejas sexuales -serían más proclives a recibir el diagnóstico de TLP. La autora resalta cómo desde la psiquiatría se ha tendido a clasificar como patológicas aquellas conductas que socialmente son consideradas negativas, y cómo el diagnóstico de TLP ha tendido a ser atribuido a mujeres- en particular, a mujeres de clase media- que expresan una “irrupción” con estos roles femeninos. Como sugiere Rebeca Lester (2013), resulta interesante observar cómo ciertas conductas- como, por ejemplo, el sexo casual- tienden a ser medicalizadas y más comúnmente etiquetadas de “impulsivas” en mujeres, mientras que en los hombres son, frecuentemente, normalizadas o incluso celebradas.

Al mismo tiempo, me parece importante reflexionar sobre la manera en la que, tal como mencionó Valeria, estas conductas en el plano sexual estuvieron también vinculadas con una búsqueda de aceptación y validación social, y con el deseo de ser “normal” y “encajar” en un contexto en el cual venía de experimentar diversas experiencias que afectaron su autoimagen: sentirse una niña tímida y con gustos “diferentes”, sufrir acoso escolar por su cuerpo, no salir con chicos durante su

adolescencia por miedo a no ser querida o sexualmente “deseada” por su peso, o ser internada en una clínica psiquiátrica y ver parte de esta etapa de su vida interrumpida:

Yo sentía mucho auto odio por ser una niña gordita porque me habían hecho creer que era algo negativo ser alguien gorda y como las niñas populares del colegio eran todas niñas delgadas como muy bonitas, yo sentía que si por lo menos era delgada podría ser aceptada (...) Y de hecho yo no salí con ningún chico hasta después del colegio porque tenía un auto concepto de que los hombres no me deseaban (Valeria - Entrevista 4)

Yo era una niña tímida, era una niña medio cerrada, en verdad. Mientras mi hermana a sus 13 años creo que tuvo su primera vez, que en verdad es super joven, yo a los 13 años era una lectora super ñoña, amaba leer libros, era Otaku. Literalmente era Otaku, vivía en Arenales (...) Y tenía mi grupo de amigas ñoñas, éramos las ñoñas del salón. Y me llegaban las chicas populares, pero yo estaba feliz con tener mi grupo de amigas. Íbamos al mall, a comer, a nuestros cumpleaños, nos llevábamos de lujo. Pero sí sufrí bullying también en mi adolescencia (Valeria - Entrevista 1)

En este sentido, considero importante reflexionar sobre cómo muchas de estas conductas pueden estar también vinculadas con experiencias como el acoso escolar o determinadas valoraciones socioculturales en torno a la delgadez y el cuerpo femenino, ya que estas experiencias afectan también la autoimagen de las informantes y se expresan en diversas áreas de su vida como, por ejemplo, la sexualidad.

3.2.6. Abuso de sustancias y adicciones

Algunas de las informantes mencionaron también haber lidiado con episodios de abuso y adicciones a sustancias. En el caso de Valeria, por ejemplo, ella me comentó que cuando salió del internamiento psiquiátrico en el que estuvo por varios meses debido a sus problemas de anorexia y bulimia, se sentía física y emocionalmente muy desconectada por la gran cantidad de fármacos sedantes que había recibido. Sin embargo, poco a poco retomó el contacto con sus amigos y comenzó a salir cada vez con más frecuencia, y fue en este contexto que comenzó a probar algunas drogas y a consumir alcohol en grandes cantidades también:

Por un tiempo yo estaba muy triste. Por un tiempo yo no funcionaba, estaba como muy desconectada. Y luego empiezo a ver a mis amigos de nuevo, a salir, ir a bares y empiezo a desarrollar un tema con el alcohol y empiezo a consumir marihuana, empiezo a probar otras drogas y me pego un poco con el alcohol, con la marihuana (...) Después entro a la academia y sigo con este tema de las salidas y todo esto. Obviamente no ingreso porque estaba drogándome y tomando (Valeria - Entrevista 1)

Valeria me recalcó también que para ella el consumo no representa algo perjudicial en sí mismo ya que actualmente se encuentra emocionalmente más estable y consume aún alcohol o marihuana de manera social y ocasional. Sin embargo, el problema para ella reside en el abuso desmedido que tuvo en el pasado con estas sustancias y que la llevó a extremos como, por ejemplo, tener que ser llevada a un hospital tras ingerir grandes cantidades de alcohol en una ocasión:

Me internaron, me llevaron al hospital porque estaba muy borracha. No recuerdo bien que hicieron, solo recuerdo que estuve ahí porque me puse tan mal que tuvieron que llevarme a poner suero (Valeria - Entrevista 4)

Cuando le pregunté a Valeria qué era lo que consideraba que la había llevado a tener este tipo de conductas, me dijo que como durante esta época se había dejado de cortar, el consumo fue posiblemente otra manera que encontró de lidiar con sus emociones en ausencia de la autolesión. Sin embargo, Valeria me comentó también que estos episodios no surgieron tanto como un mecanismo para aliviar emociones “intensas”, sino que empezaron, principalmente, por un deseo de ser “normal” y encajar ya que ella sentía que no había vivido ciertas cosas “propias” de su edad- como, por ejemplo, ir a fiestas, salir, tomar o tener pareja. Esto especialmente en un contexto en el cual venía de atravesar experiencias de acoso escolar y muchas de sus vivencias se vieron interrumpidas por ser internada en una clínica psiquiátrica durante su último año de secundaria, tiempo en el cual- como se mencionó anteriormente- recibió dosis bastante elevadas de psicofármacos que la mantenían en un estado permanente de sedación y desconexión:

Yo creo que todo empezó porque yo quería ser entre comillas ser normal. Yo de chiquita no salía. La primera vez que salí fue a los 17 años, mi primer beso a los 19 y todo empezó con que yo quería ser “cool” y como en ese entonces me había dejado de cortar creo que encontré otra manera de cómo lidiar con

eso y bebía, por ejemplo, en mi casa. Me termine creo que dos vinos mis papas no entiendo como no se daban cuenta si yo robaba de la reserva de vinos para tomar solo porque no sabía cómo lidiar con el aburrimiento, ni siquiera era por emociones fuertes solo no sabía cómo quedarme quieta y había normalizado que beber era lo que yo tenía que hacer a esa edad (Valeria - Entrevista 4)

Alessandra, por su parte, me comentó también sobre sus experiencias en torno al abuso de sustancias, y su adicción hacia las benzodiazepinas y el alcohol. Ella recuerda que sus problemas con el alcohol comenzaron cuando estaba en una relación de pareja en la que era psicológicamente violentada. Fue en este contexto que cada vez que sufría algún tipo de agresión tomaba en grandes cantidades para aliviar su malestar. Sin embargo, esta conducta persistió aún cuando terminó con su enamorada y, con el paso del tiempo, comenzó a tomar de manera cada vez más compulsiva y a depender del alcohol para sobrellevar su día a día. Ella menciona que esta situación llegó al punto de ocasionarle problemas con su familia, ya que muchas veces sus padres o su abuela la encontraban en estado de ebriedad en su casa o, incluso, en una ocasión acudió a una sesión de terapia psicológica así:

Fue el cumpleaños de mi abuelo. Es el 25 de mayo y estaba borrachísima. Como te explico que tenía sesión con la psicóloga, y entré a la sesión y estaba borracha. Mi psicóloga no me quiso atender. Ah, y yo nunca tomo gaseosa. Es bien raro que yo tome gaseosa entonces mi mamá se dio cuenta que yo paraba tomando gaseosa y le pareció raro. La cosa es que un día entra a mi cuarto, no sé si tomó de mi vaso o si yo tenía el vodka ahí pero nos empezamos a pelear y me botó el vodka. Me sentí mal y me acuerdo que bajé a donde mi abuela llorando porque me había botado mi vodka y mi abuela se quedó en shock porque en mi familia, en la familia de mi mamá, en cada generación hay un alcohólico y varios han fallecido de eso, inclusive drogadictos. Mi tío simplemente me dijo "entiende a tú mamá" y trataba de calmarme. En ese momento no me daba cuenta de las cosas pero ahora veo y es como ala, que mierda haberle hecho eso a mi abuela. Y no recuerdo si fue ese día pero me acuerdo que una vez me revisaron todo el cuarto (Alessandra - Entrevista 1)

Paralelamente, Alessandra desarrolló también una adicción al alprazolam, un medicamento psiquiátrico perteneciente a la familia de las benzodiazepinas utilizado para tratar problemas de ansiedad. No obstante, un punto que ella me recalcó mucho fue que desarrolló esta adicción a raíz de acudir a una consulta psiquiátrica,

evento que resumió con la frase “buscaba curarme y terminé peor”. Alessandra me comentó que su psiquiatra de ese entonces le recetó estas pastillas y le indicó consumirlas cada vez que tuviera una crisis de ansiedad sin informarle sobre el efecto adictivo que estas provocaban. Por esta razón, rápidamente comenzó a desarrollar una dependencia física severa hacia estos medicamentos y a requerir dosis cada vez más elevadas de estos para funcionar en su día a día:

Me metía las pepas en clase, me quedaba zombie en clase (...) Me acuerdo que inclusive manejaba así a la universidad. Un día bajé al sótano, abro la puerta del carro, me iba a sentar en el asiento y me caí al piso porque según yo me estaba sentando en el asiento. En esa época no tomaba tanto, pero técnicamente lo reemplacé con las pastillas (Alessandra - Entrevista 1)

Alessandra me comentó también que todos estos episodios se agravaron luego de la muerte de su abuelo dado que, antes de tomar consciencia del abuso sexual, lo consideraba como un padre y su muerte implicó un gran golpe emocional para ella. Ella recuerda que en una ocasión, por ejemplo, llegó a tomar varias pastillas de alprazolam al punto que se desvaneció y tuvo que ser ingresada por emergencia a una clínica. Si bien en esa oportunidad no tuvo como objetivo acabar con su vida, sentía que no quería estar “despierta” y que la sedación que le causaban las pastillas la ayudaba a sobrellevar el dolor emocional que sentía:

Entro y estaban doblando las invitaciones para la misa de un mes y yo me puse mal y me fui al baño. Y luego fui y me senté en la mesa y todos estaban hablando y yo empecé a cabecear, o sea, me estaba durmiendo. Pero no era que me estaba durmiendo por sueño sino era que era por las pastillas que me había tomado. Estaba en otra y les dije que me había tomado las pastillas y me llevaron a emergencia. No sé qué me hicieron, creo que me pusieron suero y me las quitaron. Tenía todas las pastillas en un frasco. Eran las mismas pastillas que me habían dado que aún me quedaban porque me dieron como 200 pastillas. Y las había puesto todas en un frasco, no las tenía en blíster y mi papá me los quitó (Alessandra - Entrevista 2)

Durante los primeros meses de la pandemia, estas conductas se agravaron aún más producto de la inmovilización social obligatoria y el hecho de sentirse “encerrada” en su casa en un contexto en el cual tenía una muy mala relación con

sus padres. Todo le detonó crisis constantes que buscaba aliviar tomando o consumiendo estos medicamentos. Ella me comenta que durante esta etapa llegó, inclusive, a falsificar recetas médicas para comprar pastillas y guardarlas en lugares escondidos de cuarto para evitar que sus padres se las pudieran quitar. Como se mencionó anteriormente, durante esta época, Alessandra tuvo un intento de suicidio tras lo cual su psiquiatra ordenó a sus padres no dejarla salir de su casa. Sin embargo, ella considera que esta medida, lejos de ayudarla, la llevó a tener impulsos aún más fuertes de consumir debido al malestar que el encierro le generaba:

Empecé a tomarme un vino y luego ya tomaba más. Ya no solo vino sino me compraba un ron, me compraba un vodka y me tomaba como una botella al día. Abril y mayo, ahí fue que empecé a aumentar gradualmente lo que tomaba y un día estaba paseando a mi perro y miro al piso y encuentro un blister de alprazolam. Y dije "eso es alprazolam" y lo recogí, y me lo tomé, y fue como si prendieras algo en mí. Era como que necesitaba más pero no sabía dónde conseguir. Creo que hay gente que lo vende por lo bajo, pero yo nunca lo he comprado así. O sea, si yo empecé a tomar eso fue por algo mal recetado por un doctor. No es como que yo lo haya buscado ¿entiendes? No es que yo haya ido a una fiesta y haya terminado en eso. O sea, buscaba curarme y terminé peor. Entonces, dije qué hago, no sabía dónde conseguir. Entonces dije voy a falsificar la receta de mi psiquiatra, porque todo era online. Entonces, la falsifiqué, fui a Inkafarma y me vendieron las pastillas (Alessandra - Entrevista 2)

Trataba de ver alguna manera de comprar alcohol, de comprar pastillas pero no me dejaban salir sola entonces era complicado. Me acuerdo una vez fui con mi papá a Inkafarma y quería ver si me vendían las pastillas pero me acerqué a la cajera y él estaba en la caja del costado pidiendo algo y no pude comprarlas. Luego me acuerdo que buscaba si vendían alcohol en Saga porque no llegaban muchas cosas por delivery donde yo vivía pero llegaba Saga. Entonces me acuerdo que encontré y compré pero luego me asusté porque dije qué pasa si mi mamá abre el paquete, porque me revisaban todo (Alessandra - Entrevista 2)

Algo que Alessandra enfatiza mucho es la manera en la que ella percibía el alcohol y las pastillas como un "vínculo seguro" en un contexto en el cual nunca había tenido uno. En este sentido, ella me explicó que mientras que otras personas suelen recurrir a sus familiares, amistades u otras redes de apoyo en momentos difíciles, ella no solo no contaba con nadie a quien acudir sino que las personas que en alguna vez consideró como sus figuras de apoyo o cuidado (amistades, parejas o su propio abuelo) habían terminado ejerciendo violencia sobre ella. Por esta razón,

el alcohol se presentó como una suerte de “amigo confiable” con el cual podía “compartir” y canalizar sus sentimientos. Al mismo tiempo, ella menciona que el efecto relajante que estas sustancias tenían en su cuerpo la ayudaba a sobrellevar sus crisis de ansiedad y otros malestares emocionales en general.

Bonnie Burstow (1992) menciona que desde una perspectiva desmedicalizante se puede pensar en el alcoholismo como una “solución” que la persona busca dar a sus problemas ya que este ofrece una serie de “ventajas” como, por ejemplo, generar un placer temporal, o anestesiar memorias, pensamientos y emociones dolorosas. Por ello, es importante considerar y explorar los significados y el lugar que el consumo tiene en la vida de la persona. La autora menciona también que los problemas de alcoholismo pueden también estar muchas veces relacionados con problemas como el abuso sexual infantil, y que desde una perspectiva feminista es importante establecer la conexión entre las relaciones de género que avalan estas formas de violencia y el malestar emocional que lleva a muchas mujeres a consumir:

Me sentía sola y estaba muy triste. Pero creo que era algo que venía arrastrando conmigo desde antes y ahí se exacerbó horrible. No sé, la cuarentena o estar encerrada en mi casa, el flaco con el que estaba me terminó y me puse a tomar. Siempre que he terminado con alguien, tomo. Yo ya estaba tomando desde antes por la ansiedad pero se disparó por eso. En esa época sentía mucha ansiedad y no sabía como calmarla. Siento que el alcohol de cierta forma te nubla los sentidos y eventualmente dejas de sentirte ansiosa. Pero si ya no tomas luego viene la resaca y te sientes mal al día siguiente, entonces seguía tomando y si tomaba eternamente me dejaría de sentir mal. También creo que las adicciones se dan porque ves a la sustancia como si fuera un vínculo seguro que tal vez no tienes. En esa época no tenía ningún vínculo seguro. Yo creo que por eso cada vez que terminaba una relación, terminaba tomando mucho (...) Entonces para mi siento que el alcohol era como un amigo ¿entiendes? Alguien tal vez se sienta mal y llama a un amigo, pero yo me iba a la tienda a comprar alcohol y eventualmente también me pasaba con las pastillas (Alessandra - Entrevista 4)

En su trabajo sobre pacientes psiquiátricos con co-consumo de heroína y psicofármacos Schlosser y Hoffer (2012) plantean también que la distinción entre las drogas consideradas “malas”- como, por ejemplo, la heroína -y las drogas consideradas “buenas”- como, por ejemplo, la medicación psiquiátrica -quedan

desdibujadas en la práctica. Esto debido a que ciertos medicamentos como el diazepam, el alprazolam, entre otros fármacos que pertenecen a la categoría de las benzodiacepinas son vistos por muchos de los consumidores de drogas como sustancias de la misma categoría que otras drogas ilícitas por su gran potencial adictivo. Al mismo tiempo, esta dicotomía entre drogas “malas” y “buenas” impide ver los diversos significados que pueden estar presentes en los usuarios, y observar el componente “terapéutico” que muchas personas encuentran en ciertas sustancias (alivio de ansiedad, alivio del insomnio, entre otros). Estas tensiones en torno al uso de drogas pueden observarse también en las experiencias descritas por Alessandra ya que los medicamentos psiquiátricos que le fueron indicados- en este caso, el alprazolam- terminaron desencadenando un problema de adicción en ella pese a que estos fueron recetados en un contexto clínico. Al mismo tiempo, ella destaca los significados y componentes “terapéuticos” en torno al consumo como, por ejemplo, la manera en la que el alcohol o las pastillas representaron una suerte de “amigo” y un “espacio seguro” para ella.

3.2.7. Narrativas en torno al suicidio

La presencia de pensamientos e intentos de suicidio es uno de los “síntomas” más comúnmente asociados al TLP. Desde la antropología, trabajos como el de Bustamante (2017) han abordado este tema planteando que desde los enfoques biomédicos se ha tendido a pensar en el suicidio como un fenómeno asociado a la presencia de “trastornos mentales” como el “trastorno depresivo mayor”, el “trastorno límite de la personalidad”, el “trastorno obsesivo compulsivo”, la esquizofrenia, entre otros. Sin embargo, la autora señala que esta mirada reduce esta problemática a un nivel individual sin considerar otros factores contextuales que pueden influir en la producción de estos malestares emocionales. Como señala Bustamante (2017), al considerar los “trastornos mentales” como una causa del suicidio, el abordaje se limita a un tratamiento psicológico o farmacológico. No obstante, si se considera estas experiencias como “síntomas” de otras problemáticas más profundas- disfuncionalidad familiar, abuso sexual, violencia, acoso escolar, entre otros -es posible pensar en soluciones más integrales también.

En el caso de las informantes, las experiencias en torno al suicidio aparecen asociadas a momentos de gran tensión emocional, especialmente en contextos en los cuales contaban con escasas redes de apoyo y recursos para hacer frente al deteriorado estado en el que se encontraba su salud mental. Si bien desde los enfoques biomédicos se ha tendido a pensar en la conducta suicida del TLP como una conducta “impredecible” e “impulsiva”, me parece importante mencionar que desde la perspectiva de las informantes esta aparece, más bien, como resultado de un desgaste emocional progresivo, silencioso y acumulativo a lo largo de varios años. En este sentido, ellas enfatizan también que el hecho de no haber recibido apoyo de manera oportuna sino ser, por el contrario, juzgadas e incomprendidas por parte de sus familiares u otras personas de su entorno fueron factores que influyeron mucho en esto.

En el caso de Carolina, por ejemplo, ella tuvo un intento de suicidio con pastillas hace varios años en el que tomó dosis bastante elevadas de los medicamentos psiquiátricos que venía consumiendo como parte su tratamiento. Durante esta época, ella venía teniendo crisis bastante severas de ansiedad, depresión, así como episodios de autolesión cada vez más frecuentes:

Un día antes del día de la madre en el 2019 tuve una crisis horrible, horrible. Fue una de las más fuertes que he tenido y terminé tomando un montón de pastillas. Me acuerdo que me daban la receta para un mes o para dos meses y te daban todo de golpe, entonces agarré y tomé todo (...) No sé cómo apagué mi celular. Creo que lo apagué antes y dije "ya, fue todo, adiós". Pero después supongo que lo prendí porque estaba hablando con mi papá y yo vivo en los Olivos y mi papá estaba en Magdalena y estaba súper desesperado. Me acuerdo no lo que decía sino la sensación y llamó a la policía. Y no sé cómo pasó pero mi tía se enteró y llamó a una prima de mi mamá que vive cerca y luego ella estaba abajo con el medio hermano de mi mamá y me empezaron a dar un montón de cosas para que bote las pastillas. Yo no sentía nada, solamente los veía y llegó la policía. Y mi tío que es policía salió y dijo que no había pasado nada porque de ahí es peor ¿no? Después él le dio el encuentro a mi papá y me llevaron de emergencia al hospital y me hicieron un lavado gástrico (Carolina - Entrevista 2)

Carolina menciona que tiempo antes de este episodio ella había venido teniendo también una serie de problemas con su mamá, quien la comenzó a increpar por haberse retirado de la universidad, y a compararla con otras personas

de su entorno que ya se estaban graduando o que habían logrado conseguir “buenos trabajos”. Si bien Carolina intentó conversar con su mamá sobre el deterioro que venía presentando en su salud mental desde hace varios años, ella menciona que esta reaccionó mal y terminó culpabilizándola por lo que le ocurría, situación que contribuyó a agravar el estado emocional en el que ya de por sí se encontraba:

Mi mamá me empezó a sacar en cara que por qué había dejado la universidad, que estaba perdiendo tiempo. Una de sus sobrinas había conseguido un buen trabajo, entonces era esto de que "por qué ella sí y tú no y por esta tontería estás retrasando tu estudio", y no sé qué. Y yo me levanté las mangas y le dije "esto no es ninguna tontería" y en uno de los brazos tenía cicatrices. Y mi mamá me empezó a gritar horrible, que solamente quería llamar la atención y que por las puras hago estupideces y que ni siquiera puedo llegar a quererme un poquito para llegar a hacerme daño a mi misma. Y yo solo lloraba y lloraba y le decía "no te das cuenta, o sea, no te puedes dar cuenta de lo que estás diciendo". Yo siempre he tratado de hacerle entender a la gente por qué uno suele llegar a extremos, porque no es que yo me levante y diga "ay, me voy a cortar y que bonito" (Carolina - Entrevista 2)

Alessandra, por su parte, me comentó también que durante el primer año de la pandemia tuvo un intento de suicidio con varias pastillas de alprazolam. Como se mencionó anteriormente, ella atribuye esto al desgaste acumulativo que venía experimentando en su salud mental a lo largo de varios años, sumado a contextos como la inmovilización social obligatoria y la deteriorada relación con sus padres:

Ese día me peleé horrible con mi mamá y al día siguiente me levanté con ganas de matarme y me metí como 50 pastillas más o menos. Son cosas que he ido anexando según lo que he visto en mi celular y según lo que me han dicho. Cuando empecé la terapia te piden dar números de emergencia y le escribí a mi psiquiatra y a un grupo que tenía con mis amigas de esa época que me había tomado un montón de pastillas, que ya no podía más y mi psiquiatra llamó a mi mamá y me llevaron a la clínica (Alessandra - Entrevista 2)

Alessandra me comentó que sus pensamientos de suicidio se incrementaron aún más luego de este intento de suicidio ya que se le impidió volver a salir sola de su casa y el encierro agravó aún más su estado emocional. Alessandra me recalcó que uno de los factores que la llevó hasta este punto límite fue el hecho de haber

venido teniendo un deterioro progresivo en su salud mental desde hace varios años y no haber recibido ningún tipo de apoyo o comprensión por parte de su entorno:

Yo aún tenía ideas suicidas, normalmente disparadas por algo que pasaba en mi casa. Me acuerdo que ese día mi mamá no me dejaba ir a ver a mi amiga. Me acuerdo que me puse muy mal, me puse a llorar, empecé a buscar armas en internet y le decía que me quería matar, que era su culpa. Ahí me acuerdo que le dije que nadie se ponía en mi lugar, que yo iba al hospital sola, nadie me acompañaba. Yo traté de estar mejor pero no es mi culpa que haya pasado esto (Alessandra - Entrevista 2)

Me acuerdo que un día mi papá se acerca llorando y diciéndome "qué hice mal". Y yo estaba ahí todavía media zombi pero era como... no sé, qué quieres que te diga. La gente se preocupa ya cuando estás literalmente al borde de morirte. O sea, yo pedí ayuda antes y nadie me hizo caso (Alessandra - Entrevista 2)

Diana, por su parte, comentó también haber tenido diversos momentos en los que ha experimentado pensamientos o intentos de suicidio. Ella menciona que estos episodios fueron, por lo general, agravados o detonados por problemas relacionados con su universidad y con el hecho de no sentirse "suficiente" con respecto a ciertos logros profesionales o académicos. Sumado a ello, ella recuerda que su universidad le abrió un proceso disciplinario por borrar accidentalmente los archivos del drive de un curso en una ocasión. Ella menciona que esta situación le afectó bastante dado que venía ya lidiando con varios cuadros de ansiedad y depresión, y experimentando un gran malestar con respecto a sus estudios universitarios en general, por lo que esto terminó por desestabilizarla aún más a nivel emocional:

Mi computadora se malogró y lo que pasaba era que este drive estaba enlazado directamente a mi compu. Entonces cuando mi compu se formateó se borró también en la nube general y los archivos desaparecieron (...) Cuando pasó esto, yo dije "me quiero morir". Yo ya estaba super bajoneada con los cursos, arrastrándolos, tenía que ponerme al día en varias cosas para no jalar y de la nada despierto, no me daba el cuerpo ni siquiera para pararme de mi cama, veo mi celular y veo un mensaje en mi correo que me dicen que estoy siendo procesada por una falta grave al código de conducta. Decía como conspiración adrede contra la universidad, manipulación y eliminación de archivos y cosas así, y yo dije ¿qué? (...) Para mí fue un super golpe, ya venía con todo esto de que "estoy fallando, estoy fallando. No sirvo en lo único que se supone que debo ser buena". Y cuando pasó esto dije "me quiero morir". Me hundí horrible, me quedé en mi cama, no sabía ni qué hacer porque mis papás siempre han sido bien recios ante este tipo de temas

porque suelen echarme la culpa a mí. Por ejemplo, “tú con tus actitudes también malogras las cosas, nadie te va a creer”. Entonces no sabía a quién acudir. Y lo único que me acuerdo es que empecé a pensar en suicidarme (...) Como que de frente pienso en quitarme la vida, cuando me pasa algo que me afecta mucho voy de frente a cuestionarme mi existencia. Y en esos momentos tengo mis ataques de ira y me golpeo, me lesiono y cosas así. Y cuando paso eso lo primero que pensé es que quería suicidarme y me tomó como un rato como poder decirle a mis papás (Diana - Entrevista 2)

Como se mencionó anteriormente, Diana cuenta también que en una ocasión tuvo dos intentos de suicidio con pastillas detonados por el estrés y la presión académica que venía enfrentando. Esto debido a que verse en la necesidad de retirarse de un curso para no desaprobalo y ver retrasado su egreso por este motivo durante su último ciclo de universidad le hizo sentir que prefería morir antes que tener que enfrentar este “fracaso”, especialmente considerando que varias personas de su entorno ya se estaban graduando.

3.2.8. “Trastornos” de la conducta alimentaria

Como se mencionó en las secciones anteriores, los “trastornos” de la conducta alimentaria (TCA) son una de las experiencias más frecuentes en las historias de vida de las informantes. En este sentido, es importante mencionar que si bien estas vivencias pueden ser categorizadas de diferentes maneras (anorexia, bulimia, “trastorno por atracón”, “dismorfia” corporal, entre otros), forman finalmente parte de un continuo de malestares asociados al cuerpo y, en particular, a la sensación de tener un cuerpo “gordo”.

En el caso de Diana, ella recuerda, por ejemplo, que durante su adolescencia comenzó a perder peso accidentalmente porque, debido a sus horarios de estudio en el turno de la tarde en el colegio, perdió el hábito de desayunar. Sin embargo, conforme fue adelgazando comenzó a recibir bastantes halagos por perder peso y esto la hizo sentirse mejor con su cuerpo. Fue en este contexto que comenzó a dejar de comer de manera voluntaria por primera vez y a vomitar con el objetivo de continuar adelgazando y mantenerse delgada. No obstante, Diana menciona que el hecho de tener una serie de restricciones tan severas con la comida la llevaba irónicamente a tener episodios de “atracones”, es decir, momentos en los que se

descontrolaba e ingería cantidades excesivas de comida de manera compulsiva. Ella recuerda que esto era una suerte de círculo vicioso, ya que luego sentía culpa por haber comido tanto y buscaba “compensarlo” vomitando o dejando de comer:

En segundo o tercero de secundaria, casi por accidente empecé a desarrollar TCA. Porque me cambiaron de cole y en este colegio tenía que estar en turno tarde (...) Fue la primera vez que sufrí este cambio horario y empecé a dejar de desayunar porque al volver tarde, tipo seis, me quedaba hasta la medianoche entonces al día siguiente ya no desayunaba. Y como por accidente comencé a bajar de peso. Porque antes era una chica que, no estaba como que la gente diría “gorda”, pero estaba rellenita. Entonces empecé a bajar de peso y me empecé a dar cuenta que me sentía mejor. Y ahí comencé ya voluntariamente a dejar de comer. Y con dejar de comer me arrastré ya a los atracones y a vomitar (Diana - Entrevista 1)

Valeria, por su parte, menciona también el acoso escolar que sufrió por su peso durante su adolescencia la llevó a dejar de comer y a vomitar con el objetivo de adelgazar, al punto que llegó a perder unos 25 kilos. Al igual que en el caso de Diana, estas conductas estuvieron acompañadas de una sensación de “pérdida de control” en relación con la comida ya que eventualmente terminaba teniendo episodios de “atracones” y esto, a su vez, la llevaba a vomitar para “compensar” las calorías que había ingerido. Valeria cuenta que esto la llevó a desarrollar también “dismorfia corporal”, es decir, que a pesar de estar extremadamente delgada se veía “gorda” y con “rollos” en el espejo, y esto le causaba un gran asco y rechazo hacia su cuerpo. Como se mencionó en las secciones anteriores, la salud física y mental de Valeria se deterioró a tal punto que durante su último año de secundaria se vio en la necesidad de retirarse del colegio y optó, junto a sus padres, por internarse en una clínica psiquiátrica especializada en el tratamiento de “trastornos” de la conducta alimentaria:

Bajé 25 kilos y me volví flaquita, super flaquita. Creo que llegué a pesar 42 kilos (...) Porque yo desarrollé dismorfia a los 11 años por el bullying que tenía sobre mi apariencia (...) Yo estaba muy cansada también de dejar de comer, de toda esa dinámica, entonces quería poner de mi parte pero era muy difícil volver a comer. Y cuando empecé a comer salté del polo de dejar de comer a darme atracones y desarrollé bulimia (Valeria - Entrevista 1)

Alessandra cuenta también que el acoso escolar que sufrió por su peso y los comentarios de su familia en torno a su cuerpo la llevaron a dejar de comer durante su adolescencia con la finalidad de adelgazar. Si bien Alessandra nunca llegó a incurrir en conductas como vomitar, ella recuerda que el hecho de no comer o de vivir en una suerte de dieta permanente y restringiendo constantemente ciertos alimentos por temor a engordar- como, por ejemplo, los carbohidratos- es una situación que le ocasionó mucho malestar y que persistió hasta hace algunos años:

Yo simplemente dejé de comer. Me acuerdo clarito que fue julio, que inclusive mi mamá había hecho arroz con pollo y papa a la huancaína y apenas comí porque todo era carbohidrato. Y ahí fue que empecé a hacer eso de no voy a comer carbohidratos, esto tiene mucha grasa. Y de repente no comía casi nada en todo el día. Creo que comía una manzana, botaba mi almuerzo. Y sin darme cuenta había bajado 15 kilos. Estaba muy flaca. En esa época no me daba cuenta, solo me sentía bien porque estaba flaca (...) Inclusive la ropa XXS me quedaba. Era, muy muy delgada (Alessandra - Entrevista 1)

Al igual que en el caso de Diana y Valeria, ella recuerda también haber tenido episodios de “atracones” con la comida en diversos momentos de su vida, al punto de que en una ocasión tuvo que ser llevada a una clínica por el malestar que experimentó luego de comer en grandes cantidades. Alessandra identifica también que las etapas en las que más tensión psicológica ha experimentado han sido también los momentos en los que más atracones ha tenido ya que esto le ha proporcionado una manera de “canalizar” sentimientos y emociones desagradables:

Hice una fuente de brownies, que salen como 9 brownies y me los comí todos en una. Y luego me sentí mal porque yo tengo colon irritable y no puedo comer tanta grasa. La cosa es que me cayó pésimo, me sentía muy mal. No podía ni pararme de mi cama del dolor. Tuvieron que llevarme de emergencia en plena pandemia porque me sentía muy mal (Alessandra - Entrevista 3)

En este sentido, me parece importante retomar algunas de las discusiones planteadas por Eva Zafra (2007), una de las antropólogas que ha planteado la importancia de entender los componentes culturales, sociales y contextuales que subyacen a los “trastornos” de la conducta alimentaria tales como, por ejemplo, el culto y la sobrevaloración a la delgadez en el contexto occidental. La autora enfatiza que estas prácticas alimentarias van más mucho allá del diagnóstico en sí mismo, ya

que estas valoraciones en torno a la delgadez se expresan a través de prácticas social y culturalmente normalizadas, por lo que no necesariamente son exclusivas de las personas diagnosticadas con uno de estos “trastornos”.

Zafra (2007) analiza también las dimensiones de género de estas problemáticas mencionando cómo la socialización y la manera en la que se enseña a manifestar las emociones según los roles de género influye también en la posibilidad de recurrir a la comida como una forma de comunicación y expresión de diversos malestares emocionales. En este sentido, la autora menciona que mientras que a los hombres se les tiende a enseñar a canalizar sus emociones a través de la fuerza física o la agresividad, las mujeres suelen ser educadas bajo un modelo emocional de “contención” en el cual se les enseña a “guardar” y censurar la expresión de ciertas emociones como, por ejemplo, la ira. Por esta razón, estas presentan una mayor tendencia a canalizar ciertas emociones a través de la alimentación. La autora enfatiza también cómo la “gordura” tiende a ser mucho más estigmatizada en los cuerpos femeninos y que esto se expresa en la manera en la que estas suelen ser más discriminadas por su peso a comparación de los hombres y, por lo tanto, a experimentar una mayor presión en torno a la idea de “belleza” y “delgadez”. Es en este contexto que la alimentación se convierte en un espacio para controlar el peso y lograr la imagen corporal deseada

Estas valoraciones socioculturales en torno a la delgadez y el cuerpo femenino se observan también en los relatos de las informantes. En este sentido, es importante reconocer el impacto que estos contextos generan en la salud mental de las jóvenes, ya que las informantes identifican el hecho de querer ser aceptadas y agradar a otros como algunas de sus principales motivaciones para adelgazar. De esta manera, resulta interesante observar cómo, tal como menciona la autora, la delgadez en el contexto occidental se asocia a una serie de valores tales como el “éxito”, la “belleza”, la juventud, entre otras características y atributos considerados positivos:

Inició por casualidad pero lo que me llevó a seguir fue querer agradar a otros. Recibir esta validación externa porque yo no la tengo, yo no me la puedo dar, eso era lo que alimentaba eso (...) Yo siento que más que nada era porque en

estas cuentas de Twitter que te digo que también subía mis fotos de que se me marcaban un montón las clavículas, que me veía así súper delgada, mis brazos se veían súper delgados y recibía likes, retuits ¿no? (Diana - Entrevista 3)

Lo peor es que la gente te felicita cuando pasa eso. De repente ya no me hacían bullying en ningún sentido, al contrario, me decían que me veía bien (Alessandra - Entrevista 1)

Yo sentía mucho auto odio por ser una niña gordita porque me habían hecho creer que era algo negativo ser alguien gorda y como las niñas populares del colegio eran todas niñas delgadas y muy bonitas, yo sentía que si por lo menos era delgada podría ser aceptada. Yo tenía mi grupo de amigas, todas éramos las “nerds” y sí, me sentía incluida en un grupo pero de alguna manera aspiraba a ser como las otras chicas que tenían vínculos con chicos. Y de hecho yo no salí con ningún chico hasta después del colegio porque tenía un auto concepto de que los hombres no me deseaban (Valeria - Entrevista 4)

Finalmente, me parece importante mencionar la relación entre las experiencias de abuso sexual y los “trastornos” de la conducta alimentaria descritos por las jóvenes. Si bien este fue un punto que no conversé directamente con ellas, existen algunas investigaciones que han abordado la relación entre estas problemáticas. Bonnie Burstow (1992) menciona, por ejemplo, cómo muchas sobrevivientes de abuso sexual infantil tienden a “olvidar” las memorias asociadas al abuso por varios años; sin embargo, estas pueden ser revividas a través de la relación con el cuerpo, en particular cuando este entra en la pubertad y comienza a desarrollar ciertas características femeninas.

La autora menciona que para muchas mujeres que han atravesado estas experiencias el hecho de desarrollar un cuerpo “femenino”- y, en particular, aquellas partes que tienden a ser relacionadas con la sexualidad- resulta una experiencia aterradora ya que puede evocar diversas sensaciones vinculadas al abuso. Frente a esto, la anorexia y la bulimia se presentan como una alternativa para “recuperar” control sobre el cuerpo violentado y “despojarlo” de su sexualidad: adelgazar hasta dejar de tener “curvas femeninas”, adelgazar hasta que los senos y las caderas “desaparezcan”, adelgazar hasta dejar de tener la menstruación. En su trabajo con mujeres jóvenes diagnosticadas con anorexia y bulimia, Lisette Gamboa (2018)

aborda también este tema mencionando como algunas jóvenes que han vivido experiencias de abuso sexual pueden experimentar sensaciones de asco u odio hacia su cuerpo al relacionarlo con la experiencia sexual cuando los significados en torno a esta han sido violentos. Así, la búsqueda de la delgadez extrema se posiciona, también, como un recurso para no llamar la atención de los hombres y “evitar” que abuso sexual vuelva a ocurrir. En el caso de Diana, por ejemplo, ella me comentó que una sensación que ha estado presente desde su adolescencia es el miedo a ser hipersexualizada y que esto la ha llevado a sentir rechazo hacia partes de su cuerpo que puedan sexualizarse o “llamar la atención”:

Luego empezó a haber este conflicto con mi físico que no lo había percibido antes en la niñez. Entrando a la adolescencia surge del todo este miedo a ser sexualizada. Me acuerdo que cuando me empezaron a crecer los pechos y mi abuelita se dio cuenta y me dijo, no de una forma agresiva ni nada, pero me dijo “ya te tenemos que comprar brassiere”, yo me fui a llorar al baño y me miraba al espejo y me ponía a llorar. Y siempre he odiado, hasta el día de hoy, he tenido una relación horrible con todas estas áreas que normalmente son más sexualizadas tipo pechos, trasero y todo eso. Ya como alrededor de los trece, doce, más o menos, tenía la sensación de que mi cuerpo estaba mal (...) Siento también que durante la adolescencia fue cuando tuve mis primeras experiencias con el acoso callejero que también moldearon que luego me empecé a comportar así. Ya no quería vestirme con shorts ni con nada así que fuera escotado y empecé a usar ropa más holgada que me cubriera más incluso en verano (Diana - Entrevista 1)

Si bien ella no estableció una conexión directa entre esta situación y los “trastornos” de la conducta alimentaria anteriormente mencionados, me parece importante reflexionar sobre la conexión entre las experiencias de abuso sexual experimentadas por algunas de las jóvenes y el desarrollo de estas conductas alimentarias asociadas al TLP, lo que muestra también los múltiples y diversos significados que la búsqueda de la delgadez puede adquirir.

3.3. Interpretaciones y significados sobre el TLP

En las historias de las jóvenes es posible observar que existe una diversidad de interpretaciones y significados en torno al TLP, los cuales muchas veces desbordan las versiones oficiales sobre el “trastorno”. En esta sección, se

profundizará en cómo este diagnóstico es entendido por las jóvenes y se prestará atención a aspectos como en qué medida esta etiqueta proporciona un marco para dar sentido a estas experiencias de malestar emocional.

3.3.1. El TLP como modelo explicativo del malestar

En los relatos de las informantes es posible observar cómo pese al gran estigma existente hacia el diagnóstico de TLP y a la medicalización que subyace a esta etiqueta el concepto de TLP ha proporcionado a estas- en mayor o menor medida -una narrativa coherente para explicar sus experiencias de malestar emocional. En este sentido, considero importante pensar: ¿de qué manera este diagnóstico provee a las jóvenes un marco para interpretar su historia, sus vivencias y sus emociones?

Como sugiere Lester (2013), desde la antropología médica se ha tendido a pensar en las categorías médicas- y, en particular, en los diagnósticos psiquiátricos- como etiquetas social y culturalmente construidas. En el caso de TLP, la autora menciona también que desde los estudios feministas se ha prestado atención a aspectos como la manera en la que esta etiqueta puede ser funcional a ejercer control sobre los cuerpos de muchas mujeres al medicalizar sus emociones y experiencias de vida. Sin embargo, la autora plantea que esta mirada se encuentra a menudo descontextualizada de las narrativas de las mujeres que experimentan el padecimiento ya que estas no necesariamente se identifican con este tipo de críticas y teorías. Como sugiere la autora, además, es un error asumir que todas las instancias del diagnóstico psiquiátrico son enteramente “construidas” ya que estas no se encuentran en el “aire”, sino que sus criterios describen una experiencia real de sufrimiento psicológico con la cual muchas personas se sienten identificadas.

En este sentido, considero que si bien es importante generar una mirada crítica y desmedicalizante en torno al TLP, es necesario comprender también por qué este representa una etiqueta con la cual las informantes se pueden o se han podido llegar a sentir muy identificadas. Rebeca Lester (2013) menciona que es importante tener en cuenta que así como existen motivaciones para que los profesionales

medicalicen e interpreten los comportamientos y emociones de estas mujeres como “síntomas” de un “trastorno de la personalidad”, existen razones por las cuales muchas de ellas adoptan el diagnóstico de TLP como un modelo para entender y explicar sus experiencias de malestar emocional. En las historias de vida de las informantes se observa, por ejemplo, como la experiencia de lidiar con un padecimiento mental y la afectación que este implica en diferentes áreas de su vida exige la necesidad de nombrar, etiquetar, explicar y/o hallar los orígenes del malestar. Como propone Good (1994), esta búsqueda es intrínseca a todo padecimiento físico o psíquico, y tiene como objetivo otorgar un sentido a la experiencia y reconstruir la destrucción del mundo vital que este ocasiona. En el caso de las jóvenes, la etiqueta de TLP se presenta también como una respuesta a este proceso. Muchas de ellas señalan que recibir el diagnóstico les dio, por ejemplo, cierta sensación de “control” frente a esta incertidumbre ya que les permitió comprender y encontrar una respuesta a por qué actuaban o se sentían de determinada en un contexto en el cual venían presentando crisis a lo largo de varios años sin saber por qué les ocurría esto. Por esta razón, nombrar y etiquetar su experiencia a través de este diagnóstico implicó cierto alivio en muchos casos:

Por lo menos en su momento me hizo entender que yo actuaba de determinada manera porque tenía un diagnóstico y eso me hacía sentir como que no estoy loca, que hay otras personas que están pasando por lo mismo. No es un caso aislado, hay personas con TLP (Valeria - Entrevista 4)

La psicóloga me empezó a explicar en una sesión los criterios diagnósticos y mientras iba hablando, yo decía "por dios, todo tiene sentido en este momento" (...) Varias cosas empezaron a tener sentido de por qué yo actuaba de tal manera. Me acuerdo que sí habían unos con los que te identificabas más que otros pero sí, me podía identificar con todos en general (Carolina - Entrevista 3)

Con los criterios de diagnóstico, con las cosas que he leído, por ejemplo en este libro que te dije que se llama Diamantes en bruto explican las características de una persona con TLP y sí me he visto muy reflejada con eso (Diana - Entrevista 3)

En los relatos se observa también cómo este diagnóstico ha significado para algunas de las informantes una forma de visibilizar y reconocer como algo “real” el sufrimiento que implica este padecimiento psíquico, especialmente en un contexto

en el cual las problemáticas de salud mental tienden a ser invisibilizadas y a no recibir la importancia necesaria. Muchas de ellas, por ejemplo, describen haber sentido bastante frustradas con el hecho de que su sufrimiento sea constantemente minimizado por otros ya que al no tener el mismo “estatus” que una enfermedad física muchas veces se tiende a pensar en estos comportamientos y emociones como algo “inexistente”, “inventado” o “irreal”. Recibir un diagnóstico clínico ha implicado para muchas de las informantes, en este sentido, poder dar un estatus más “real” a su dolor emocional, tanto para sí mismas como para los demás.

Andrea Nicki (2001) es una de las autoras que ha abordado este tema mencionando cómo la sociedad occidental se encuentra fundada bajo un imperativo cultural de la “alegría” ya que se espera que las personas se muestren siempre felices o despreocupadas sin opción a expresar otro tipo de emociones como, por ejemplo, la tristeza o el miedo. La autora menciona que este imperativo se extrapola también al ámbito de la salud mental ya que cuando alguien atraviesa un padecimiento psíquico se tiende a pensar en su condición como una experiencia “irreal” e “inventada” o, en su defecto, como estado “autoimpuesto”- es decir, que la persona se encuentra mal porque “quiere” o no “pone de su parte” para mejorar.

En sus historias, las jóvenes describen también haber tenido este tipo de experiencias: sentir que su dolor es constantemente minimizado por los demás o, incluso, ser culpabilizadas por su propio estado emocional. Es en este contexto que el diagnóstico de TLP se presenta también como una etiqueta que, al otorgar un estatus “médico” al malestar, evidencia que “estar bien” no es producto de una responsabilidad individual o una cuestión de “voluntad”. En el caso de Diana, por ejemplo, ella menciona que recibir este diagnóstico le permitió liberarse de la culpa que sentía ya que muchas veces llegó a interiorizar estos discursos y llegaba a pensar que era ella misma quien “exageraba” o se “inventaba” estos malestares:

Era como ok, me siento aliviada porque ya sé qué tengo. Porque todos estos comportamientos autodestructivos que venían de años, era como ok, tienen sentido. No es que yo me los inventé porque ese era un pensamiento bastante recurrente, “no, yo exagero”, “no, yo me los invento”, “puedo sola porque si yo me calmo un poquito más, si me adiestro entre comillas, me voy a poder estabilizar y voy a poder ser como todos” (Diana - Entrevista 2)

Yo siento que el diagnóstico me ha hecho estar un poco más en paz conmigo misma desde el lado de que ya no me juzgo tanto, o sea, ya sé de dónde viene y no digo "ah, es que soy una mala persona" sino que hay cosas que tengo que trabajar (...) Antes decía "bueno, debe ser que soy una exagerada o simplemente soy una mala persona". Y ahora que sé que tengo TLP ese peso de juzgarme a mí misma se me ha ido un poquito (Diana - Entrevista 3)

No obstante, es importante mencionar que estas percepciones en torno al diagnóstico no son lineales ya que existen también algunas tensiones y posturas ambiguas con respecto a este. Diana, por ejemplo, señala que su relación con su diagnóstico de TLP no es del todo estable ya que si bien por lo general se siente bastante identificada con este, existen muchos momentos en los que siente también que puede manejar sus emociones sola y que no tiene TLP. Si bien ella menciona que esta negación responde a un "capricho" suyo que la lleva a negar su condición, es importante considerar que existen diversos factores que pueden subyacer a esto. Como se mencionó anteriormente, los discursos en torno a las problemáticas de salud mental como algo "controlable" mediante la "fuerza de voluntad" son bastante frecuentes y han estado también presentes en el entorno familiar de Diana. Por esta razón, resulta entendible que muchas de estas narrativas hayan sido interiorizadas por ella también. Por otro lado, como sugiere Gamboa (2018) en su investigación con jóvenes diagnosticadas con anorexia y bulimia, es importante considerar que el discurso biomédico y su mirada en torno a la patología termina muchas veces silenciando las narrativas de los pacientes, y haciendo que estos se "rebelen" contra su diagnóstico y la medicalización de estos malestares emocionales:

Cuando me diagnosticaron dije "con razón, todo tiene sentido" pero como te digo mi percepción no es estable. A veces digo "son tonterías, no tengo". Pero siento que viene más desde el capricho en realidad (Diana - Entrevista 3)

Del mismo modo, cabe mencionar que las informantes no necesariamente continúan sintiéndose tan identificadas con el diagnóstico de TLP en la actualidad. Esto debido a que el hecho de encontrarse emocionalmente más estables - especialmente en el caso de Alessandra, Valeria y Carolina -ha hecho que dejen de cumplir con varios de los criterios diagnósticos. Valeria, por ejemplo, menciona que si bien años atrás cumplía con prácticamente todos los criterios diagnósticos, hoy en día ya no se ve tan reflejada en estos y que, si bien persisten aún algunos

malestares emocionales, se encuentra anímicamente mucho más estable y ya no incurre en conductas que pongan en riesgo su integridad. En este sentido, Valeria menciona que el hecho de cumplir o no cumplir con los criterios diagnósticos del TLP no necesariamente es una cuestión tan relevante para ella hoy en día, sino que considera este diagnóstico únicamente como un concepto que le permitió- en su momento -comprender y explicar por qué actuaba y sentía de determinada manera:

No es como que haya tenido mi diagnóstico muy presente, no es como que haya sentido que me definía, simplemente me ayudó a entender en su momento que yo hacía las cosas por algo (Valeria - Entrevista 4)

Alessandra, por su parte, me recalcó también que su relación con el diagnóstico ha sido bastante ambigua en general ya que si bien este le permitió dar un sentido a sus experiencias en el pasado hubo también varios aspectos del TLP con los cuales nunca se llegó a sentir del todo identificada. En este sentido, ella recalca que si bien hay veces que identifica con ciertos aspectos del “trastorno”, muchas veces no se siente identificada con este realmente. Por esta razón, ella señala que es confuso afirmar si realmente sigue “teniendo TLP” y considera que se trata también de algo bastante contextual ya que, dependiendo del contexto en el que se encuentre, muchos de estos “rasgos” pueden o no aflorar:

Hay varias cosas con las que nunca me identifiqué con el TLP. Por ejemplo, yo estaba en un grupo de ayuda de TLP y había cosas cuando estaba mal y recién me unía al grupo me identificaba pero ahora que estoy más estable simplemente no entiendo. No entiendo ciertas cosas que a ellos les hace sentir mal (...) En esos momentos si me ayudaron bastante pero no sé, una vez vi un documental de TLP hace un año y sí me sentí identificada con lo que salía, pero habían cosas que no. Supongo que también hay diferentes tipos de TLP o tal vez solo tengo rasgos de TLP y en ciertas situaciones tengo, no sé, no sé si esto tiene sentido (Alessandra - Entrevista 3)

Alessandra enfatiza también que el hecho de calzar o no en estos criterios diagnósticos es algo relativo ya que que el periodo que vivió en la casa de sus padres fue también la etapa en la que más crisis y “síntomas” asociados al “trastorno” experimentó. Sin embargo, al independizarse de este ambiente sus crisis se fueron reduciendo también:

Tal vez en mis peores momentos sale a flote eso. Probablemente si me pones en la casa de mis viejos de nuevo voy a dar con el diagnóstico de TLP de nuevo. Creo que también es algo del ambiente en el que estaba ¿no? Salir de ese ambiente hizo que deje de tener las crisis (Alessandra - Entrevista 3)

Carolina, por su parte, menciona también que si bien en ocasiones lidia aún con ciertos malestares emocionales, actualmente se encuentra mucho más estable y ya no se identifica tanto con el “trastorno” como antes. En este sentido, es importante resaltar que se trata también de una etiqueta bastante relacional ya que cuando experimenta algún malestar intenso puede, por momentos, volver a sentirse identificada con el diagnóstico pero luego dejar de identificarse con este también. Además, ella considera que estas sensaciones no necesariamente son producidas por el “trastorno”, sino por el estrés que le generan ciertos contextos como, por ejemplo, la carga académica en su universidad:

Ya no me identifico tanto como antes. Por momentos sí pero ya no tanto. No sé si toda mi experiencia actual caería dentro del diagnóstico (Carolina - Entrevista 3)

La doctora decía que puede ser que cuando termine la terapia ya no te identifiques tanto con los criterios de evaluación y ya no caigas dentro del diagnóstico. Pero recuerdo que dijo "que ya no estés dentro del diagnóstico no invalida lo anterior". Entonces, yo no sé si ahorita sigo cayendo en el diagnóstico realmente, por momentos siento que sí y después que no. Tengo bajones más fuertes ahora último estos últimos meses, pero también creo que es por el estrés de la misma universidad (Carolina - Entrevista 2)

De esta manera, me parece importante recalcar la manera en la que el TLP aparece como una categoría bastante contextual en los relatos de las informantes, ya que este no necesariamente es interpretado como un rasgo inherente a la “personalidad”, sino como una serie de conductas y emociones que pueden “activarse” o no en función a determinados contextos o situaciones específicas. En este sentido, las informantes pueden optar por identificarse como por no identificarse con esta etiqueta de una manera bastante flexible dependiendo también del momento en el que se encuentren en su proceso emocional.

3.3.2. El TLP y el estigma

Otra de las situaciones que atraviesa los significados en torno al diagnóstico de TLP y la salud mental de las informantes en general es la frustración por sentir que sus emociones y vivencias tienden a ser minimizadas o malinterpretadas por parte de las personas de su entorno. En este sentido, me parece importante recalcar que ello supone un factor adicional de malestar emocional ya que a los malestares anteriormente mencionados se agrega el hecho de tener que lidiar con este tipo de situaciones. Carolina, por ejemplo, me comentó que haber tenido episodios de autolesión le ha causado problemas en varias ocasiones ya que cuando otras personas ven las cicatrices de sus cortes se asustan y tienden a verla como una persona “loca” o “peligrosa”. Ella menciona que esto, incluso, hizo que quedara descartada del proceso de postulación de una convocatoria laboral en una ocasión:

Una vez una niña le preguntó a su mamá por qué yo tenía eso. Yo estaba con audífonos, habrán asumido que no escuchaba su conversación supongo. Y la señora dijo “está loca, hay que dejarla”. Ese tipo de comentarios hacen muchísimo daño porque uno intenta mejorar pero vienen las estigmatizaciones horribles. Una vez también apliqué a un trabajo y en la entrevista yo estaba con camisa manga larga. Era invierno pero no sé qué pasó que me remangé y se notó y la señorita que me estaba entrevistando me preguntó si tenía un problema psicológico, si tenía un tratamiento y yo todavía no estaba en terapia y le dije que no. De ahí me hizo una pregunta más y me dijo "eso sería todo". Y fue súper obvio que era porque vio una cicatriz (...) Y esas experiencias si te marcan bastante (Carolina - Entrevista 4)

Alessandra, por su parte, menciona que cuando vivía con su familia aún varios de sus vecinos y familiares comenzaron a verla como una persona “loca” al enterarse de las diversas situaciones que venía atravesando en relación a su salud mental. Ella recuerda que cuando sufrió el episodio de encierro involuntario pidió en una ocasión ayuda a gritos en la entrada de su casa; sin embargo, menciona que nadie acudió a verla debido a esta concepción que ya tenían sobre ella:

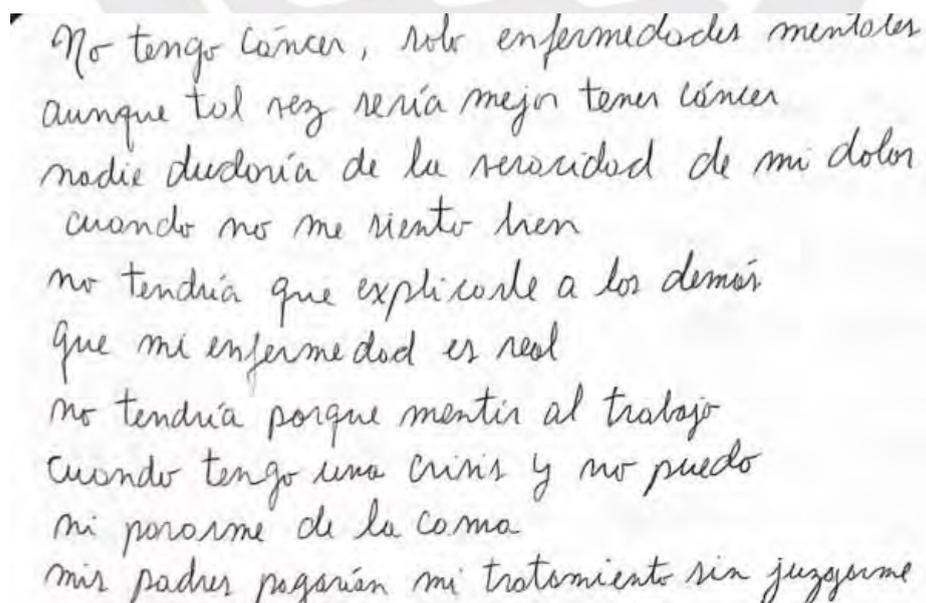
Vivíamos en una quinta familiar. La mayoría son primos de mi mamá o primos de mi papá y todos se conocen. Entonces, mi papá me tira la reja en la cara y yo me puse a golpear la reja y me puse a gritar "¡ayuda, me tienen encerrada, no me dejan salir!". Y nadie fue a verme. Nadie se sorprendió. Creo que toda la quinta pensaba que estaba loca. Me di cuenta de eso un par de meses

después cuando ya me iba a mudar. Una vez escuché a una niña burlándose de mí y gritándome justo cuando me iba a mudar. Ahí me di cuenta que todos pensaban que estaba loca. Nadie fue a verme. Si hubiera estado en peligro, bueno en físico, porque creo que en peligro psicológico si estaba, a nadie le hubiera importado. Solo mi tío fue a verme porque se escucharon mis gritos hasta su casa (...) Fue a calmarme y me puse a llorar, le dije que quería hacer arte, que me había puesto a pintar las paredes (Alessandra - Entrevista 2)

Estos relatos muestran la manera en la que estas conductas, lejos de ser comprendidas y ubicadas en contexto, construyen a las jóvenes como un “otro” mentalmente “enfermo” y “peligroso”. Sumado a ello, considero importante recalcar el componente de culpabilización hacia la persona que experimenta el padecimiento psíquico. Muchas de ellas expresaron que las personas de su entorno- en particular, sus padres -no comprendían la severidad de estas problemáticas, sino que las culpabilizaban constantemente por su situación afirmando que sus malestares eran un “capricho” o “invento” suyo, o que intentaban “llamar la atención”. Ello se traducía en sufrir muchas veces malos tratos cuando optaban por iniciar un tratamiento. En este sentido, algunas de las informantes expresaban, por ejemplo, como los padecimientos físicos solían ser tomados como una condición “seria”, mientras que los psíquicos- en contraste -como una cuestión “inventada” o irrelevante:

Imagen 2

Relato de Alessandra sobre el estigma en salud mental



No tengo cáncer, solo enfermedades mentales
aunque tal vez sería mejor tener cáncer
nadie dudaría de la seriedad de mi dolor
cuando no me siento bien
no tendría que explicarle a los demás
que mi enfermedad es real
no tendría que mentar al trabajo
cuando tengo una crisis y no puedo
mi porarme de la cama
mis padres pagaron mi tratamiento sin juzgarme

Fuente: Trabajo de campo

Si tuviera cáncer tendría a todos besándome los pies para que me cure pero como tengo esto hasta me tratan mal por tener que comprar pastillas (Alessandra - Entrevista 2)

Finalmente, es importante considerar también la manera en la que ser diagnosticada con TLP añade también un estigma adicional al estigma que de por sí implica lidiar con un padecimiento mental, ya que al estar clasificado como “trastorno de la personalidad” los “síntomas” son interpretados como una característica intrínseca a la persona. Cabe resaltar también que muchos de estos imaginarios son reforzados por el mismo discurso biomédico, cuya mirada en torno al “trastorno” promueve una serie de imágenes bastante patologizantes y estigmatizantes que ubican a la persona diagnosticada en el polo de la “anormalidad”, “enfermedad” y “peligrosidad”. En el caso particular de este “trastorno”, se observa también como la noción de “cronicidad” puede llegar a tener una repercusión bastante negativa en los procesos de algunas de las jóvenes al punto de que otras personas de su entorno lleguen a tener una expectativa bastante desalentadora sobre su proceso de recuperación.

Valeria, por ejemplo, menciona que el hecho de haber sido diagnosticada con TLP ha tenido un gran impacto en la imagen que sus padres tienen con respecto a ella. Esto debido a que, pese a que actualmente se encuentra mucho más estable y no se identifica tanto con el “trastorno”, ellos consideran que no es una persona “normal” por el hecho de haber sido diagnosticada con un “trastorno de la personalidad”, y que requiere una serie de tratamientos y cuidados especiales de por vida. Valeria señala que esto es bastante frustrante para ella ya que cada vez que quiere salir o hacer planes con sus amigos sus padres se angustian porque piensan que “tener” TLP la hace propensa a tener estas conductas riesgosas. La agencia de Valeria para tomar sus propias decisiones y desempeñarse en ciertas áreas de su vida se ha visto, en este sentido, reducida desde que recibió este diagnóstico:

Yo trataba de vivir mi vida sin pensar mucho en que tenía un diagnóstico pero tampoco era muy fácil hacer eso porque tenía padres que constantemente me recordaban que yo no era, entre comillas, una persona normal, que yo tenía un trastorno de la personalidad, que yo no puedo ser como los otros jóvenes,

por eso yo no puedo tomar, no puedo salir, tengo que ser una “niña de casa”. Entonces para mis papás este diagnóstico ha sido mucho más pesado. Intentaron sobreprotegerme mucho y eso es lo que más me jodía porque tenían buenas intenciones pero llegaban a un punto donde no me dejaban vivir (...) Y cada vez que salgo aún me dicen: “tú no eres normal, tú no puedes tomar, tú no puedes salir”. Al final todavía tienen mucha angustia porque yo tengo un diagnóstico de salud mental y quieren protegerme, pero a veces no me dejan por ejemplo ir a bares o incluso en cualquier lugar que haya presencia de alcohol se asustan mucho. Siempre es la misma conversación cuando quiero salir. Conversó con ellos y los tranquilizo (Valeria - Entrevista 4)

Carolina, por su parte, menciona también que haber sido diagnosticada con TLP le generó varios problemas en su universidad cuando se intentó reincorporar luego de haber dejado los estudios durante un ciclo por temas de salud mental. Esto debido a que se le pidió presentar una serie de documentos excesivos y pasar una evaluación en el servicio de salud de la universidad en la que el propio psiquiatra le aconsejó que no volviera a estudiar porque su “trastorno” le impediría ser funcional de por vida, situación que la hizo sentir bastante denigrada y la afectó mucho a nivel emocional.

Cabe mencionar que este estigma es también interiorizado por las mismas informantes en algunos casos, lo que promueve que estas tengan una imagen bastante desalentadora con respecto a su proceso de recuperación. En el caso de Diana, por ejemplo, resulta interesante observar cómo el diagnóstico de TLP- en contraste con las demás informantes -forma aún parte central de su narrativa para describir y explicar sus experiencias de malestar emocional. En sus relatos, se observa una gran interiorización del discurso biomédico y, en particular, de la noción de “cronicidad” en torno al “trastorno”. Por esta razón, ella cuenta que se siente resignada a tener que lidiar de por vida con esta condición:

El tema de que es crónico yo me enteré recién cuando mi psicóloga me explicó que era el TLP porque yo ya había averiguado por mi lado y no llegué a ver que era crónico pero ella me lo explicó y me sentí como que, de por sí yo ya me siento demasiado aplastada por lo que tengo que vivir con el TLP y que feo que hasta que me muera lo voy a tener. Pero luego dije que bueno pues, es lo que me ha tocado (...) Y en realidad yo no sé, no tengo tanta información para decirte si creo o no creo, pero yo le creo a mi psicóloga cuando me dijo "esto es crónico, vas a vivir con esto pero vas a tener que

afrontarlo". Ahorita es como que ya, estoy resignada nada más (Diana - Entrevista 3)

En este sentido, es importante considerar que si bien tal como se ha mostrado el diagnóstico de TLP proporciona un marco útil para que las jóvenes den sentido a sus experiencias de malestar emocional, esta etiqueta puede contribuir, a su vez, a reproducir y reforzar significados e imaginarios bastante violentos y estigmatizantes, los cuales pueden llegar a tener una serie de repercusiones negativas sobre las informantes también. Como se observa en los relatos, el diagnóstico de TLP representa en muchos casos una respuesta a incógnitas en torno a la naturaleza y el origen del padecimiento psíquico; sin embargo, el concepto de TLP y los significados asociados a este encierran también una serie de imágenes extremadamente negativas que, en ocasiones, pueden afectar la autoimagen o la imagen que otras personas tienen sobre el proceso de las jóvenes.

3.3.3. El TLP y el entorno familiar

En los relatos de las informantes es posible observar cómo el TLP es también percibido y entendido como una extensión de las dinámicas de violencia y/o disfunción a nivel familiar. En este sentido, informantes como Diana recalcan que este "trastorno" puede ser entendido como una interiorización de situaciones como, por ejemplo, la violencia física en la familia ya que, si bien su papá ya no la golpea actualmente, estos eventos hicieron que ella interiorizara la idea de castigarse a sí misma cada vez que siente defraudar a alguien o haber hecho algo "malo". En este caso, ella recalca que la interiorización de esta violencia se expresaría a través de conductas asociadas al TLP como, por ejemplo, la autolesión, ya que si bien no agrede a otras personas muchas veces puede tener comportamientos que la llevan a agredirse a sí misma:

Yo le digo a mi papá, la diferencia entre tú y yo es que tú, bueno ahora ya no, pero cuando yo era chica toda esa violencia la proyectabas o la desfogabas en otros. Y yo siempre la he proyectado hacia mí misma (Diana - Entrevista 2)

Diana menciona también que hace un tiempo asistió a una reunión de un grupo de apoyo para mujeres diagnosticadas con TLP y que algo que le llamó mucho la atención fue observar una tendencia muy parecida en las historias de las demás participantes. Esto debido a que varias de ellas venían de experimentar situaciones de violencia en el ámbito familiar y actualmente lidiaban con comportamientos como la autolesión, el abuso de sustancias u otras conductas asociadas al TLP que pueden ser entendidas como una forma de “autoagresión”:

Es un grupo de apoyo de chicas que tenemos de TLP y hablan bastante de eso. Muchas de nosotras tenemos un background de violencia familiar que termina generando autolesiones y todo este tema autodestructivo de distintas formas. No solo en forma física, o sea de que te golpees o te cortes, sino que hay chicas que abusan de sustancias o van hacia el lado del sexo de forma irresponsable, cosas así. Y sí, lo veo bastante, está línea de violento-violento-violento-violento, o sea recibir violencia y luego ser violento pero conmigo mismo (Diana - Entrevista 2)

Alessandra, por su parte, considera también el TLP como una condición estrechamente vinculada a dinámicas familiares violentas y/o disfuncionales. En este sentido, ella menciona que situaciones como el abuso sexual por parte de su abuelo o los constantes conflictos con sus padres constituyen detonantes directos de las diversas conductas asociadas al TLP también.

3.3.4. El TLP, la neurodivergencia y otros diagnósticos psiquiátricos

Resulta interesante ver que, desde la perspectiva de las informantes, el diagnóstico de TLP no constituye una etiqueta “aislada” sino, más bien, una categoría entremezclada con una variedad de etiquetas y diagnósticos psiquiátricos, los cuales conforman parte de un continuo de interpretaciones y significados en el “trastorno”.

Maria Jimena Mantilla (2011) menciona que el diagnóstico psiquiátrico no constituye un “dato objetivo” a encontrar en el paciente, sino que este es el resultado de un proceso de construcción activo a través de interpretaciones y relatos. Esto debido a que al no existir pruebas o exámenes biológicos que determinen un

diagnóstico, este se basa únicamente en las interpretaciones que el profesional realiza sobre los relatos del paciente, sus familiares o sus allegados. La autora plantea que esto otorga un gran margen de dinamismo, flexibilidad y porosidad a las etiquetas diagnósticas ya que el cuadro de un paciente puede ser interpretado de formas distintas e incluso recibir diagnósticos muy diferentes entre sí dependiendo de los “síntomas” enfatizados en los relatos, la formación o escuela del especialista que lo evalúa, la posición institucional de este o, incluso, las “modas diagnósticas”- es decir, los diagnósticos que predominan en un determinado momento histórico.

De esta manera, es importante considerar que etiquetas como “trastorno límite de la personalidad”, “trastorno depresivo mayor”, “trastorno de ansiedad generalizada”, “trastornos de la conducta alimentaria”, entre otros diagnósticos que las informantes utilizan para describir su experiencia o que han recibido a lo largo de su interacción con servicios de salud mental, constituyen maneras diversas de categorizar, racionalizar, entender y nombrar el malestar antes que categorías definitivas o cerradas en sí mismas. Por ello, debe tenerse en cuenta que las vivencias asociadas al TLP coexisten con un continuo de formas muy diversas de clasificar y entender el malestar emocional.

Alessandra, por ejemplo, me comentó que además de estar diagnosticada con TLP ella tiene también un diagnóstico de “trastorno por déficit de atención sin hiperactividad” (TDA) y que se siente muy identificada con diversos criterios del “síndrome de asperger” también, especialmente debido a sus problemas para socializar e interactuar con otras personas. Alessandra considera que el no haber recibido el apoyo necesario para abordar estas situaciones podría haber favorecido la aparición de sus cuadros de ansiedad y depresión y, posteriormente, el desarrollo de diversas conductas y emociones asociadas al TLP:

Creo que el diagnóstico de TLP empezó tal vez con ansiedad y depresión y llegó un punto que ya no pude controlarlo más y se dio el TLP. No sé si así funciona, no sé si hay algo que lo active pero también hay algo que me he puesto a pensar bastante este año y es que yo seguía una página sobre una chica que es bipolar, autista y tiene déficit de atención y me identificaba con muchas cosas que ella publicaba sobre el autismo. Y he hecho tres pruebas ya de autismo y sale que tengo autismo. Lo más probable es que tenga asperger pero también dicen que el autismo es un espectro y que no hay que

ponerle un nombre en específico. No me he hecho la prueba con un profesional, pero viendo cómo me relaciono con las personas siento que es bastante probable y explicaría muchas cosas pero creo que eso no quita el diagnóstico de TLP (...) Mi teoría en verdad es que probablemente tenga asperger y déficit de atención desde pequeña y que nunca lo trataron y de ahí me dio ansiedad y depresión, y, eventualmente explotó en el TLP porque el TLP es básicamente desarrollar un tipo de personalidad para afrontar tus traumas. Entonces, esa es mi teoría. No sé si tratando la raíz todo lo demás desaparezca, tal vez sí, no lo sé la verdad (Alessandra - Entrevista 3)

Sin embargo, como se observa en el relato, estas interpretaciones no son estáticas sino, por el contrario, múltiples y diversas. Conversando más a profundidad sobre el tema en la siguiente entrevista, por ejemplo, Alessandra me comentó que el hecho de identificarse y/o ser diagnosticada con tantos “trastornos” le resultaba confuso al punto que muchas veces ya no sabía qué era lo que realmente tenía o qué etiqueta usar para describir su experiencia. Por ejemplo, ella mencionó si bien consideraba que podía tener “síndrome de asperger” por su dificultad para interactuar con otras personas, este miedo extremo a socializar podría ser también ser una consecuencia del trauma generado por experiencias como el abuso sexual o el acoso escolar por su peso, ya que el hecho de sentirse “gorda” durante su adolescencia la llevó a aislarse de las personas de su entorno porque sentía mucha vergüenza de su cuerpo. En este sentido, Alessandra agregó que, desde su perspectiva, considera que los diagnósticos son también bastante relativos y que el hecho de identificarse con una u otra etiqueta responde muchas al hecho de querer encontrar una explicación “lógica” a estas experiencias:

Tampoco sé si en verdad tenga asperger. Es como una idea que tenía pero en cierto punto te dicen que tienes tantas cosas que ya da igual. Mi última psiquiatra me dijo que era propensa a las adicciones y según mi psicólogo eso era lo que me activaba la ansiedad. Siento que siempre regresa la ansiedad y no sé, leí que Anthony Hopkins, que es un actor, se dieron cuenta que tenía asperger cuando tenía entre 60 y 70 años y lo que le pasaba era que tomaba porque no aguantaba las interacciones sociales y tomaba siempre en esas situaciones y era por el asperger. Siento que me cuesta mucho interactuar con los demás pero no sé porque exactamente. Pero si veo más a fondo también son circunstancias en las que he tenido algún trauma. Entonces no sé si mi falta de habilidades sociales sea por asperger o por mis traumas. Pero creo que hay veces en que estás tan desesperado por ponerle un nombre a lo que sientes y saber qué hacer. Antes yo sí era super sociable y extrovertida pero no sé qué pasó. Creo que empecé a aislarme cuando

empezó lo del TCA, también porque no me sentía cómoda con mi cuerpo entonces no quería ver a nadie (Alessandra - Entrevista 4)

Diana, por su parte, menciona sentir mucha afinidad y encontrar muchos puntos en común con personas diagnosticadas con TDAH, “trastorno bipolar”, condiciones del espectro autista, entre otros. En particular, ella destaca su dificultad para concentrarse y encajar en el sistema académico tradicional, sus problemas para regular sus emociones y socializar con otras personas, o su tendencia a la sobreestimulación sensorial- manifestada a través de, por ejemplo, crisis de ansiedad generadas por ruidos o espacios con muchas personas- como algunas de las cosas que encuentra en común con estas otras condiciones:

Sobre todo el tema social nos cuesta más y a veces la gente dice "ay, que rara esta persona", ¿no? Por qué es así o por qué es tan callada o por qué habla tanto de este tema nada más. Lo veo con los autistas. Las personas autistas tienen temas con los que se fijan, como fijaciones y veo eso por ejemplo. También el tema de no poder encajar en el sistema académico tradicional o el problema para concentrarse (Diana - Entrevista 3)

Cuando siento demasiados estímulos externos es como si mi cerebro le pasa esto que le pasa a las teles cuando no captan canales, que hay ruidos y estos cuadraditos. Algo así es lo que yo experimento en mi cerebro, o cuando estoy con mucha gente me empieza a doler la cabeza, me empiezo a agobiar bien feo y me cuesta hablar (Diana - Entrevista 3)

Finalmente, considero importante mencionar también otro concepto bastante frecuente y asociado al TLP en los relatos de las jóvenes: la neurodivergencia. Según Sánchez (2020), el paradigma de la neurodivergencia emerge del concepto de neurodiversidad planteado por la socióloga Judy Singer, y hace referencia a la reivindicación y desmedicalización del autismo. Desde esta perspectiva se plantea que la idea de que existe un funcionamiento neurocognitivo “normal” y otro “anormal” responde a una suposición social y culturalmente construida, ya que la diversidad en el funcionamiento neurológico, sensorial, comunicativo y social- es decir, la “neurodiversidad” -es una característica intrínseca a los seres humanos.

De esta manera, se plantea que aquellas experiencias que suelen clasificarse como “patológicas” suelen ser también aquellas desviadas de las ideas, y expectativas social y culturalmente construidas de “normalidad”. Por esta razón, se

establece una postura crítica hacia la medicalización del autismo y se plantea que este, lejos de ser un “trastorno” o “enfermedad”, constituye tan solo una forma diferente- o “divergente” -de sentir, percibir, interpretar y relacionarse con el mundo. Actualmente, este concepto se ha extendido a una variedad de diagnósticos psiquiátricos tales como el “trastorno por déficit de atención e hiperactividad” (TDAH), el “trastorno bipolar”, entre otros. En el caso de las jóvenes, la neurodivergencia aparece también como un concepto vinculado al TLP y a sus experiencias de malestar emocional en general:

Son cosas que no les pasa a otras personas, o sea personas no neurodivergentes no les pasa esto (Carolina - Entrevista 4)

El tema de la neurodivergencia lo tenemos todas las personas que no cumplimos con un cerebro como entre comillas normal. No me gusta usar esa palabra pero no tenemos un cerebro normal. Cuando tienes un trastorno entras en ese espectro, o sea, nuestro cerebro no funciona en la forma que funcionan los cerebros neurotípicos que es como la gente espera que funcione un cerebro y funcione una persona. Yo personalmente si me veo muy reflejada en este concepto de la neurodivergencia porque como te digo sigo a gente autista, gente con TDA, TDAH, sigo a gente con bipolaridad y encuentro demasiados puntos en común entre todos estos síndromes, trastornos, diagnósticos, encuentro un montón de puntos en común y en la forma en cómo nos relacionamos con los demás y cómo pensamos, cómo funciona nuestro cerebro, las cosas que nos agobian, todo eso. Hay demasiados puntos en común y siento que encajo ahí (Diana - Entrevista 3)

En este sentido, resulta interesante observar también cómo el concepto de neurodivergencia proporciona una mirada distinta al concepto de TLP al situar este diagnóstico en un contexto de crítica al paradigma biomédico y su definición de lo “normal” / “anormal”. Sin embargo, es importante mencionar también la medicalización que este concepto adquiere algunas veces ya que, tal como se observa en el relato de Diana, el término no necesariamente hace referencia a un cuestionamiento a la noción de “trastorno mental” en sí, sino que el ser una persona neurodivergente puede ser, más bien, asociado al hecho de tener una “condición psiquiátrica” o un funcionamiento cerebral distinto por “naturaleza”, lo que desdibuja también la presencia de otros factores que pueden influir o atravesar este tipo de experiencias.

Por otro lado, es importante recalcar la manera en la que el término de neurodivergencia aparece también como un concepto que genera un sentido de pertenencia a través del cual las informantes pueden sentirse parte de una comunidad - en este caso, la comunidad de personas neurodivergentes o que se identifican con algún “trastorno mental”. Diana, por ejemplo, menciona que algo que la ha venido ayudando mucho en su proceso emocional es involucrarse en el “activismo neurodivergente” y seguir en redes sociales blogs de diversas activistas diagnosticadas con TDAH, autismo, “trastorno bipolar”, entre otros, así como establecer vínculos y amistades con otras personas dentro del “espectro neurodivergente” en general. En este sentido, ella recalca que se siente bastante identificada con estas personas, y que estos vínculos le otorgan un sentido de pertenencia a través del cual ha podido llegar a sentirse muy acompañada.

En este sentido, resulta interesante observar cómo las informantes recurren a una diversidad de etiquetas para, sea a través del diagnóstico de TLP o de otros diagnósticos psiquiátricos o conceptos en general, dar sentido a sus comportamientos y emociones, así como a diversas vivencias relacionadas con su salud mental en general. Así mismo, como se observa en los relatos, el diagnóstico de TLP no constituye un concepto estático sino, más bien, una categoría bastante relacional que puede adquirir múltiples significados de acuerdo con el contexto y la historia de vida de las informantes, así como relacionarse con otros “trastornos mentales” en general.

3.4. Narrativas de recuperación

Uno de los aspectos más controversiales en torno al diagnóstico de TLP es si se puede hablar de una recuperación como tal. Si bien existen diversos matices e interpretaciones en cuanto al tema existe cierto consenso en el ámbito clínico de que, al tratarse de un “trastorno de la personalidad”, se trata de una condición crónica que no se puede “curar” pero sí llegar a “manejar”. El tratamiento psicológico y/o farmacológico, en este sentido, es visto como la herramienta por excelencia para “controlar” esta condición.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que lo que las jóvenes consideran como “recuperación” adquiere también una diversidad de significados que desbordan estas definiciones dominantes. En sus relatos, por ejemplo, las informantes identifican una diversidad de espacios recuperativos no necesariamente vinculados con los tratamientos. Además, lo que se entiende por “recuperación” no necesariamente implica una dicotomía entre lo “sano/enfermo”, ni tampoco el no volver a experimentar nunca un malestar, sino que representa- en muchos casos- el hecho de poder lidiar con estas experiencias de una mejor manera, y contar recursos y contextos que les permitan desarrollar una mayor estabilidad emocional.

En este sentido, resulta interesante observar cómo estas interpretaciones clínicas responden también a una serie de suposiciones que minimizan la agencia de las informantes para hacer frente a su proceso de recuperación: al ser su personalidad entendida como el resultado de una “alteración” psicobiológica se piensa que esta no puede cambiar. No obstante, esta visión responde a una perspectiva biomédica que promueve una mirada bastante rígida y estática sobre estos procesos. Como sugiere Good (1994), desde la biomedicina se ha tendido a ubicar las relaciones sociales en la periferia del padecimiento; sin embargo, esta mirada puede resultar bastante problemática: “casi como acto reflejo pensamos que el comportamiento reside en nuestros genes, y las causas de la enfermedad, en el cuerpo medicalizado individual. Si estuviésemos igual de convencidos de que la organización social y las relaciones sociales son profundas y básicas, la fuente ontológica de la gran cadena del ser, parecería incomprensible seguir buscando diferencias genéticas respecto al rendimiento escolar de los niños o seguir ignorando los orígenes sociales de la mortalidad infantil” (p. 148).

3.4.1. El proceso de recuperación

Un aspecto en común entre las informantes es que todas ellas expresaron encontrarse- en mayor o menor grado- más estables a nivel emocional en la actualidad. Si bien en algunos casos lidiar con emociones intensas o impulsos de ciertas conductas sigue siendo muchas veces un reto aún, las jóvenes describen haber aprendido a sobrellevar de una mejor manera estas situaciones y

experimentado una reducción gradual de muchos “síntomas” asociados con el TLP. En este sentido, ellas recalcan también que es importante no pensar en la recuperación como un proceso “lineal”, ya que este se desarrolla de manera gradual y progresiva a lo largo del tiempo, e incluso experimentar una recaída puede ser formar parte de este proceso también.

En el caso de Alessandra, por ejemplo, ella me comentó que continúa experimentando algunas crisis de ansiedad y episodios de disociación en ocasiones aún. Sin embargo, considera que ahora puede identificar y manejar estas situaciones con mayor facilidad sin llegar a incurrir en conductas como intentos de suicidio o consumo de sustancias. Ella enfatiza que a futuro le interesa continuar desempeñándose en el ámbito de la música, y postular a una beca para estudiar y quedarse a vivir en el extranjero de ser posible.

Imagen 3

Relato de Alessandra sobre el proceso de recuperación

la he pasado luchando contra mi realidad. Hay días buenos y otros en juegos los que siento que hay un monstruo debajo de mi cama aferrándose a ella, me paraliza. Sin embargo, ahora entiendo que yo no soy lo que me pasó, y tampoco soy mi enfermedad mental. Ahora sé que cada día es una página diferente en la cual puedo escribir una nueva historia.

Fuente: Trabajo de campo

Valeria, por su parte, menciona también que si bien aún le cuesta manejar sus emociones y estas pueden llegar a ser muy “intensas” en ocasiones, ha podido dejar de incurrir en conductas de riesgo -como la anorexia, la bulimia, el consumo de alcohol o la autolesión - y sentirse mucho más tranquila a nivel emocional. Además, considera que hoy en día tiene vínculos interpersonales estables que la hacen sentir muy querida y acompañada, y que cambiarse a la carrera de psicología para formarse como psicoterapeuta la ha ayudado a estar más alineada con sus intereses profesionales y sus necesidades emocionales también:

Yo particularmente me siento mucho más estable y siento que no cumplo con todos los checks que cumplía antes porque muchas conductas problemáticas se han ido. Por lo menos sé que ya no lidio de esa manera con las emociones

llenando vacíos con riesgos, con conductas riesgosas (...) Yo siento que he avanzado un montón a como era cuando era chiquita (Valeria - Entrevista 4)

Carolina, por su parte, menciona que si bien algunas veces sus emociones pueden llegar a ser muy intensas y que en ocasiones ha vuelto a sentir cierto impulso de autolesionarse, hoy en día se encuentra anímicamente mucho más estable y no ha vuelto a cortarse ni a tener conductas que pongan en riesgo su integridad en general. Actualmente se encuentra ya cerca a culminar sus estudios universitarios y a futuro le interesa trabajar de manera independiente en su carrera:

Sí comparas la cantidad de días malos con días buenos ahora hay muchísimos días buenos a comparación de antes. Antes podía tener dos días buenos en un mes y ahora es al revés (Carolina - Entrevista 3)

Diana, por su parte, señala también que si bien ella se siente aún bastante identificada con este “trastorno”, y que lidiar con sus emociones y ciertos impulsos de autolesión le cuesta mucho aún, hoy en día se encuentra más estable a comparación de hace unos años. Además, ella recalca que ha podido desarrollar vínculos y redes de apoyo que la han ayudado mucho en este proceso, y considera que independizarse de sus padres, continuar con su emprendimiento en la ilustración, y vivir sola al terminar la universidad es algo que la ayudará también a poder estar más tranquila a futuro.

3.4.2. Espacios recuperativos

Las informantes identifican diversos espacios como contextos que han tenido un rol fundamental de su proceso de recuperación: amistades, redes y grupos de apoyo, terapia psicológica, actividades artísticas, entre otros. Como se mencionó anteriormente, es importante recalcar que estos espacios recuperativos no necesariamente se reducen al contexto del “tratamiento”, ya que las vivencias de las jóvenes son muy diversas e implican en muchos casos experiencias que van mucho más allá de un ámbito clínico. Diana, por ejemplo, recalca mucho la importancia de sus vínculos interpersonales y sus redes de apoyo en su proceso de recuperación, ya que conocer a personas que se identifican con un “trastorno mental” o lidian

diversos problemas de salud mental en general es algo que la ha ayudado a sentirse mucho más comprendida y acompañada en su proceso emocional. Recientemente, ella acudió también a un grupo de apoyo virtual para mujeres diagnosticadas con TLP donde pudo conocer a otras jóvenes atraviesan este tipo de experiencias:

Me di cuenta que compartíamos muchísimos puntos todas en nuestras experiencias. Habían muchas cosas que se repetían como lo de abuso sexual, violencia física de papás o de pareja, el TCA, el tema de las autolesiones, bullying, como que veníamos todas del mismo lugar y para mí fue una experiencia bastante reconfortante porque yo jamás había conocido a alguien que tuviera TLP y tenido la oportunidad de hablar sobre esto. Yo siento que a veces es muy difícil para mí empatizar conmigo misma entonces verlo a través de otras personas y decir "ok, si yo respeto a esta persona y puedo llegar a empatizar y querer a esta persona que tienen esa condición ¿por qué no lo puedo hacer conmigo misma?" (...) Incluso, hay chicas que están dentro del grupo y que he llegado a conocer en persona y me parece muy chévere poder formar comunidad porque creo que ayuda un montón (Diana - Entrevista 3)

En el caso de Valeria y Carolina, ellas identifican la terapia dialéctico conductual como uno de los recursos que más las ha ayudado a nivel emocional. Ellas mencionan que esta terapia les permitió autoconocerse y aprender diversas herramientas para vincularse de una mejor manera con sus emociones. Además de la terapia psicológica, Carolina identifica también el apoyo y el soporte emocional de su padre como uno de los factores que más influyó en su proceso de recuperación. Ella recuerda que él fue una de las personas que más soporte y contención emocional le brindó durante todo su proceso con respecto al diagnóstico de TLP:

Siempre hablaba conmigo al respecto. Siempre me preguntaba cómo iban las sesiones, como me estaba sintiendo y siempre me empezó a preguntar tipo por, no por los cortes en sí, pero me preguntaba si había tenido la necesidad de hacerlo, cosas así. Y me decía que cuando sintiera que necesitaba cortarme que lo buscara a él y que podía hablar con él o descargarle con él, que él me iba a ayudar (Carolina - Entrevista 2)

Además, ella menciona que contar con el apoyo de su madre para acudir a terapia psicológica es algo que la ha ayudado también mucho ya que inicialmente esta no la entendía pero actualmente ha podido comprender más sobre estos temas y apoyarla. Por su parte, Valeria considera también que contar con una red de apoyo

sólida en sus amigos ha sido una de las cosas que más la ha venido ayudando en su proceso de recuperación, ya que le ha permitido sentirse acompañada y escuchada, y poder canalizar sus emociones en momentos difíciles:

No son tantos amigos los que tengo pero los pocos que tengo los amo con todo mi corazón y los cuido mucho, y estoy muy agradecida de tenerlos en mi vida. Y esa escucha que es como, no sé, es una escucha gratuita, no sé si esa es la palabra correcta pero es una escucha llena de amor (...) Simplemente aprecio mucho esos momentos en los que nos damos apoyo y eso también me ha ayudado un montón durante la pandemia (...) Tengo dónde depositar lo que siento y sé que voy a ser como contenida. Igual ellos cuentan conmigo para eso. Yo también voy a hacer lo mismo para ellos, porque los amo (Valeria - Entrevista 3)

Por otro lado, es importante destacar también la importancia de ciertos factores contextuales como parte del proceso de recuperación de las informantes. Alessandra, por ejemplo, identifica el independizarse y mudarse de la casa de sus padres como una de las cosas que más la ha ayudado a estabilizarse a nivel emocional. En este sentido, ella menciona que por mucha terapia psicológica o tratamientos que pudiera realizar, esto no le servía de mucho ya que tener una mala relación con ellos y estar permanentemente en ese ambiente le detonaba crisis constantes. Por ello, independizarse implicó un paso fundamental para la mejoría de su salud mental también.

Diana, por su parte, resaltó también que al ser la universidad uno de los principales detonantes de sus crisis, salir de vacaciones y no estar en clases es algo que la suele ayudar mucho a regular su ánimo. Si bien ella se encuentra estudiando aún, actualmente está cursando ya su último ciclo, y considera que al egresar y cerrar esta etapa va a poder sentirse mucho más estable a nivel emocional también:

Yo me he dado cuenta de que la universidad es un gran detonante. Entonces, terminó el ciclo y sentí mucha menos carga. Como que me quitaron un peso enorme de encima y sentí clarísimo cómo mi estado de ánimo se fue regulando bastante. Sí tenía crisis pero no eran tan frecuentes como cuando estoy en la universidad (Diana - Entrevista 2)

Del mismo modo, como se mencionó anteriormente, ella considera que poder mudarse de la casa de sus padres en un futuro cercano será también un factor importante para continuar mejorando en lo que respecta a su salud mental.

3.4.2.1. El arte como espacio de sanación y expresión emocional

Dentro de las reflexiones sobre el proceso de recuperación de las jóvenes, considero importante dedicar una sección a la creación artística y a la manera en la que esta se constituye como un espacio recuperativo fundamental, así como un espacio de creación de significados alternativos en torno al “trastorno” en general. Este es el caso de Diana, Alessandra y Carolina, quienes mencionan que actividades como el dibujo, la música, la poesía o la pintura les han permitido expresar y canalizar emociones en momentos intensos de malestar emocional

Para Diana, por ejemplo, el dibujo representa un espacio donde puede plasmar y canalizar diversas emociones, especialmente aquellas en otros contextos pueden ser difíciles de expresar. Al ser una persona con una inteligencia muy visual, ella cuenta que esta actividad tiene un efecto bastante terapéutico en ella ya que plasmar sus sentimientos en un dibujo la ayuda a observar y comprender más sus emociones y, en consecuencia, a desarrollar una relación más sana con estas:

Yo dibujo desde muy chiquita. Nunca he parado de dibujar porque ha sido mi forma de expresar todo lo que siento y no puedo decir con palabras. Me considero un poco mala con las palabras entonces todo lo manifiesto por ahí. Y siento que eso ha acompañado un montón el proceso emocional cuando empezó a salir este tema del trastorno. Y distintos problemas que he tenido aparte del TLP los he podido ir plasmando ahí. Es el lugar por el que canalizo todas mis emociones, las buenas y las malas, todo (Diana - Entrevista 1)

Cada vez que me siento mal o tengo una crisis yo empiezo a ver imágenes que puedo relacionar con lo que me está pasando y una vez que ya estoy más estable, todas esas imágenes pasan a ser parte de un archivo imaginario y voy desarrollando las que más me resuenan, las que más me han quedado. Y eso me ha ayudado un montón para entender lo que estoy sintiendo y saber de dónde viene porque dibujar es como un momento de desconexión con lo demás, con lo que me rodea, con las distracciones que puedo tener usualmente para centrarme en mí, en lo que sentí y en lo que estoy haciendo. Entonces me da ese espacio que creo que de otra manera no tendría para pensar y analizar todo lo que estoy sintiendo (Diana - Entrevista 4)

Imagen 4

“Suéter”. Dibujo de Diana.



Fuente: Trabajo de campo

Imagen 5

Versión de El nacimiento de Venus de Botticelli. Dibujo de Diana.



Fuente: Trabajo de campo

Su pasión por el dibujo la ha llevado a crear también su propio emprendimiento donde actualmente se desempeña como ilustradora freelance realizando ilustraciones a pedido. A través de su trabajo, ha tenido la oportunidad de crear diseños para marcas, libros o portadas de canciones, y cuenta también con su propio *merchandising* con bolsos, agendas, stickers y diseños de tatuajes. Para Diana, este espacio ha significado también una manera de reencontrarse y redescubrir su potencial y sus habilidades más allá del sistema académico y universitario, el cual- como se mencionó anteriormente- ha constituido para ella un gran factor de malestar emocional.

Imagen 6

“Refugio”. Dibujo de Diana.



Fuente: Trabajo de campo

Alessandra, por su parte, identifica también la música y la poesía como actividades que han tenido un rol fundamental en su proceso emocional. Desde su adolescencia, ella escribe y compone canciones, y se ha venido formando por su propia cuenta en diversos cursos para aprender más, y poder producir e interpretar sus propias composiciones. Un episodio que ella recuerda mucho es que cuando sufrió el encierro involuntario en su casa, tocar guitarra fue una de las cosas que la fue “salvando de a poquitos”.

Imagen 7

Versión de El beso de Gustav Klimt. Dibujo de Diana.



Fuente: Trabajo de campo

Hubo una semana que no hacía nada porque me había tomado un montón de pastillas y no me las sacaron de mi cuerpo en sí, solo trataron de que mi cuerpo las aguante (...) Siempre me pasaba con la música que me sentía demasiado inútil. No entendía lo que me explicaban pero ahí me di cuenta de que estaba entendiendo todo lo que nunca había entendido en mi vida. Porque siempre he llevado varios cursos de guitarra pero nunca entendía nada. Pero ahí estaba entendiendo, era como no entiendo ni quién soy en este momento pero estoy entendiendo esto. Siento que eso me salvó, me fue salvando de a poquitos porque la situación de mi casa era terrible. Si no hacía eso simplemente estaba tirada en mi cama (Alessandra - Entrevista 3)

Además de cantar, escribir, componer y tocar algunos instrumentos musicales, Alessandra pinta en ocasiones también. Para ella, todas estas actividades constituyen espacios de “catarsis” en los que puede canalizar diversas emociones y malestares, especialmente aquellos que en otros contextos son muchas veces difíciles de expresar. Recientemente, publicó también a través de una editorial un poemario con una recopilación de escritos en los que aborda sus vivencias en torno al diagnóstico de TLP y su salud mental en general:

Es como una manera de hacer catarsis, tal vez lo que no me atrevo a decir lo digo ahí. A veces son cosas que no salen de mi cabeza porque no le puedo decir a nadie, más que nada eso. Con el poemario por ejemplo hay cosas que no puedo decir a nadie y las escribo ahí. También con las canciones siento que todo está escrito a partir de cosas que me han pasado o aun no supero, cosas que me duelen (Alessandra - Entrevista 4)

Carolina, por su parte, me comentó también que su conexión con la literatura es una de las cosas más la ha ayudado a sobrellevar momentos intensos de malestar emocional. Desde muy pequeña, ella tuvo un gran interés por la lectura y conforme fue creciendo comenzó a escribir poesía también. Durante sus primeros años de universidad conoció, además, el *art journaling*, una expresión artística que consiste en la creación de diarios personales mediante el uso de diversas técnicas como la escritura, el dibujo o el collage. Ella cuenta que esta práctica la ayudó mucho a sobrellevar sus crisis de ansiedad en un contexto en el cual no había podido llevar una terapia psicológica aún. Todas estas actividades le han permitido canalizar y expresar diversas emociones, así como “documentar” su proceso emocional, y poder ver sus avances y progresos a lo largo del tiempo:

Imagen 8

Cuadernos de art journal de Carolina



Fuente: Trabajo de campo

Yo desde pequeña estaba bastante vinculada con los libros y siempre se me inculcó la pasión por la lectura. Tenía 8 años y leía la poesía completa de Vallejo, bien torturada su poesía, bien triste. Pero yo lo amaba y decía “imagínate el dolor que esta persona debe sentir para decir que nació un día en el que Dios estuvo enfermo” (...) Y cuando fui creciendo y empecé con todo esto de ponerme mal empecé a escribir bastante. También empecé a hacer art journaling y fue algo que me ayudaba a poder sacar todo (...) Cuando regrese a Lima empecé a escribir varias cosas también y estoy recopilando todos esos poemas sobre la muerte de mi papá (...) Me ayudó un montón. Siento que si no hubiera escrito no estaría donde estoy ahorita porque hay muchas cosas que te ayuda a sacar y que no podrías expresarlo de otra manera. Es como la gente que dibuja, que pinta, que actúa, que hace cine (Carolina - Entrevista 4)

Imagen 9

Relato de Carolina en cuaderno de art journal



Fuente: Trabajo de campo

Actualmente, Carolina se encuentra haciendo también una recopilación de poemas que escribió en torno a la muerte de su padre. En este sentido, ella menciona que escribir sobre esto es algo que la ayudó mucho a procesar emociones difíciles durante su etapa de duelo. Good (1994) es uno de los autores que ha

abordado este tema mencionando como el conocimiento médico y científico constituye solo uno de los muchos “mundos de experiencia” que habitamos, mundos que incluyen también espacios como la experiencia religiosa, artística, musical, entre otros. En este sentido, el autor menciona que entender un padecimiento físico o psíquico en todas sus modalidades sensitivas implica aproximarse también a todas estas otras dimensiones de la experiencia, las cuales muchas veces se encuentran atravesadas por espacios como, por ejemplo, la experiencia sensorial a través del arte.

Imagen 10

Poesía y collage de Carolina en cuaderno de art journal



Fuente: Trabajo de campo

4. Capítulo 4: Narrativas sobre el TLP en espacios terapéuticos y experiencias en servicios de salud mental

En este capítulo se presentarán las narrativas sobre el TLP presentes en espacios terapéuticos, y las experiencias de las jóvenes en servicios e instituciones de salud mental. En primer lugar, se desarrollarán las narrativas, discursos e interpretaciones sobre el TLP presentes en profesionales de la salud mental. En segundo lugar, se abordarán las experiencias de las informantes en tratamientos y espacios como la terapia psicológica, los tratamientos farmacológicos, y las hospitalizaciones o internamientos psiquiátricos. Finalmente, se desarrollarán también las narrativas sobre el TLP presentes en otros espacios terapéuticos tales como los grupos de apoyo orientados a personas con este diagnóstico.

4.1. Narrativas sobre el TLP en profesionales de salud mental

En esta sección se desarrollarán las narrativas, discursos e interpretaciones sobre el TLP presentes en profesionales de salud mental. Es importante mencionar que estas narrativas presentes en los profesionales atraviesan también las historias de vida de las informantes ya que a lo largo de su vida estas han acudido a una diversidad de tratamientos y servicios de salud mental. Para ello se describirá, en primer lugar, la observación realizada a un episodio sobre el TLP que forma parte de un programa televisivo nacional sobre temas de salud. Posteriormente, se desarrollarán las narrativas sobre el TLP presentes en los profesionales de salud mental entrevistados.

4.1.1. Imágenes sobre el TLP en un programa televisivo nacional

Con el objetivo de profundizar en los imaginarios y las percepciones sobre el TLP presentes en los profesionales de salud mental consideré pertinente complementar las entrevistas realizadas con la observación a un programa de televisión nacional sobre temas de salud. Se observó un episodio dedicado al TLP, el cual tuvo una duración aproximada de dos horas y fue transmitido en el año 2019.

El desarrollo de este episodio estuvo conducido por dos presentadores y tuvo como invitados a un panel de especialistas de salud mental, entre los cuales se encontraban un médico psiquiatra de un hospital psiquiátrico en Lima y dos psicoterapeutas que brindaban atención particular en Lima también. El programa transcurría a manera de una conversación entre los profesionales, quienes brindaban información sobre el “trastorno”: síntomas, causas, tratamiento, pronóstico, entre otros. La conversación era moderada por los conductores y complementada con la presentación de algunas diapositivas que reunían datos relevantes sobre el tema. Así mismo, en diferentes momentos del programa se proyectaban preguntas que algunos espectadores iban realizando a través de las redes sociales y, posteriormente, eran respondidas en el panel.

En cuanto a la definición del TLP, los “síntomas” más enfatizados del “trastorno” fueron la inestabilidad emocional- expresada a través de emociones intensas y cambiantes -la impulsividad, los problemas en el manejo de la ira, las relaciones interpersonales conflictivas, y las conductas autoagresivas y suicidas. Los especialistas mencionaron que las emociones de estos pacientes eran intensas y “exageradas”, por lo que solían sobre-reaccionar y tener crisis muy severas frente a situaciones cotidianas y “pequeñas”. Además, se mencionó que estos solían lidiar también con sentimientos crónicos de “vacío” e insatisfacción. Del mismo modo, cabe resaltar que los especialistas no profundizaron en la mayor prevalencia del “trastorno” en mujeres.

Otro de los aspectos más resaltantes durante mi observación fueron los discursos por parte de los especialistas en torno a la autolesión. Si bien estos buscaban explicar y dar un sentido a estas conductas mencionando que los pacientes solían recurrir a ello para calmarse y aliviar emociones intensas en momentos de crisis, la mirada en torno a estos comportamientos resultaba también bastante estigmatizante en algunos casos. En una de las conversaciones sobre el tema, por ejemplo, una de las psicoterapeutas mencionó que las autolesiones podían responder también a ciertas ganas de “llamar la atención” ya que las personas con este “trastorno” solían ser personas bastante “dramáticas”:

Presentadora: O sea, ¿no lo hacen para llamar la atención?

Psicoterapeuta 1: tiene a veces su dosis, porque suelen ser personas dramáticas, pero lo que muchas veces te cuentan en consulta es que se cortan para ver la sangre, sentir el dolor. Al sentir dolor el cerebro genera endorfinas y eso te calma.

Posteriormente, el médico psiquiatra agregó que esta “manipulación” podía presentarse también en los intentos de suicidio, ya que muchas veces estos comportamientos no tenían como finalidad morir sino manipular a las personas del entorno para conseguir algo, pero que igualmente era importante tener cuidado porque a los pacientes se les podía llegar a “ir la mano”.

En este sentido, considero fundamental reflexionar sobre cómo las narrativas en torno al “trastorno” no se limitan a una descripción clínica u “objetiva” del “trastorno”, sino que contienen también una serie de juicios de valor sobre los pacientes con este diagnóstico. En el caso anteriormente mencionado, por ejemplo, la persona diagnosticada con TLP es construida como una persona “dramática” y “manipuladora”, lo que contribuye a reforzar imaginarios estereotipados y la concepción de estas conductas como intentos de “llamar la atención” -una creencia que, tal como se ha mencionado en las secciones anteriores, ha estado muchas veces presente en los familiares y las personas del entorno de las informantes.

Otro de los imaginarios que pude observar fue la imagen del paciente diagnosticado con TLP como una persona “inestable” e “inconstante” en cuanto a metas, proyectos de vida, estudios, entre otros. Los profesionales mencionaban que, debido a su “inconstancia”, estos pacientes solían también abandonar o dejar los tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos inconclusos, y que esto era algo que afectaba, por lo tanto, su proceso de recuperación también:

Médico psiquiatra: tienen que tener un tratamiento constante, regular y eso es lo difícil en ellos porque no logran fijarse. Como son inconstantes tampoco logran fijarse en un tratamiento.

Sin embargo, me parece importante reflexionar sobre cómo estos discursos pueden promover cierta culpabilización hacia los pacientes al no considerar otros factores que pueden intervenir en la inconstancia en los tratamientos como, por

ejemplo, la falta de apoyo por parte de familiares, los efectos secundarios de los medicamentos o las experiencias negativas en servicios de salud mental, las cuales han estado presentes en las historias de vida de las jóvenes también. Al mismo tiempo, estas concepciones sobre el paciente diagnosticado con TLP pueden contribuir a individualizar diversas problemáticas. En el capítulo anterior se mencionó cómo varias de las informantes tuvieron una relación bastante complicada con sus estudios universitarios, al punto de optar por retirarse de algunos cursos o del ciclo por temas de salud mental y ver su egreso retrasado en muchos casos. Sin embargo, resultaría difícil afirmar que esto responde a una falta de “constancia” y no a factores propios del sistema educativo como, por ejemplo, la sobre exigencia y la competitividad académica, y el impacto de estas situaciones en el deterioro de la salud mental, o la falta de flexibilidad de estos espacios para hacer frente a las problemáticas de salud mental con las que muchas de las jóvenes venían lidiando.

Otro aspecto que llamó mi atención fue la relación establecida entre el TLP y las conductas agresivas. Si bien los especialistas recalcaron que no necesariamente todas las personas con este “trastorno” eran agresivas, enfatizaron estas solían tener problemas para controlar su ira, y que esto las hacía propensas a tener peleas constantes y relaciones interpersonales conflictivas en general:

Psicoterapeuta 1: Pueden ser chicos que tienen una reacción tan desbordada que terminan pues en la comisaría después de un pleito o en un conflicto con la pareja se descontrolan.

Médico psiquiatra: Son las personas típicamente fosforito, por un evento simple se encolerizan enormemente y no miden las consecuencias.

Resulta también interesante la manera en la que estos comportamientos eran explicados en términos de un funcionamiento y una estructura cerebral “distintos” por parte del médico psiquiatra, quien argumentaba que las personas con TLP tenían un desbalance en ciertas áreas cerebrales encargadas de regular la impulsividad- como, por ejemplo, el área prefrontal y el área límbica- y que esto ocasionaba problemas para controlar adecuadamente los impulsos. En este sentido, destaca también el énfasis biologicista otorgado a los “síntomas” ya que estos son planteados como resultado de un desbalance cerebral en la persona sin considerar otros factores y contextos que, tal como se observado en los relatos de las jóvenes,

pueden estar produciendo estas experiencias de malestar emocional. Como sugiere Good (1994), es importante considerar que el mundo médico implica también la construcción de una forma específica de la realidad a través de la cual se aprende a transformar a la persona en un proyecto médico y su experiencia, en “síntomas” a curar mediante un tratamiento específico. Sin embargo, esta perspectiva impide entrar en la esfera de la significación y la experiencia, las cuales desbordan a menudo las definiciones clínicas oficiales (Theidon, 2004).

Cabe enfatizar que durante el transcurso del programa el conductor preguntó a los especialistas si las personas que cometían feminicidios podían “tener TLP”. Ante esto, el médico psiquiatra contestó que tal vez podrían tener al menos algunos “rasgos” del “trastorno”. El comentario surgió a partir de que estos mencionaron que otro de los “síntomas” presentes en algunos pacientes con este diagnóstico era la presencia de un fuerte miedo al abandono por parte de sus seres queridos, por lo que muchas veces podían llegar a recurrir a comportamientos “extremos” para evitar que sus parejas o amistades los dejaran:

Presentador: ¿Y esos pacientes, personas que están por ejemplo con los feminicidios y que lo fue a perseguir, se fue, no aceptan que la abandonó, también podrían tener este tipo de trastornos?

Psicoterapeuta 1: Puede ser como puede no ser

Médico psiquiatra: Pero podría ser, que tengan algunos rasgos por lo menos

Sin embargo, considero importante reflexionar sobre cómo estos discursos pueden promover una medicalización, individualización y despolitización de ciertas problemáticas sociales como, por ejemplo, la violencia de género al sugerir que las causas de los feminicidios responderían a la presencia de un “trastorno mental” en el perpetrador. Como sugieren Shaw y Proctor (2005), es importante considerar que la psiquiatría no constituye un conocimiento “neutral”, sino que se encuentra atravesada por relaciones de género y poder que pueden ser funcionales a reforzar el *statu quo* de la violencia hacia las mujeres y otros sistemas de opresión. Resulta interesante observar además que, en contraste, son las informantes diagnosticadas con este “trastorno” las que expresaron haber atravesado a lo largo de su vida por situaciones de violencia en el ámbito sexual, familiar, escolar u otras áreas de su vida en general. Ello supone un punto de partida para cuestionar el relato sobre la

persona diagnosticada con TLP como una persona típicamente violenta y agresiva, el cual no considera la manera en la que las personas con este diagnóstico pueden haber, más bien, experimentado diversas situaciones de violencia a lo largo de su vida.

En cuanto al tratamiento y el pronóstico del “trastorno”, los especialistas enfatizaron que, si bien se trata de una alteración mental que no tiene “cura”, la psicoterapia y la medicación son esenciales para mantener el “trastorno” controlado. En este sentido, se recalcó también que los tratamientos solían ser de por vida en la mayoría de los casos:

Médico psiquiatra: como en la mayoría de trastornos mentales tenemos claro que estas son enfermedades crónicas y recurrentes. Porque si mejoran y uno no sigue el tratamiento va a recurrir. En ese sentido si uno pretende que tiene cura porque nunca más va a volver eso no es así. Pero sí se controla.

Sin embargo, existen también una serie de aspectos no considerados desde esta perspectiva. En su trabajo sobre el “trastorno de estrés postraumático”, Kimberly Theidon (2004) desarrolla la manera en la que el paradigma médico-psicológico occidental toma al individuo como unidad de análisis e intervención en el tratamiento privilegiando la esfera intrapsíquica por sobre el contexto del sujeto. Esto se observa también en el discurso de los especialistas ya que no se considera la manera en la que el abordaje de un tratamiento puede resultar insuficiente frente a problemáticas mayores como las observadas en las historias de vida de las jóvenes: disfunción y/o violencia familiar, acoso escolar, malestares generados por el sistema universitario, entre otros.

Del mismo modo, resulta interesante observar la manera en la que en el transcurso del programa algunos de los usuarios que participaban por medio de las redes sociales expresaban incomodidad con respecto a sus tratamientos y a los medicamentos que venían consumiendo. Una de las usuarias mencionó, por ejemplo, sentirse agotada de tener que tomar los medicamentos, mientras que otro usuario expresó molestias con respecto al gran aumento de peso que las pastillas le habían venido provocando. Sin embargo, los especialistas se mostraban poco

receptivos hacia estos comentarios agregando que los pacientes debían cooperar y mantener una actitud “colaborativa” hacia el tratamiento:

Psicoterapeuta 1: sí pues, tomar pastillas no es bonito, pero si no hay otra alternativa, ¿qué hacemos?

En este sentido, es importante mencionar que estos discursos promueven también una pérdida de la agencia de los pacientes para tomar decisiones con respecto a sus tratamientos. Como sugieren Verbeek-Heida y Mathot (2006), desde la biomedicina se ha tendido a pensar en los pacientes como sujetos pasivos que deben limitarse a seguir las indicaciones del tratamiento. Sin embargo, es importante considerar que estos tienen también sus propias narrativas sobre los medicamentos, las cuales no necesariamente coinciden con la perspectiva de los profesionales.

Hacia el final del programa, los profesionales continuaron respondiendo más preguntas por parte de los usuarios en torno a los tratamientos. Se agregó que si bien los tratamientos particulares podían llegar a resultar bastante costosos, existían algunas opciones de tratamientos a través de, por ejemplo, hospitales públicos y el SIS. Así mismo, se recalcó nuevamente la importancia de que los pacientes colaboren siempre con el tratamiento para obtener mejorías en su proceso y, posteriormente, se realizó el cierre del programa.

4.1.2. Imágenes sobre el TLP en los profesionales entrevistados

Para la presente investigación se entrevistó a un total de 4 profesionales de salud mental: Carlos, médico psiquiatra que trabaja en un hospital psiquiátrico público; Vanessa y Andrea médicas psiquiatras y psicoterapeutas de enfoque cognitivo conductual que brindan atención en un hospital público y de manera particular también; y Lili, psicóloga y psicoterapeuta formada en terapia dialéctico-conductual y enfoque informado en trauma, quien trabaja de manera particular y fue, a su vez, diagnosticada con TLP hace algunos años.

Como se mencionó en las secciones anteriores, es importante considerar que si bien existe una perspectiva general del “trastorno” existen también matices de

acuerdo a la formación o el enfoque de cada profesional. En el caso de Lili, por ejemplo, es importante considerar también que su perspectiva es doble ya que además de ser psicóloga cuenta con un diagnóstico de TLP y esto la motivó a formarse para acompañar como terapeuta a otras personas con este diagnóstico.

4.1.2.1. Imaginarios sobre el paciente con TLP

En cuanto al perfil de las personas diagnosticadas con este “trastorno”, los profesionales entrevistados coincidieron en que se trataba, generalmente, de mujeres jóvenes que presentaban una marcada inestabilidad emocional expresada a través de conductas impulsivas, suicidas y autolesivas. Se mencionó también que uno de los “síntomas” más característicos del “trastorno” era la “impredecibilidad”, ya que las emociones de este tipo de pacientes eran tan cambiantes que, generalmente, resultaba muy difícil predecir sus reacciones y comportamientos. Al igual que los especialistas del programa, algunos enfatizaban también la presencia de problemas en el manejo de la ira, los cuales podían traducirse en conductas violentas tanto hacia sí mismas como hacia otras personas:

Lo más característico de este trastorno es la inestabilidad emocional. Las personas con este trastorno suelen ser impredecibles, muy impredecibles en sus decisiones y reacciones (...) La manera de estas pacientes de enfrentar el conflicto es bastante peculiar. Como dije hace un momento, impredecible y dentro de esta inestabilidad emocional algo también característico es la impulsividad. Al tomar decisiones, la impulsividad es prácticamente lo que reina allí (...) La impulsividad también se manifiesta a través de la agresividad, estas personas o estos pacientes son bastante impulsivos y al ser impulsivos sus reacciones pueden ser diversas. Desde agredir físicamente a alguien o auto agredirse a ellos mismos (Vanessa - Entrevista)

Es un problema mental que involucra una alteración de la personalidad (...) Considerándose trastorno porque varias características de la personalidad de quién lo padece crean un mal funcionamiento personal y social. La palabra clave es inestabilidad (...) Son pacientes que inician sus síntomas en la adolescencia o en la tercera década de la vida, generalmente mujeres, con dificultades en sus relaciones familiares, amicales, sentimentales, con marcada inestabilidad emocional y con presencia de autolesiones y/o conducta suicida (Carlos - Entrevista)

Como su nombre lo dice, es esta inestabilidad emocional en varias áreas de la vida de la persona. Tanto en las relaciones interpersonales, algunas son intensas, patológicas, un poco que idealizan al otro en algunos casos y en

otros lo devalúan. También hay esta inestabilidad afectiva, tienen mucha dificultad en manejar el enojo, la ira, la ansiedad, estos sentimientos crónicos de vacío, que algo falta, que algo no está bien, que algo les incomoda y muchas veces no saben cómo describirlo. Además de esto mucha impulsividad para tomar decisiones y también para con ellos mismos ¿no? Impulsividad en forma de autolesiones o conductas autolesivas en general, ya sea en el sexo o en el uso de drogas o alcohol (Andrea - Entrevista)

En el caso de Lili, ella me comentó que más que abordar el TLP desde una perspectiva centrada en el “trastorno” o la “personalidad”, prefería pensar en este como una condición producida a partir de ciertas circunstancias de vida que la persona había tenido que atravesar, y por las cuales terminaba muchas veces desarrollando una “desregulación” en sus emociones:

Lo definiría como una condición en la cual una persona, por circunstancias de su vida que ha tenido que pasar, sea familiares, niñez, adolescencia, ha tenido y tiene conductas impulsivas, problemáticas que lo meten en problemas sin querer ¿no? Y justamente con una desregulación emocional que tiene este conglomerado de síntomas que influyen las relaciones, la parte emocional, la parte cognitiva, la parte de identidad (Lili - Entrevista)

En este sentido, un aspecto importante que me enfatizó fue que, desde su perspectiva, muchas veces estos “síntomas” tendían a ser descontextualizados de las experiencias de vida de la persona y explicados por la existencia del “trastorno” en sí. Sin embargo, ella considera que es importante tener en cuenta el trasfondo de conductas como, por ejemplo, la autolesión ya que estas no se dan “porque sí”, sino que muchas veces proporcionaban a la persona un alivio temporal y, en consecuencia, una forma sobrellevar su dolor emocional en su día a día:

Hay que tener en cuenta que tiene un trasfondo ¿no? Te haces autolesiones porque ha tenido un motivo de ser. Tal vez ha ayudado a la persona en su infancia, niñez o adolescencia o incluso adultez a sobrellevar su día a día también (Lili - Entrevista)

Shaw y Proctor (2005) han abordado este tema mencionando cómo el TLP tiende a generar una explicación “circular” del malestar: la persona presenta “síntomas” porque “tiene TLP” y “tiene TLP” porque presenta determinados “síntomas”. El “tener” o no TLP respondería, en este caso, más a una cuestión “semántica” que “objetiva” en la que el padecimiento psíquico se explica por la

existencia de un “trastorno” en sí y sin considerar otros factores y circunstancias que envuelven estas experiencias de malestar emocional.

Los profesionales enfatizaron también la relación entre el diagnóstico de TLP y otros “trastornos” psiquiátricos ya que, como se mencionó en los capítulos anteriores, la comorbilidad del TLP con otras “patologías mentales” constituye una de las características más resaltantes de este “trastorno”. En este sentido, los especialistas entrevistados mencionaron que se trataba de un diagnóstico que rara vez se encontraba “aislado” debido a su alto nivel de comorbilidad:

Va acompañado de otros problemas psiquiátricos, de ansiedad, depresión, ideas suicidas o de muerte, consumo de drogas, trastornos de conducta alimentaria. Es un trastorno que no va solo, usualmente va acompañado de otras cosas (Vanessa - Entrevista)

Muchos pacientes con TLP cursan con otra patología mental comórbida al mismo tiempo. Ya sean trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, consumo de sustancias, abuso de alcohol, abuso de drogas, etc. Y bueno también intentos de suicidio o autolesiones (Andrea - Entrevista)

En las historias de vida de las jóvenes se observa también cómo estas conductas y emociones asociadas al TLP coexisten con una diversidad de experiencias (“trastornos” de la conducta alimentaria, abuso de sustancias, entre otros). Sin embargo, considero importante reflexionar también sobre la sobre medicalización que calificar estas experiencias como “patologías comórbidas” puede implicar ya que, lejos de ser comprendidas como un continuo de diversos malestares emocionales, se reducen a una “acumulación” de síntomas y categorías diagnósticas. Esto, a su vez, favorece la descontextualización de los contextos que rodean estas experiencias.

Por otro lado, los profesionales entrevistados coincidieron también en la manera en la que los pacientes diagnosticados con TLP suelen ser considerados como los pacientes de más difícil manejo en el ámbito clínico debido a la “complejidad” de su condición. Así mismo, se mencionó que muchas veces se tiende a considerar a estos pacientes como “problemáticos” ya que existe la idea de que no

“cooperan” con los tratamientos, y que mantienen una actitud “rebelde” y “confrontativa” con los especialistas y las personas de su entorno en general:

Me acuerdo que en pregrado en psicología veíamos el CIE10 y el DSM que son los manuales de diagnóstico. Y la profesora y también los alumnos como que incitaban que era un diagnóstico complejo. Que son pacientes impulsivos, los típicos rebeldes, opositores ¿no? Y me quedé mucho con esa noción y también en mi internado en una clínica psiquiátrica en Chorrillos venían pacientes con diagnóstico de personalidad límite y sentía que se reforzaba esta idea de pacientes complejos, opositores, rebeldes drogadictos, alcohólicos, adictos, que no cooperan, que son desafiantes. Incluso me acuerdo que una vez un psicólogo que estaba haciendo su internado le dijo a una paciente "chupacabras emocional", algo así. Entonces eran catalogados como difíciles. Nadie quería hablar con ellos, eran como los intensos y en mi internado en el hospital también la psicóloga del pabellón decía "no es que estos pacientes son difíciles, no cooperan, no quieren cooperar en terapia, no ponen de su parte" (Lili - Entrevista)

Esta mirada sobre los pacientes con TLP ha sido abordada en la literatura también. Rebeca Lester (2013), por ejemplo, menciona que desde la perspectiva de estos pacientes tienden a ser típicamente vistos como “impredecibles”, “dramáticos”, “hostiles” y emocionalmente “drenantes”, por lo que muchos profesionales se resisten, incluso, a aceptar trabajar con estos. En el caso de Lili, por ejemplo, ella menciona que ser diagnosticada con TLP le afectó mucho ya que durante su formación como psicóloga interiorizó muchos de estos discursos y esto hizo que desarrollara una autoimagen bastante negativa de sí misma, y una expectativa bastante desalentadora con respecto a su proceso de recuperación:

También fui diagnosticada con TLP lo cual me afectó bastante porque dije "voy a ser una suicida de por vida, inestable, voy a tomar medicación". Y más cuando buscas en Google se refuerza otra vez ¿no? porque tú lees, tu buscas en Google TLP y te aparecen foros que dicen que son pacientes muy difíciles (...) Y sí, mucho tiempo viví juzgandome por tener TLP ¿no? O sea, también los profesionales lo juzgan mucho. Me acuerdo que en la clínica y el hospital los pacientes con TLP eran catalogados como los difíciles, era como “no quiero verlo, no quiero atenderlo” (Lili - Entrevista)

Del mismo modo, me parece importante destacar también la imagen del paciente diagnosticado con TLP como una persona “rebelde” y “opositor”. En su trabajo sobre el TLP desde la perspectiva de los profesionales en un hospital de Buenos Aires, María Jimena Mantilla (2015) desarrolla este tema mencionando cómo

los pacientes y, en particular, las mujeres que no cumplen con ciertas expectativas socialmente esperadas son proclives a recibir este diagnóstico. La autora menciona también que esto se traduce muchas veces en una configuración de estereotipos en torno al “trastorno” por parte de los especialistas:

Mujeres tatuadas, vestidas de forma alternativa, provocadora, pertenecen a movimientos ecologistas, antiestablishment (...) El tema complicado con este diagnóstico es justamente no etiquetar. (Entrevista a psicólogo cognitivo) (Mantilla, 2015, p. 25)

Por último, cabe agregar que tanto Lili como Carlos recalcaron que consideraban importante que los profesionales cambiaran esta mirada del TLP como un “trastorno inmanejable” ya que muchas veces los pacientes terminaban interiorizando este tipo de discursos y esto puede afectar su proceso también:

Es importante cambiar el chip que se suele tener en el ámbito psiquiátrico respecto a estos pacientes, donde se les considera de muy complejo manejo y en algunos casos imposibles de manejar (Carlos - Entrevista)

Cuando ya recibía pacientes con TLP podía incluso entenderlos ¿no? no es que estuvieran locos, sino que tiene un motivo de ser (Lili - Entrevista)

4.1.2.2. Narrativas sobre el desarrollo del TLP

En cuanto al desarrollo del TLP, la mayoría de especialistas entrevistados coincide en que existe una combinación de factores biológicos y ambientales en el desarrollo del “trastorno”. Sin embargo, el peso otorgado a cada uno de estos varía también de acuerdo a la especialidad o el enfoque del profesional. Desde la psiquiatría, por ejemplo, si bien se reconoce la importancia de otros factores, existe un mayor énfasis en los determinantes biológicos del “trastorno” debido a la formación médica de los especialistas y el rol de estos en el tratamiento, el cual consiste en diagnosticar y asignar un tratamiento farmacológico al consultante:

Uno de los antecedentes importantes es el genético, hereditario. Cuando uno evalúa a estos jovencitos o jovencitas, en casi todos los casos, si es que no en todos los casos, hay algún familiar que tiene este trastorno. O de repente no se le ha diagnosticado, pero cuando uno hace la historia del paciente y pregunta por su familiar se da cuenta que estos familiares tenían esos rasgos

también. Entonces el antecedente familiar es muy importante. También el factor ambiental, si una persona se ha desarrollado en una familia en donde ha habido, por ejemplo, falta no solo física sino emocional o psicológica de papá o de mamá, es una persona vulnerable a desarrollar estos trastornos por el ambiente en el que vive (Vanessa - Entrevista)

Como casi todas las patologías de salud mental, tiene un buen componente genético. También hay que buscar factores ambientales, incluso desde la gestación. Cómo ese niño fue gestado, qué tal le fue durante la gestación, la forma en cómo fueron sus primeros años de vida, si hubo un vínculo saludable con sus cuidadores primarios, un apego seguro durante sus primeros años de vida, en sí todo influye. Desde lo genético hasta también lo ambiental (Andrea - Entrevista)

En el caso de los factores biológicos, estos suelen ser asociados con un componente genético y hereditario que causaría una predisposición biológica en la persona a presentar conductas y emociones asociadas al “trastorno” debido a un desequilibrio en los neurotransmisores que regulan el estado anímico. Esto generaría, por ejemplo, que ciertas personas presenten una tendencia a tener emociones más intensas o conductas más impulsivas. En cuanto a los factores ambientales, los profesionales mencionaron una diversidad de contextos que pueden ir desde alteraciones en el periodo de gestación de la madre hasta disfunciones en el vínculo con los padres o el entorno familiar.

Lili, por ejemplo, me explicó que desde la terapia dialéctico-conductual, uno de los enfoques terapéuticos con los que trabaja, se enfatiza mucho el rol del “ambiente invalidante” en el desarrollo del TLP. Un ambiente invalidante es definido como un ambiente en el cual la persona crece y que no reacciona apropiadamente a sus emociones- por ejemplo, minimizándolas, negándolas o castigándolas. Esto generaría que durante su crecimiento la persona no logre el aprendizaje de estrategias como la regulación emocional o la tolerancia al malestar, y desarrolle una “desregulación” en sus emociones. Se plantea que muchas de las conductas asociadas al TLP- autolesiones, consumo de sustancias, entre otros- son realizadas por los consultantes con el objetivo de “regular” sus emociones en un contexto en el cual su entorno no les facilitó el aprendizaje de otro tipo de herramientas para hacer frente a esto:

Se da por dos factores. Un ambiente invalidante, que es un ambiente donde la persona ha crecido y que no propicia el reconocimiento de emociones, es decir, las evade, las deja de lado, no les importa. Es el típico ejemplo de que un niño llora porque se cae y le dicen "no llores, llorar es de maricas, tienes que ser fuerte" (...) También por otro lado está esta vulnerabilidad emocional en que las personas tienden genéticamente, biológicamente por el tema de neurotransmisores a tener una mayor sensibilidad a estímulos a su alrededor, una mayor reactividad, es decir, una mayor predisposición a sentir emociones mucho más fuertes e intensas. Y toda esta combinación de biología, genética, emociones, más un ambiente de este tipo que invalida emociones, que no propicia el sentirlas, que las castiga o que incluso es negligente y hay algún tipo de abuso, todo eso forma la desregulación (Lili - Entrevista)

Los especialistas entrevistados destacaron también la frecuencia de experiencias como el maltrato infantil, o el abuso físico, psicológico y/o sexual en los pacientes con este diagnóstico. No obstante, cabe destacar que si bien se mencionó que estos constituyen factores ambientales que influyen en la aparición o el desarrollo del "trastorno", no se profundizó mucho en estos ni se estableció un vínculo entre estas experiencias, y el contexto sociocultural en el cual estas ocurren.

En este sentido, me parece importante reflexionar también sobre la división naturaleza / cultura que puede identificarse en estas explicaciones. Como sugiere Sy (2016), Latour plantea que la modernidad establece una división entre lo "natural" y lo "cultural", es decir, la idea de que ciertos fenómenos pueden explicarse a partir de una diferenciación clara entre estos ámbitos. Sin embargo, esto responde a una construcción ficticia ya que en la práctica estos elementos no son diferenciables entre sí puesto que la "naturaleza" se encuentra, también, social y culturalmente construida. La autora plantea que en el caso de la medicina, si bien esta tiene como objeto a un cuerpo enfermo, se trata no solo de un cuerpo biológico sino de un cuerpo que enferma en un determinado contexto social y cultural. Por ello, la medicina no estudia hechos puramente "externos" u "objetivos" sino que estos son también modelados, delimitados y definidos por el discurso médico en un contexto sociocultural específico.

Esta división entre lo "natural" y lo "cultural" se observa también en las explicaciones desarrolladas por los especialistas entrevistados ya que el componente biológico y/o hereditario asociado al TLP aparece como una esfera

claramente delimitada y diferenciada de los componentes ambientales. En este sentido, no se considera la manera en la que muchas de las explicaciones asociadas a los factores biológicos del “trastorno” contienen también una serie de suposiciones e imaginarios contruidos. En su trabajo sobre imágenes de género en la construcción del TLP, Mantilla (2015) describe, por ejemplo, como los psicólogos y psiquiatras entrevistados describen la desregulación emocional del TLP como una cuestión vinculada a la “naturaleza femenina”, es decir, que por factores biológicos, genéticos, hormonales, entre otros, las mujeres presentarían una mayor tendencia a tener cierta “inestabilidad emocional”. Sin embargo, la autora plantea que estos discursos favorecen una medicalización de la feminidad, la cual históricamente ha estado presente en la biomedicina. Como se desarrollará más adelante, este tipo de explicaciones estuvieron también presentes en los relatos de una de las especialistas entrevistadas. Al mismo tiempo, es importante destacar que esta mirada sobre lo biológico como una esfera enteramente “natural” puede impedir explorar otros matices en torno al “trastorno”, así como cuestionar la versión biomédica de este debido a su aparente “objetividad” y “neutralidad” científica.

En cuanto a los aspectos de género vinculados al “trastorno”, los especialistas entrevistados coinciden en que existe una mayor prevalencia de este diagnóstico en mujeres. Sin embargo, no se observa en ellos un consenso sobre las causas o factores que influirían en esto. En el caso de Vanessa, por ejemplo, ella me comentó que una característica de los “trastornos” psiquiátricos, a diferencia de lo que sucede en otras especialidades médicas, es que sus causas no están completamente definidas. Por esta razón, ella considera que si bien la prevalencia del TLP es mayor en mujeres, no podría afirmar cuáles son las causas exactas de esto. En el caso de Andrea, por su parte, ella considera que esto respondería a un componente netamente biológico ya que las mujeres tendrían una mayor predisposición a desarrollar alteraciones genéticas en el funcionamiento de neurotransmisores como la dopamina o la serotonina, y que este desbalance a nivel químico y cerebral produciría estos síntomas asociados con el “trastorno”:

Son digamos alteraciones en los genes de por sí, relacionados con nuestros cromosomas en mujeres, por ejemplo, alteraciones genéticas en los

receptores que van a transportar la serotonina o la dopamina, receptores pues ligados a algunos neurotransmisores específicos (Andrea - Entrevista)

En este sentido, resulta interesante observar cómo desde esta explicación se otorga un lugar bastante central a los determinantes biológicos del “trastorno” sin considerar otros factores del contexto que pueden intervenir en el desarrollo de estas experiencias emocionales. Como se mencionó anteriormente, estos discursos expresan también una medicalización de la feminidad, la cual refuerza imaginarios que asocian esta con la idea de “inestabilidad emocional”.

No obstante, conversando con Lili, esta me comentó que desde su perspectiva considera que la mayor prevalencia del diagnóstico de TLP en mujeres podría deberse también a que existe un subdiagnóstico del “trastorno” en hombres ya que, debido a ciertas valoraciones y concepciones en torno a la masculinidad, estos suelen mostrarse menos receptivos a acudir a terapia o a servicios de salud mental en general y esto, a su vez, dificulta que puedan recibir el diagnóstico. En este sentido, ella considera que ciertos mandatos sociales en torno a la masculinidad pueden influir en ello ya que acudir a estos servicios puede ser interpretado como, por ejemplo, un signo de “debilidad” en los hombres.

4.1.2.3. Tratamiento y pronóstico del “trastorno”

Si bien existen diversos matices en cuanto a esto, resulta interesante observar cómo casi todos los profesionales entrevistados coincide en que tanto el tratamiento del TLP como de otros “trastornos mentales” en general suele limitarse a un mero “control” de “síntomas” mas no a una curación total de la “enfermedad”. Esto debido a que se considera que si bien el paciente puede tener periodos de mejora eventualmente volverá a tener siempre episodios de crisis y recaídas. En este sentido, se enfatiza el rol de la medicación y, sobre todo, de la terapia psicológica para mantener “controlado” el curso del “trastorno” y poder llevar una vida “normal” y funcional. En el caso particular del TLP, además, algunos especialistas recalcan que al tratarse de un “trastorno” de la “personalidad” mantener controlados los “síntomas” puede resultar más complicado aún:

Otra característica de los problemas psiquiátricos es que pocas veces podemos hablar de una recuperación total. Usualmente los trastornos psiquiátricos requieren de un control. No es que desaparece totalmente esto, por eso es que se aconseja la terapia, porque lo que se quiere es que el paciente sea consciente del trastorno y aprenda a manejar las características de su trastorno porque probablemente a lo largo de la vida va a tener momentos en los que está mejor pero también momentos en los que no estará tan bien, y podría no estar bajo control (Vanessa - Entrevista)

Al ser un trastorno de personalidad, la personalidad pues de cada uno no es algo que podemos decir “bueno, ya no quiero estar personalidad, me voy a otra”, o ser una persona totalmente diferente. Entonces con la medicación, con la psicoterapia se tiende a regular (Andrea - Entrevista)

Sin embargo, cabe destacar también que desde otras perspectivas se considera que el tratamiento- en particular, el psicológico -puede ofrecer una recuperación más profunda a los pacientes con este diagnóstico. Lili, por ejemplo, me comentó que desde su perspectiva no considera que este proceso pueda clasificarse o reducirse necesariamente a una dicotomía de lo “sano” / “enfermo”, sino que la recuperación muchas veces está vinculada con el hecho de que el paciente aprenda a vincularse de una mejor manera con sus emociones a través de una terapia psicológica. En este sentido, ella considera que las personas con este diagnóstico pueden tener un pronóstico bastante favorable si reciben el soporte psicológico necesario, y cuentan también con un contexto favorable para su recuperación.

En cuanto al rol de la medicación, todos los profesionales entrevistados coinciden en que, al existir un componente biológico importante asociado al “trastorno”, el uso de fármacos es importante para el manejo de este. Sin embargo, existen diversos matices en cuanto a esto, ya que algunos consideran que su uso es imprescindible, mientras que otros enfatizan que esto dependerá mucho de la intensidad de los “síntomas” del paciente. Así mismo, algunos consideran que el consumo debe ser de por vida, mientras que otros, que este puede ir reduciéndose con el paso del tiempo conforme se vaya observando ciertos avances en el proceso del consultante. En este sentido, resulta interesante observar también el énfasis excesivo que en muchos relatos se otorga a los aspectos biológicos del “trastorno” y la manera en la que la importancia de la medicación es explicada a partir de esto sin

considerar otro tipo de factores o contextos que pueden estar produciendo estas experiencias de malestar emocional:

Los síntomas se van a presentar porque algo ocurre a nivel cerebral. No es que los síntomas se presentan de la nada sino que hay cambios a nivel cerebral, cambios neuroquímicos, me refiero a neurotransmisores. Este desequilibrio produce o favorece estos síntomas, esta agresividad, esta impulsividad y la tristeza también. Entonces, los fármacos lo que hacen es regular esto. Regulan ese desbalance neuroquímico que se produce a nivel cerebral. Porque estos medicamentos incrementan o disminuyen este nivel de neurotransmisores a nivel cerebral y lo que queremos es llegar a un equilibrio de ellos. Entonces, la medicación es básicamente para eso, para ayudar a controlar los síntomas (Adriana - Entrevista)

Cabe destacar también que un punto importante en el cual coinciden todos los entrevistados es que el rol de los psicofármacos- en contraste con la psicoterapia -es únicamente “paliativo” ya que proporciona un alivio y control de los “síntomas” mas no una “solución” única o definitiva. Por ello, se insiste en la importancia de la psicoterapia y se recalca la manera en la que esta ofrece un espacio para que el paciente pueda realizar un trabajo emocional más profundo que le permita autoconocerse y aprender nuevas formas de vincularse con sus emociones.

El rol es paliativo si hablamos específicamente del trastorno en sí. Los fármacos pueden calmar síntomas, pero no curan y en muchos casos el control es transitorio. Lo que cambia el curso de la enfermedad es la psicoterapia (Carlos - Entrevista)

Otro punto que considero importante enfatizar son los discursos en torno a la responsabilidad de los pacientes con respecto a su adherencia al tratamiento, así como la manera en la que la recuperación tiende a ser reducida al mero hecho de acudir a terapia y/o tomar medicación psiquiátrica. Resulta interesante observar que en muchos casos, inclusive, se tiende a responsabilizar a los pacientes por no tomar “consciencia de su enfermedad”, y discontinuar o no querer acudir a un tratamiento psicológico o farmacológico sin considerar los diversos contextos o factores que pueden subyacer a esto.

Como se desarrolló en el capítulo anterior, la recuperación tiene una connotación mucho más compleja en los procesos de las jóvenes, ya que esta pasa también por desarrollar otros espacios terapéuticos fuera del contexto clínico o por situaciones como, por ejemplo, independizarse económicamente de contextos familiares disfuncionales que les generan malestar, y frente a los cuales el alcance de un tratamiento o un abordaje individual resulta bastante limitado. Esta es una situación que también fue reconocida por Lili, quien me mencionó que desde su experiencia como terapeuta es bastante frustrante ver como muchas veces el trabajo terapéutico “se viene abajo” o sirve de muy poco cuando existe un entorno familiar que genera un malestar constante en la persona.

Así mismo, es importante considerar que el hecho de acudir o no a un tratamiento va mucho más allá de una cuestión de “voluntad” ya que, tal como describen las informantes, muchas veces estas se vieron en la obligación de discontinuar sus tratamientos porque esto les ocasionaba problemas y discusiones con sus padres. Del mismo modo, es importante tener en cuenta que las narrativas que las jóvenes pueden tener con respecto a su proceso emocional no necesariamente coincidirán con la mirada biomédica sobre el “trastorno”. Sin embargo, desde los enfoques biomédicos se ha tendido a ignorar o minimizar la importancia de estas narrativas y a pensar en el paciente como un sujeto pasivo que debe limitarse a “aceptar” la versión clínica de su diagnóstico o “enfermedad”:

Bueno, va a depender también de varios aspectos. Uno pues de la propia persona, cómo es que ella tome conciencia del trastorno, si realmente hay deseos de acudir a terapia o no, de tomar la medicación o no (Rosangela - Entrevista)

Si la paciente está haciendo trabajo terapéutico, si toma la medicación en el caso que la requiera, el pronóstico de llegar a una vida bastante funcional es bueno. Pero, como te digo, el paciente debe ser consciente de esto porque sino es poco probable que logre un control y esto solo se hace con la terapia, la medicación no hace este trabajo. Ese trabajo de ser consciente lo hace la terapia y eso es lo que la minoría de pacientes hace. Esto de hacer terapia no es algo que esté muy arraigado a las personas, o lo hacen un mes o dos meses (Adriana - Entrevista)

Finalmente, me parece importante reflexionar sobre cómo esta mirada sobre el TLP como una “enfermedad” de curso crónico cuyos “síntomas” pueden llegar a ser únicamente “controlados” pero no “curados” puede promover también un sentimiento bastante desalentador y perjudicial en los procesos de las jóvenes. Si bien como se mencionó en el capítulo anterior, las informantes hoy en día ya no necesariamente se identifican tanto con este diagnóstico, en el caso de Diana, por ejemplo, ella menciona sentirse resignada a tener que lidiar con esta condición de por vida y recalca, también, que pensar en esto es algo que le afecta a nivel emocional. En este sentido, existen una serie de factores que muchas veces no son considerados desde la perspectiva biomédica como, por ejemplo, la agencia de las informantes para sobreponerse y hacer frente a su proceso de recuperación o la manera en la que su estado emocional puede mejorar y evolucionar positivamente cuando los contextos que les generan malestar cambian también.

4.2. Experiencias en servicios e instituciones de salud mental

En esta sección se describirán las principales experiencias de las jóvenes acudiendo a servicios e instituciones de salud mental. Para ello, se abordarán en primer lugar los procesos de diagnóstico, es decir, el proceso mediante el cual llegaron a ser diagnosticadas con TLP por especialistas de salud mental. Posteriormente, se profundizará en aspectos como sus experiencias acudiendo a tratamientos psicológicos y farmacológicos, y atravesando internamientos u hospitalizaciones psiquiátricas.

4.2.1. Ser diagnosticada con TLP

Recibir el diagnóstico de TLP constituye un hito importante en las historias de vida de las jóvenes. Como se desarrolló en el capítulo anterior, desde una mirada antropológica es posible pensar en el diagnóstico como un proceso mediante el cual se busca nombrar y dar sentido a la experiencia de sufrimiento. Esto se refleja no solo en el uso del diagnóstico de TLP en sí, sino también en los diversos diagnósticos psiquiátricos- ansiedad, depresión, “trastornos” de la conducta

alimentaria, entre otros -que las jóvenes han recibido a lo largo de sus experiencias con servicios de salud mental.

En sus procesos de diagnóstico con respecto al TLP las jóvenes identifican generalmente dos grandes momentos: un primero, en el cual se recibe por primera vez el diagnóstico de TLP y un segundo, en el cual este diagnóstico es reconfirmado por otros especialistas. En algunos casos, las informantes mencionaron haber hecho caso omiso a este primer diagnóstico ya que, desde su perspectiva, este se llevó a cabo de una manera muy aleatoria y repentina, por lo que no consideraron que pudieran tener este “trastorno” realmente. En el caso de Alessandra, por ejemplo, ella cuenta que la primera vez que fue diagnosticada con TLP fue cuando estaba llevando tratamiento en un hospital psiquiátrico ya que el psicólogo que la atendía le aplicó una prueba psicológica que arrojó como resultado que tenía “borderline”. Sin embargo, ella considera que este resultado fue bastante desconcertante y repentino, ya que para ese entonces solo había tenido un par de citas y el especialista no la conocía lo suficiente como para emitir un diagnóstico aún. Además, Alessandra expresa bastante incomodidad con respecto al trato del psicólogo ya que este se limitó a “informarle” el resultado de la prueba de una manera bastante “fría” y esto le causó más desconcierto aún. Ella recuerda que en ese momento no conocía mucho sobre el TLP, solo sabía que se trataba de una de las “enfermedades mentales” más “complejas” de manejar y, por ello, consideró que el psicólogo se había equivocado en el resultado:

Me hace la prueba de borderline y me dice que tengo borderline. Inclusive me acuerdo que citó a mis papás porque yo no tenía apoyo en mi casa técnicamente y les dijo que tenía borderline. Yo simplemente dije este es un huevón. Nunca me habían dicho eso. Yo ni siquiera sabía qué era borderline. Siempre lo ponen como que es una enfermedad complicada, como la peor enfermedad mental. Entonces dije no, ni cagando tengo esto, es un huevón y no regresé. Pero busqué a otra psicóloga en un centro DBT (...) Mi psicóloga ahí me dijo que no creía que tuviera borderline pero que sí podía tener rasgos de eso (Alessandra - Entrevista 1)

Como se mencionó anteriormente, Alessandra continuó su tratamiento psicológico y farmacológico en un centro particular de terapia dialéctico-conductual, espacio en el cual le comentaron que si bien podía tener ciertos rasgos compatibles

con este “trastorno”, no consideraban que tuviera propiamente un diagnóstico de TLP. Sin embargo, esto cambió radicalmente cuando tuvo un intento de suicidio ya que, en cuanto ocurrió esto, su psiquiatra cambió repentinamente de parecer y la diagnosticó con TLP, motivo por el cual comenzó a seguir un tratamiento enfocado en este “trastorno”.

En este sentido, me parece importante reflexionar sobre cómo -tal como se desarrolló en el capítulo anterior -el diagnóstico psiquiátrico no constituye un “dato objetivo” a encontrar en la persona sino, por el contrario, un proceso de construcción activo en el cual el profesional realiza interpretaciones sobre el relato del paciente y, en particular, sobre los elementos que este enfatiza en el relato (Mantilla, 2011). En este caso, por ejemplo, al enfatizar el componente del suicidio, Alessandra pasó automáticamente a ser diagnosticada con TLP debido a la asociación entre estas conductas y el “trastorno” en el imaginario clínico:

Al día siguiente tuve cita con mis dos papás, con mi psicóloga y con mi psiquiatra, y me cambiaron la medicación. Mi psiquiatra dijo que sí tengo borderline, y me quitaron las llaves de la casa y les dijo que no me dejen salir sola hasta que ella diga que me pueden devolver las llaves (Alessandra - Entrevista 2)

Por su parte, en el caso de Valeria, ella recuerda que la primera vez que recibió el diagnóstico de TLP fue cuando estuvo internada por sus episodios de anorexia y bulimia, y pasó consulta con un psiquiatra de la clínica. Sin embargo, al igual que Alessandra, ella expresa bastante incomodidad y descontento con respecto a este momento ya que el psiquiatra la atendió únicamente por unos cuantos minutos, y le asignó un diagnóstico y un tratamiento farmacológico sin haber ahondado lo suficiente en su historia. Por esta razón, ella no tomó este primer diagnóstico como algo “serio”:

Ahí fue cuando me diagnosticaron. Entré a una cita con el psiquiatra como de cinco minutos y me dijo “tú tienes TLP” y yo dije como “¿qué mierda? me acabas de ver cinco minutos”, y me medicó. Estuve literal 5, 10 minutos y me dijo “tienes TLP, te voy a medicar con estas cosas” (Valeria - Entrevista 1)

No obstante, años después y cuando se encontraba ya en un nuevo tratamiento, Valeria volvió a ser diagnosticada con TLP por un psiquiatra con el que se atendía de manera particular. Fue en este contexto que se le sugirió que acudiera a un centro de terapia-dialéctico conductual ya que este tratamiento era el más indicado para el tratamiento de este “trastorno”. Ella recuerda que, a diferencia de la primera vez que recibió el diagnóstico, esta vez sí consideró que la evaluación del psiquiatra era acertada ya que para ese entonces había tenido varias citas con el psiquiatra y este había ahondado un poco más en su historia.

Diana, por su parte, recuerda que durante su adolescencia recibió diversas tentativas de diagnóstico, entre ellas, el diagnóstico de TLP también. Sin embargo, por ser muy joven, los profesionales mencionaban que no se le podía diagnosticar formalmente un “trastorno de la personalidad” aún. Posteriormente, ya durante su etapa universitaria, ella acudió a un psiquiatra particular que le diagnosticó TLP por primera vez. Si bien tiempo antes de esto ella había considerado la posibilidad de que podía tener este “trastorno” ya que se identificaba con varias de las características, Diana menciona que este momento resultó igualmente muy chocante para ella debido a la “frialdad” y la falta de sensibilidad con la que el especialista le comunicó esto. Ella recuerda también que su reacción fue bastante ambigua ya que, por un lado, el diagnóstico le permitió encontrar una explicación a sus conductas y emociones y, sobre todo, entender que estas no eran “culpa” suya. Esto le generó cierto alivio en un principio; sin embargo, paralelamente experimentó también una gran tristeza al pensar en toda la connotación negativa asociada a este “trastorno”:

Cuando me diagnosticaron TLP la forma de decirlo del psiquiatra no fue la más empática del mundo. Simplemente terminó la sesión y me dijo “ya, tienes borderline, ¿sabes lo que es?” (...) Y me dice “ya bueno, googléalo y ahí ves más info”. Y me mandó mi receta y se acabó. Esa fue la forma de decirme mi diagnóstico y me acuerdo que era una videollamada y cuando colgué pensé como ok, me siento aliviada porque ya sé qué tengo. Porque era como que todos estos comportamientos autodestructivos que venían de años eran como ok, tiene sentido. No es que yo me los invente porque era un pensamiento bastante recurrente de “no, yo exagero”, “no, yo me los invento” o “yo puedo sola porque de repente, si yo me calmo un poquito más, si me adiestro entre comillas, me voy a poder estabilizar y voy a poder ser como todos”. Porque es un pensamiento que viene hasta ahora ¿no? De que quiero ser como todos, que no quiero pasar esto. Entonces cuando me lo dijeron yo sentí un alivio. Pero apenas volví a mí misma después de sentir ese alivio, me puse a llorar.

Me puse a llorar a mares porque había visto también toda la connotación negativa que tiene el TLP, todo lo que dice la gente también. Había visto blogs que te salen en la típica búsqueda de Google cuando pones TLP y me acuerdo clarísimo que en uno salía “mi novia tiene TLP, ¿qué hago?”. Y ponían “aléjate de esa gente, son monstruos, huye”. Entonces ver todo eso y decir yo también también tengo esto, yo también pertenezco a este grupo, fue súper pesado y me puse a llorar (Diana - Entrevista 2)

En este sentido, me parece importante reflexionar sobre el hincapié que las informantes realizan sobre la “frialidad” con la que los especialistas les comunicaron su diagnóstico. Good (1994) es uno de los autores que ha planteado cómo desde la biomedicina se aprende a pensar en las personas como casos o proyectos médicos, y que esto se refleja también en la interacción entre especialistas y pacientes. El autor resalta que muchos profesionales tienden a no prestar mucho tiempo o atención a las conversaciones o el vínculo establecido con sus consultantes ya que el énfasis se encuentra únicamente puesto en la rápida identificación de la patología y la aplicación de un tratamiento. En este sentido, existe una falta de atención al mundo vital del paciente y la persona es representada como una esfera más de la enfermedad antes que como un agente narrativo en sí mismo.

En el caso del TLP, como se evidencia en los relatos, las informantes expresan también mucha incomodidad con respecto al trato de los especialistas durante los procesos de diagnóstico, especialmente considerando que estos fueron realizados de una manera bastante abrupta en muchos casos y sin ahondar lo suficiente en su contexto e historias de vida. Como se observa en los relatos, las consultas fueron por lo general excesivamente breves y el rol de las informantes, limitado a generar un “reporte de síntomas” orientado al tratamiento. Sumado a ello, es importante considerar el impacto emocional en torno a estos procesos, ya que la asignación de un diagnóstico tan controversial y estigmatizado como el TLP- especialmente cuando se realiza de una manera tan repentina -y los imaginarios asociados a este pueden llegar a producir mucho desconcierto o afectar la autoimagen de las jóvenes de una manera bastante negativa.

Este fue un punto que tuve también la oportunidad de conversar durante mi entrevista con Lili. Ella me comentó que usualmente el TLP- y otros “trastornos

mentales” en general- se diagnostican en base a manuales diagnósticos que definen estas “patologías” mediante una lista de criterios o “síntomas”. Sin embargo, desde los enfoques psicoterapéuticos que ella maneja, ella considera que este proceso no es óptimo ya que los profesionales generalmente no indagan con la suficiente profundidad en las vivencias del paciente y se limitan únicamente a ver si este cumple o no con determinados criterios para emitir un diagnóstico. Por esta razón, ella señala que prefiere enfocarse más en conocer las dificultades que el paciente presenta en su día a día y en brindar herramientas prácticas para el manejo de conductas y emociones, antes que en la etiqueta diagnóstica en sí. Lili también menciona que actualmente prefiere usar el término “desregulación emocional” antes que el término TLP ya que considera que este puede ser mucho menos chocante y estigmatizante en el proceso de los pacientes:

En la parte psiquiátrica viendo el CIE10 o el DSM agarran su librito y dicen "ya, cumple esto, cumple esto, es igual a TLP". En la parte psicológica también (...) Yo antes utilizaba mucho esto de decir "ah ya, cumple con esto, esto, esto, ya, debe tener TLP". Pero ahora me enfoco mucho más en la desregulación y en ir a cada área: "ok, tiene esta desregulación, tiene esta parte conductual, sus relaciones son más o menos de esta manera, ella piensa de esta manera". Y claro, más que decir a un paciente "tienes TLP" yo digo "ok, tienes esto que se llama desregulación, te voy a explicar en qué consiste". Y que suena incluso menos estigmatizante ¿no? Es incluso mejor tomado porque que te digan que tienes una desregulación y que se da por esto, tú dices "ah, tiene sentido". No es que de la nada yo soy TLP y tengo esa etiqueta, sino que por un ambiente, por el colegio, por mis papás, por esta familia, por estas situaciones probablemente tengo estas conductas ¿no? Y ha sido de manera adaptativa que mi cuerpo ha reaccionado frente a estas cosas (Lili - Entrevista)

Otra de las experiencias con respecto a estos procesos de diagnóstico fue la de Carolina. Ella recuerda que la primera vez que fue diagnosticada fue cuando estaba realizando un tratamiento psicológico y farmacológico en un hospital público. Fue en este contexto que en una cita le sugirieron que podía tener el “trastorno” y, posteriormente, le aplicaron unas pruebas psicológicas en las que salió que tenía TLP. Sin embargo, a diferencia de las demás informantes, ella no recuerda este momento como algo confuso o desconcertante ya que menciona que su psiquiatra- quien a su vez, se desempeñaba como su psicoterapeuta de terapia

dialéctico-conductual también - le brindó bastante información y esto la ayudó a tener una comprensión mucho más clara sobre el "trastorno":

Nos explicó bastante. Nos dio también un manual que eran como 50 hojas (...) Nos dijo que son personas que tienen las emociones más intensas y que te demoras más en retornar a la calma. Eso fue lo que yo entendí (...) Y después en cada una de las sesiones hablábamos de cada uno de los criterios diagnósticos. Eran como tres criterios por sesión y eran sesiones bastante largas, de dos horas, dos horas y media donde básicamente era entender cómo se presentaba cada uno de los criterios en nuestro día a día (Carolina - Entrevista 3)

Finalmente, me parece importante reflexionar sobre el impacto que ser diagnosticada con TLP puede tener también en lo que respecta a la atención en servicios de salud mental. Como se mencionó en las secciones anteriores, algunos de los profesionales entrevistados mencionaron que la percepción de los especialistas sobre este tipo de pacientes solía ser bastante negativa y esto se refleja tanto en las observaciones realizadas al programa como en las experiencias de las informantes también. En este sentido, recibir un diagnóstico de TLP puede condicionar muchas veces a los profesionales a tener una percepción bastante estigmatizante sobre este tipo de pacientes.

En el caso de Carolina, por ejemplo, ella recuerda que cuando estaba realizando los trámites para su reincorporación luego de retirarse de la universidad por temas de salud mental por un ciclo, se le indicó como requisito pasar una entrevista en psiquiatría dado que tenía un diagnóstico previo de TLP. Sin embargo, ella recuerda este momento como una experiencia bastante desagradable ya que el psiquiatra a cargo tuvo una serie de comentarios bastante violentos y desatinados con ella debido a su diagnóstico:

Presenté todos los papeles y una de las condiciones para regresar era pasar una entrevista en psiquiatría con el psiquiatra de la universidad. Yo pasé esa entrevista y fue una de las peores experiencias que he tenido. El doctor reunió todos los criterios de diagnóstico, todo lo negativo, todos los estigmas negativos de cada uno de los criterios y me dijo que yo no podía funcionar como un ser humano normal básicamente. Fue como "pero, ¿por qué vas a regresar, no te das cuenta que deberías casarte con alguien que te pueda mantener porque no vas a poder estudiar ni trabajar?" (...) "No vas a poder estudiar, ni trabajar ni nada con lo que tienes". Y yo tenía tanta cólera con

todo lo que decía, pero sabía que él tenía que firmar el papel para que yo reingrese. Necesitaba su firma sino no podía seguir estudiando. Y le decía "sí, pero yo creo que voy a poder estudiar y voy a llevar menos cursos para que la carga no sea tan pesada". Le explicaba y él seguía. Me preguntó hasta si planeaba tener hijos y yo le dije que no, y me dijo "que bueno, porque una persona como yo nunca podría criar bien a un hijo". Fue bastante fuerte. Me dijo "no vas a ser una buena madre, ni siquiera con las medicinas que estás tomando. Y si quedas embarazada tu hijo podría salir mal". Yo me mantuve completamente serena, no sé cómo lo hice (...) Hasta que firmó el papel y le dije "gracias, buenas tardes", y me fui. Una de las condiciones que me pusieron es que tenía que ir a consulta psicológica en la universidad con una psicóloga, pero luego de esa experiencia cero ganas me quedaron de ver a alguien de ese edificio (Carolina - Entrevista 1)

En este sentido, me parece importante mencionar que este tipo de experiencias no suponen una realidad "aislada" sino que constituyen, por el contrario, una expresión máxima de las narrativas e imaginarios presentes en la versión biomédica sobre el "trastorno": la idea del TLP como una "enfermedad mental" severa y de curso "crónico", la individualización extrema del sufrimiento y la descontextualización de estos malestares de los entornos que los rodean, la imagen de la persona diagnosticada como un "otro" "enfermo", "peligroso" e incapaz de llevar a cabo una vida "normal" y funcional por sí solo, entre otros. Recibir un diagnóstico de TLP implica, en este sentido, la experiencia de ser también encasillada en esta serie de imaginarios sobre el "trastorno".

4.2.2. Terapia psicológica

Como se observa en los relatos de las jóvenes, las experiencias acudiendo a terapia psicológica son bastante diversas. En algunos casos, vemos que el encuentro psicoterapéutico se constituye como un espacio que favorece activamente el proceso de recuperación de las informantes. Sin embargo, en otros, se evidencia que el alcance de este tipo de intervenciones resulta bastante limitado en ciertos contextos o que supone, incluso, una fuente adicional de malestar emocional en ciertos casos. Por otro lado, cabe mencionar que si bien a lo largo de los años las informantes han acudido a una diversidad de tratamientos, uno de los enfoques terapéuticos más presentes en las historias de las jóvenes es la terapia dialéctico - conductual (DBT) ya que tanto Valeria como Alessandra y Carolina han realizado

este tratamiento, y Diana acudió a un grupo de apoyo de mujeres diagnosticadas con TLP realizado bajo este enfoque terapéutico también.

En el caso de Valeria, ella cuenta que en un inicio llevó una terapia de enfoque cognitivo conductual en un centro de psicoterapia particular. Sin embargo, ella se sentía bastante incómoda en este tratamiento ya que su psicóloga se identificaba como una persona católica y hablaba constantemente sobre sus creencias durante las sesiones psicológicas. Valeria menciona que esto la limitaba de hablar sobre los problemas que venía presentando en relación al consumo de drogas o a su vida sexual ya que tenía miedo de ser juzgada por su terapeuta debido a sus creencias. Posteriormente, ella fue derivada a un centro de terapia dialéctico-conductual donde continuó su tratamiento bajo este enfoque. Ella menciona que en este espacio pudo sentirse mucho más cómoda y aprender herramientas que la ayudaron a relacionarse de una mejor manera con sus emociones. En particular, ella valora mucho el hecho de que esta terapia le haya permitido recuperarse por completo de sus episodios de bulimia, ya que este era un problema que venía presentando desde su adolescencia, y que ponía constantemente en riesgo su integridad:

Lo que me ha ayudado un montón es la terapia. El DBT en su momento cuando lo llevé me ayudó un montón, un montón para encontrar estabilidad en mi vida, aplicar las habilidades por lo menos mis psicólogos fueron muy capos, muy capos, y eran muy agudos y pudieron ver mi situación y darme soluciones adecuadas para que las trabajemos juntos (Valeria - Entrevista 3)

La terapia dialéctico-conductual o DBT es una terapia psicológica creada por la psicóloga Marsha Linehan para el tratamiento del TLP. Su objetivo es brindar un repertorio de habilidades que les permitan regular sus emociones de tal manera que no incurran en conductas de riesgo o autodaño (De La Vega y Sánchez, 2012). La DBT incluye un espacio de psicoterapia individual y un espacio grupal, el cual consiste en sesiones semanales en las que se enseñan, a manera de clase, estas herramientas y habilidades a los consultantes. Así mismo, el tratamiento farmacológico es también incorporado como parte de este proceso. En el caso de Carolina, por ejemplo, ella menciona que cuando llevó este tratamiento aprendió a diseñar un “plan de crisis” para momentos en los que sintiera el impulso de

autolesionarse. Ella recuerda que aprendió una serie de herramientas como sumergir su rostro en agua fría o hielos, o estimular sentidos como el gusto o el olfato con sabores u olores fuertes hasta que la intensidad de su emoción se fuera reduciendo, de tal manera que evitaba incurrir en este tipo de conductas.

En el caso de Alessandra, por su parte, ella menciona que durante un tiempo acudió a una terapia psicológica de enfoque cognitivo conductual. Sin embargo, ella recuerda que su terapeuta vulneró su privacidad en una ocasión ya que le contó a sus padres algo que le había compartido de manera confidencial en terapia, motivo por el cual decidió dejar de asistir. Además, ella enfatiza que este enfoque no la ayudaba y que no percibía ninguna mejora en su proceso emocional. Sumado a ello, Alessandra se sentía también incómoda con algunas de las dinámicas y tareas que le asignaba la psicóloga ya que estas solían tener como objetivo que “desarrollara” un lazo afectivo con su familia en un contexto en el cual su situación familiar era bastante complicada. En este sentido, ella percibía esto como una manera “forzada” de buscar generar este lazo, lo que le causaba bastante frustración e incomodidad:

Estuve yendo ahí un par de meses hasta que me enteré que le había contado a mis papás algo que yo le había dicho y me quedé como... eso no se puede hacer y dejé de ir. Me acuerdo que era cognitivo conductual. Yo creo que según lo que tiene cada persona hay algo que les funciona, pero a mí no me funciona eso. Me acuerdo que me mandaba tareas y me hizo hacer una línea de tiempo de mi vida con fotos, como para tener un lazo con mi familia y yo no sentía nada. Simplemente estaba pegando fotos. Inclusive creo que mi mamá estaba haciendo la línea de tiempo por mí porque en esa época yo estaba en la universidad y no tenía mucho tiempo (Alessandra - Entrevista 1)

Posteriormente, Alessandra comenzó a atenderse en el área de consulta externa de un hospital psiquiátrico. Sin embargo, ella describe bastante incomodidad con respecto a la atención ya que si bien tuvo algunas consultas y evaluaciones en el área de psicología no pudo iniciar un proceso terapéutico como tal puesto que el psicólogo a cargo no se encontraba disponible. Posteriormente, ella acudió a un centro particular de terapia dialéctico-conductual para poder continuar con su tratamiento. En este sentido, ella menciona que si bien esta terapia la ayudó hasta cierto punto, vivir con sus padres en un contexto en el cual la relación era bastante complicada y se le impidió volver a salir de su casa le generaba igualmente crisis

constantes. Por ello, recalca que a pesar de encontrarse en tratamiento el contexto en el que se encontraba le impedía lograr una recuperación total:

Yo estaba con la psicóloga, con la terapia grupal, con la psiquiatra, con los medicamentos e igual me desbordaba, igual me alteraba. Podía estar bien unos días y de la nada explotaba o estaba bien unos días y tal vez no explotaba pero no podía ni pararme de la cama porque algún comentario hacían que me hacía sentir mal (Alessandra - Entrevista 2)

Tiempo después, Alessandra optó por discontinuar el tratamiento ya que sintió que este se tornaba repetitivo y ya no le aportaba en su proceso. Además, ella se sintió bastante incómoda con respecto a la postura de su psicóloga en diversas ocasiones ya que esta no la apoyó del todo en la decisión de independizarse y mudarse de la casa de sus padres por considerar que no se encontraba preparada para ello. Alessandra menciona también que, en ocasiones, su psicóloga podía llegar a ser muy insistente con ella para que se reconciliara con sus padres y que esto le causaba mucha incomodidad:

Ya no estaba ayudándome en nada estar ahí. Sentía que perdía mi tiempo porque todo lo que decían yo ya lo sabía o ya lo había practicado (...) Sentía que ya la terapia no me estaba ayudando, aparte justo me mudé de la casa y cuando mi psicóloga se enteró no me apoyó al 100 % y eso fue raro (...) Mi psicóloga siempre quería que perdone a mis papás y la entiendo pero tampoco puedes borrar automáticamente todo lo que pasó (Alessandra - Entrevista 2)

Alessandra recalca también que caer en cuenta del encierro involuntario que atravesó en su casa por orden de su psiquiatra fue otro de los factores que la llevó a abandonar la terapia ya que se sintió vulnerada en sus derechos y esto le causó mucha indignación en relación al tratamiento.

En el caso de Carolina, ella llevó sesiones de terapia dialéctico-conductual en un hospital público con una médico psiquiatra que ejercía como psicoterapeuta también. Ella menciona que esta terapia la ayudó bastante ya que aprendió una serie de herramientas que la ayudaron a vincularse con sus emociones de una manera más sana. Carolina enfatiza que el formato bajo el cual estaba estructurada esta terapia la ayudó también mucho ya que le permitió interiorizar diversas

herramientas en lo que respecta a su salud mental. Además, ella recalca que el vínculo con su terapeuta fue fundamental ya que esta nunca juzgó los comportamientos de sus pacientes:

Sí siento que me ha ayudado muchísimo esta terapia DBT en aprender a manejar las emociones y no explotar tanto, no tener tantas crisis, a lidiar más con las cosas. Siento que me ha ayudado un montón (Carolina - Entrevista 3)

Yo para poder lidiar con algo tengo que entenderlo, como que le busco la lógica, le busco el porqué. Entonces, aquí una cosa que nos explicaban era por qué reaccionas de tal manera, qué es lo que pasa. Nos daban la explicación teórica y después práctica. Entonces creo que eso me ayudó bastante, el poder entender. Y también la manera de llevar la terapia que tenía la doctora que era sin juzgar nada de lo que hacías. Había una chica que consumía drogas, otra que tenía problemas con el alcohol pero nunca juzgo lo que hacían y eso te ayuda muchísimo. Ella siempre lo vio como algo bastante normal y nos hacía practicar bastante. En la siguiente semana era como "cómo pusiste esto que vimos en práctica, qué hiciste esta semana que hayas aplicado lo que has aprendido". Y creo que ese constante recordatorio de aplicarlo en tu día a día ayudó bastante (Carolina - Entrevista 3)

Si bien fue dada de alta de terapia grupal en el 2019, las sesiones psicológicas individuales se vieron interrumpidas por la inmovilización social obligatoria producto de la pandemia de COVID-19 a inicios del 2020. Carolina menciona que actualmente le gustaría retomar la terapia; sin embargo, considera que esto sería bastante complicado ya que al tratarse de un hospital público los trámites para reingresar son bastante extensos y complejos.

Diana, por su parte, menciona que durante su etapa universitaria inició una terapia psicológica con una tía suya que era ejercía como psicoterapeuta de enfoque cognitivo conductual. Ella menciona que esta se ofreció a apoyarla de manera gratuita debido al estado emocional crítico en el que se encontraba, y a que pagar un tratamiento no era una opción viable en ese momento. Sin embargo, Diana enfatiza que la cercanía familiar resultó bastante problemática en algún punto ya que esto producía diversas tensiones y desacuerdos con sus padres y, en particular, con su padre. Por esta razón, ella optó por dejar el tratamiento:

Mi tía se dio cuenta que yo realmente estaba mal y empecé a llevar la terapia con ella. Sé que no es lo óptimo pero en ese momento era la única opción que tenía para poder ayudarme a sanar aunque sea un poquito lo que me estaba pasando porque no encontraba tampoco soporte en otros lugares (...) Pero empezaron a haber roces porque mi tía también se daba cuenta de cómo eran mis papás y a veces me pedía como hacer una sesión grupal con ellos y hablaba con ellos pero mi papá se cerraba y le decía “mira yo no creo en psicólogos así que lo que me digas la verdad no lo voy a aplicar”. Mi mamá sí trataba de entenderla más pero habían muchos roces entonces decidí dejarlo (Diana - Entrevista 2)

Tiempo después, Diana pudo acudir a otra psicóloga particular de enfoque cognitivo conductual, si bien ella recalca que durante este periodo el tema económico fue una preocupación constante puesto que pagaba sola tanto la terapia psicológica como la medicación psiquiátrica y esto resultaba bastante costoso. Diana menciona que estas sesiones psicológicas le brindaron un espacio de contención emocional a través del cual pudo profundizar en sus emociones y aprender estrategias para sobrellevar estos episodios de malestar. Así mismo, ella comenta que algunas sesiones tenían un formato más informativo a través del cual su psicóloga le brindaba información sobre el TLP y datos relevantes sobre el “trastorno”. En este sentido, ella recuerda que una de las cosas que su terapeuta le comentó es que el TLP era un “trastorno” sin “cura” y que únicamente podía aprender a “manejarlo” a través de ciertas herramientas y recursos:

Me acuerdo clarísimo que me dijo que el TLP era algo que no se me iba a ir, no es como que una enfermedad que se cura y que tiene un inicio y un fin, sino que me va acompañar durante toda mi vida, que tengo que aprender a vivir con el TLP para que el TLP no se alimente de mí. Como que dejarme claro que tengo esto y que va a estar toda la vida pero que tengo que aprender a manejarlo y tener estrategias (Diana - Entrevista 3)

Como se mencionó anteriormente, Diana mantiene una relación bastante intermitente con respecto a su tratamiento ya que asiste por etapas pero luego tiende a abandonarlo también. Recientemente, por ejemplo, ella estuvo acudiendo a terapia hasta hace unos meses; sin embargo, luego decidió retirarse. Ella menciona que la relación ambigua que tiene con su diagnóstico influye bastante en esto ya que el rechazo que experimenta muchas veces hacia este la lleva, en consecuencia, a dejar los tratamientos también:

Me gustaría ser como otras personas que han recibido un diagnóstico y dicen "ok, tengo esto, tengo que vivir con esto, aprender a gestionarlo, no pasa nada, solo tengo que ser constante con mi terapia, con mi medicación". Pero esa es la parte que todavía me cuesta (Diana - Entrevista 3)

Como se observa en los relatos de las informantes, la terapia psicológica proporciona en muchos casos un espacio de escucha, contención, autoconocimiento y aprendizaje de diversas herramientas para hacer frente a momentos de crisis y contextos adversos, lo que favorece en muchos casos el proceso de recuperación de las informantes y les permite desarrollar estrategias para relacionarse de una mejor manera con sus emociones. Por esta razón, algunas de las informantes identifican la psicoterapia como uno de los espacios que más las ha ayudado en lo que respecta a la mejora de su salud mental.

Sin embargo, cabe mencionar que existen también algunas limitaciones con respecto a esto. Alice Di Maggio (2019) menciona, por ejemplo, como la terapia dialéctico-conductual, al centrarse únicamente en la enseñanza de herramientas de regulación emocional y plantear esta como la solución "máxima" al malestar emocional puede colocar en los individuos la responsabilidad total de transformar su comportamiento sin considerar los contextos que los rodean. La autora menciona que esta conceptualización responde también a una concepción occidental individualista sobre el individuo como un ser capaz de funcionar en sociedad de manera completamente "autónoma". Esta situación se observa también en la experiencia de algunas de las jóvenes ya que muchas veces estas herramientas resultan insuficientes en contextos de disfunción familiar u otros contextos que generan también experiencias de malestar emocional.

Por otro lado, otro factor resaltante es la poca agencia que las informantes suelen tener en sus tratamientos. La sensación de sentir que la terapia no les contribuye en nada, y aún así sentirse en el compromiso de continuarla y de cumplir con las indicaciones de su terapeuta evidencia lo poco que se considera el punto de vista del consultante en algunos casos. Este descontento acumulativo puede traducirse en ocasiones en un abandono del tratamiento, situación que muchas

veces es interpretada como “inconstancia” por parte del paciente pero que refleja también la poca consideración existente hacia la perspectiva de los usuarios.

Por otro lado, es importante considerar que la psicoterapia no necesariamente representa un espacio “neutral” sino también un espacio atravesado por concepciones socioculturales en torno a la familia, la sexualidad, entre otros, las cuales pueden afectar el proceso de las jóvenes también. Como se observa en los relatos, Valeria, por ejemplo, expresó sentirse incómoda debido a las creencias católicas de su terapeuta y el temor a ser juzgada por su sexualidad o conductas relacionadas al consumo de drogas. Del mismo modo, en el caso de Alessandra, se observa también bastante incomodidad por parte de ella con respecto a la manera en la que sus terapeutas insistían constantemente en el hecho de que “perdonara” a sus padres y se reconciliara con ellos, algo que incrementaba aún más su malestar. Así mismo, es importante considerar que situaciones como la vulneración de la privacidad pueden llegar a afectar significativamente a las jóvenes también.

Al mismo tiempo, me parece importante reflexionar sobre la manera en la que el espacio terapéutico puede implicar también cierta verticalidad y unidireccionalidad en la transmisión de la información. Charles Briggs (2005) es uno de los autores que ha abordado este tema mencionando cómo desde las perspectivas dominantes en salud se piensa en la comunicación desde un modelo lineal en el cual la información es producida por un sector de investigadores clínicos, transmitida por profesionales de la salud y recibida de manera pasiva por los pacientes. En este sentido, existe un conocimiento autorizado sobre la enfermedad manejado por los profesionales, quienes esperan que este sea “aprendido” por los pacientes. Este proceso se observa también en las experiencias de las jóvenes ya que sus terapeutas suelen presentarse como portadores “autorizados” de conocimientos y teorías con respecto al diagnóstico que deben “educar” a los consultantes. En contraste, las narrativas de las jóvenes quedan relegadas a un segundo plano y se espera, muchas veces, que su rol se limite a tomar “conciencia de su condición” e interiorizar esta información. Esto también resulta perjudicial para las jóvenes en algunos casos debido al énfasis que muchos terapeutas hacen en la noción de “cronicidad” en torno al “trastorno”.

Finalmente, me parece importante recalcar que esta focalización excesiva en la psicoterapia como espacio recuperativo por parte de los especialistas, puede impedir explorar otros espacios terapéuticos relevantes para las informantes. Además, existen también otros factores no considerados desde esta perspectiva como, por ejemplo, la manera en la que sostener el costo de una terapia psicológica particular puede resultar difícil en muchos casos y acceder a servicios de salud mental en instituciones públicas puede resultar complicado debido a la burocracia excesiva y la cantidad de trámites existentes.

4.2.3. Tratamientos farmacológicos

Los tratamientos farmacológicos son también un elemento central en las narrativas de las jóvenes con respecto a su diagnóstico de TLP. Como sugiere Ospina (2010), es importante considerar que estas experiencias se inscriben en un contexto sociocultural de creciente medicalización y mercantilización del sufrimiento, lo que se refleja en el aumento creciente del consumo y las prescripciones de psicofármacos a nivel mundial: los pacientes tienden a ser vistos como meros “consumidores” y el consultorio, como un espacio de “transacción” a través del cual estos pueden adquirir una “cura” a su malestar. Como plantea la autora, estas prácticas se sustentan en la idea promovida desde la psiquiatría de que el malestar psíquico es producido por un desequilibrio neuroquímico “alojado” en el cerebro sin considerar los significados intersubjetivos, y las dimensiones contextuales y sociales que subyacen a estas experiencias emocionales.

La autora resalta también la importancia de aproximarse a las relaciones de poder presentes en los tratamientos farmacológicos enfatizando cómo la agencia de los pacientes tiende a quedar reducida en estos espacios ya que su palabra no es valorada en el proceso clínico y el especialista se presenta como una autoridad incuestionable. Frente a eso, los usuarios se ven en la necesidad de acatar las indicaciones médicas sin llegar a conocer con exactitud los mecanismos de acción o los efectos de los medicamentos que consumen en la mayoría de los casos.

En los relatos de las informantes, resulta interesante observar también la poca agencia que estas tienen o han tenido sobre sus tratamientos farmacológicos: no ser adecuadamente informadas sobre los efectos y riesgos de los medicamentos, no saber con exactitud qué pastillas consumen o para qué sirven estas, no estar de acuerdo con consumirlas y aún así verse forzadas a hacerlo, entre otros. En el caso de Alessandra, por ejemplo, ella relata que cuando sufrió un encierro involuntario en su casa tras tener un intento de suicidio su psiquiatra dio la orden de que ella dejara de tener control sobre su medicación. Esto no solo implicó que no pudiera guardar su medicación ni sus recetas consigo, sino no saber qué medicamentos le daban sus padres a diario tampoco. En el caso de Valeria, por su parte, algo que me llamó la atención cuando conversábamos sobre su tratamiento fue que me dijera, por ejemplo, que no sabía para qué servía el aripiprazol- una de las cuatro pastillas que consume- pero que igualmente lo tomaba porque su psiquiatra se lo recetaba:

No sé qué hace, no sé para qué sirve esa pastilla, pero igual la tomo (Valeria - Entrevista 2)

Valeria me mencionó también que estaba cansada de tomar pastillas y que quería dejarlas porque toma medicación desde hace 10 años y siente que estas no la ayudan en nada. Si bien ha tratado de conversar esto con su psicóloga, ella le dice que es su psiquiatra el que debe determinar si se le da o no el alta del tratamiento. No obstante, su psiquiatra no le da tampoco una respuesta clara y le dice que debe seguir tomándolas hasta que sea dada de alta en su terapia psicológica, pero ella tampoco tiene una fecha exacta para esto. En este sentido, ella recalca que la medicación no representa un espacio recuperativo para ella sino más bien una suerte de “obligación” que se ve en la necesidad de acatar para cumplir con las indicaciones del tratamiento y las expectativas de sus padres, quienes le insisten en que debe continuar tomando los medicamentos:

Las pastillas ya me tienen harta, quisiera dejarlas (...) Tomo la medicación por mis viejos, porque ellos son bien reduccionistas y si un día me levanto y estoy de mal humor o algo me dicen “ay seguro no has tomado tus pastillas”. Y eso me altera y es muy frustrante para mí (Valeria - Entrevista 2)

Verbeek-Heida y Mathot (2006) plantean que desde la psiquiatría se tiende a pensar en los pacientes como “repositorios” de medicación y en el tratamiento como

una cuestión reducida a “seguir las indicaciones” de un psiquiatra. Sin embargo, es importante considerar que se trata de un fenómeno mucho más complejo y que los usuarios no son sujetos “pasivos” en este proceso ya que tienen sus propias narrativas, saberes y experiencias. Como sugieren Schlosser y Hoffer (2012), los profesionales tienden a enfocarse mucho en que las indicaciones del tratamiento sean “cumplidas”; sin embargo, en la práctica los pacientes toman todo el tiempo decisiones activas sobre su proceso y desarrollan estrategias para manejar sus medicamentos tales como, por ejemplo, reducir o aumentar la dosis de un fármaco, o incluso suspender su uso cuando sienten que este les resulta perjudicial o no les aporta en su proceso.

En las historias de las informantes es posible identificar también momentos en los que estas han interrumpido el tratamiento farmacológico por su propia cuenta. Las motivaciones descritas son múltiples: sentir que las pastillas no les hacen efecto, tener miedo de desarrollar problemas de salud, sentir que los medicamentos les inducen una “falsa” sensación de bienestar, entre otros. Si bien desde los enfoques biomédicos se tiende a pensar en este tipo de conductas como acciones “irresponsables” y a culpabilizar a los pacientes por interrumpir el tratamiento, es importante considerar que estas constituyen también estrategias de las jóvenes para hacer frente a su malestar en un contexto en el cual su agencia para tomar decisiones sobre su tratamiento es ya bastante reducida de por sí. “Abandonar el tratamiento”, en este sentido, puede interpretarse también como una respuesta extrema a la imposición de tener que tomar medicinas sin tener el espacio para expresar sus dudas, incomodidades o desacuerdos con respecto al tratamiento.

Antes de navidad, en el 2019, dejé de tomar la medicación que tomaba. Yo tomaba tres pastillas, la que te digo que no me acuerdo el nombre, clonazepam y escitalopram, y me dio la locura. Me entró así como una crisis y dije tantas pastillas que vengo tomando por casi dos años y sigo igual, no sirven para nada. Y decidí dejar de tomarlas (...) Sé que estuvo súper mal pero dije no sirve para nada, por qué me hago esto a mi misma, me voy a destrozarse el hígado, no tomo más pastillas (Carolina - Entrevista 2)

Con la medicación también fui súper desordenada porque, no sé, creo que va de la mano con este tema de "no necesito terapia". Eso también me llevaba al abandono de la medicación (Diana - Entrevista 3)

Hace unos meses las dejé y no tuve ninguna crisis. Estaba tranquila, no tuve mayor problema pero luego le dije a mi psicóloga y me insistió en que tenía que tomarlas. No sé si son placebos de repente, pero no siento nada, siento que no me hacen nada (Valeria - Entrevista 2)

Yo botaba las pastillas por el water porque no las quería tomar. Porque si me sentía mejor sentía que era algo irreal (Alessandra - Entrevista 3)

Por otro lado, es importante mencionar los diversos efectos secundarios y riesgos asociados al uso de medicamentos, los cuales no suelen ser previamente advertidos a los pacientes. Según Verbeek-Heida y Mathot (2006), muchos profesionales tienden a negar o minimizar la importancia de aspectos como, por ejemplo, el síndrome de abstinencia que provoca la retirada de ciertos medicamentos psiquiátricos, pese a lo problemático que esto puede llegar a ser para los usuarios. Carolina, por ejemplo, menciona que cuando en una ocasión dejó de tomar sus pastillas experimentó una crisis de abstinencia tan severa que tuvo que ser ingresada por emergencias a un hospital psiquiátrico. Si bien ella mencionó que dejar de tomar la medicación de golpe y no seguir las indicaciones del tratamiento fue un “error suyo” es importante recalcar que ella tampoco fue previamente advertida sobre la dependencia que estos medicamentos podían provocar:

Imagen 11

Receta de medicamentos psiquiátricos de Carolina

Demanda	<input checked="" type="checkbox"/>	Consulta Externa	<input checked="" type="checkbox"/>	Medicina	<input type="checkbox"/>
SIS	<input type="checkbox"/>	Emergencia	<input type="checkbox"/>	Pediatría	<input type="checkbox"/>
Clínica	<input type="checkbox"/>	Hospitalización	<input type="checkbox"/>	Cirugía	<input type="checkbox"/>
Intervenciones Sanitarias	<input type="checkbox"/>	UCI	<input type="checkbox"/>	Gineco-Obstetricia	<input type="checkbox"/>
SOAT	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	Otros	<input checked="" type="checkbox"/>
Otros convenios	<input type="checkbox"/>				
Diagnóstico:	F 32.1		H.C. (CE-10)	<input type="checkbox"/>	
MEDICAMENTO O INSUMO (Obligatorio DCI)	CONCENTRACIÓN	Forma Farmacéutica	Cantidad		
- Escitalopran	10,		(50 tb)		
	1/2 tb - ucione				
- Clonazepam	0.5,		(30 tb)		
	1/4 tb - ucione				
- Levotripine	50,		(50 tb)		
			26		

Fuente: Trabajo de campo

No sentía la cara, no sé qué sería, pero no la sentía. Me empecé a jalar la piel frente al espejo porque no sentía nada y estaba entrando en desesperación. Y mi papá se dio cuenta, me dijo “¿qué te pasa?”. Y yo veía mi cara pero la veía deforme y no la sentía. Estaba entrando en una crisis horrible porque no me reconocía a mi misma. Es algo que me ha pasado varias veces, que tu cuerpo lo ves distinto, pero esta vez fue horrible porque yo veía en el espejo como una parte de mi cara crecía (Carolina - Entrevista 2)

Alessandra, por su parte, cuenta también que sus problemas de adicción con el alprazolam iniciaron cuando le recetaron este medicamento en una consulta psiquiátrica ya que no le informaron sobre el efecto adictivo que provocaba, y esto la llevó a consumirlo de manera muy constante cada vez que tenía ansiedad. A partir de esto, en un contexto en el cual no logró volver a conseguir citas con su psiquiatra en el hospital donde se venía atendiendo y había ya desarrollado cierta dependencia al medicamento, comenzó a automedicarse con las pastillas bajo su propio criterio y a consumir dosis cada vez más elevadas para aliviar sus crisis de ansiedad. Como sugieren Schlosser y Hoffer (2012), es importante considerar que estas prácticas constituyen también una estrategias activas utilizadas por los pacientes para hacer frente a contextos en los cuales deben enfrentarse a sistemas de salud deficientes que les dificultan muchas veces conseguir una atención óptima y oportuna:

En la última cita me mandó un montón de alprazolam y me dijo “tómalo cuando te sientas mal”. Tal vez una persona normal lo hubiera tomado en serio cuando se sentía mal, pero yo siempre me sentía mal entonces seguía tomando. Pero luego ya no era suficiente y tomaba más, y tomaba más. Y volví a mi siguiente cita y la psiquiatra no había ido. No sé por qué no había ido pero me reprogramaban. Regresé de nuevo y tampoco había ido. Y era super frustrante porque yo me sentía mal y no sabía que hacer con la medicación que me había mandado. Creo que la segunda vez que pasó eso me fui llorando y nunca más regresé a psiquiatría (Alessandra - Entrevista 1)

Alessandra menciona que más adelante pudo acudir a un tratamiento en un centro particular donde tuvo un seguimiento más personalizado. Sin embargo, continuó experimentando varias incomodidades con respecto a la medicación como, por ejemplo, tener que consumir dosis cada vez mayores de algunas pastillas para lograr el efecto deseado (ya que su cuerpo desarrollaba tolerancia) o que le mandaran otros medicamentos para atenuar los efectos secundarios de los medicamentos que tomaba. Todo esto, sumado al hecho de que cuando dejaba de

tomar alguna de sus pastillas experimentaba síntomas de abstinencia, la hacía sentir que el tratamiento no tenía sentido porque su adicción al alprazolam había simplemente sido “reemplazada” por una dependencia a otro tipo de pastillas:

A veces las tiraba por el water y si sentía abstinencia y decía me han reemplazado las alpras por algo que es lo mismo al final (Alessandra - Entrevista 3)

Como plantean Schlosser y Hoffer (2012), es importante considerar que la distinción entre “drogas” y “medicinas” se encuentra mediada por un conocimiento social y cultural ya que sustancias como, por ejemplo, las benzodiazepinas se han posicionado una alternativa terapéutica desde la industria farmacéutica; sin embargo, existe un mercado de personas que consumen estas pastillas con fines recreativos y, por sus efectos y su gran potencial adictivo, muchos usuarios la consideran como una sustancia de igual categoría que otras drogas ilegales. En el caso de las informantes, resulta interesante ver cómo Alessandra, por ejemplo, establece esta asociación con respecto a los medicamentos también.

Las informantes describen también una preocupación por las posibles complicaciones de salud que los medicamentos podrían generar. Valeria, por ejemplo, menciona que durante el tiempo que estuvo internada algunas de sus compañeras de la clínica desarrollaron pre-diabetes o problemas de tiroides por los medicamentos que tomaban. Alessandra, por su parte, expresa también que, si bien considera que la medicación puede ayudar hasta cierto punto, existen diversos riesgos a mediano o largo plazo que los médicos no suelen advertir cuando recetan estos fármacos:

Tienen efectos secundarios que no te dice el psiquiatra. Por ejemplo, creo que los antidepresivos hacen daño al hígado o al corazón cuando lo tomas por mucho tiempo o a los riñones (...) Yo creo que ayudan hasta cierto punto y depende de cómo las estas tomando, pero creo que también hay cierto peligro y cierto tipo de pastillas que no deberían seguir comercializándose y se siguen recetando. Tienes que tener suerte para que te den algo que no te termine haciendo más daño (Alessandra - Entrevista 3)

Finalmente, es importante mencionar que ciertos efectos secundarios provocados por los medicamentos- como, por ejemplo, la sedación extrema -se constituyen también como factores importantes de malestar emocional en las historias de las informantes. Valeria, por ejemplo, cuenta que durante su internamiento recibía dosis bastante elevadas de quetiapina -un fármaco antipsicótico con un gran efecto sedante- y que esto la llevaba a estar permanentemente sedada, y a sentirse física y emocionalmente desconectada y deprimida. En este sentido, ella recalca también que la sedación era tan extrema que se veía incapacitada de poder desarrollar sus actividades con normalidad en el día a día. Ella menciona que estos efectos continuaron en su cuerpo incluso cuando fue dada de alta del internamiento y que perduraron hasta que un psiquiatra particular le fue reduciendo la dosis de manera gradual:

Por un tiempo yo estaba super deprimida porque me sentía muy desconectada por las pastillas me daban. Mi mente era como una nube porque me habían dado tantas pastillas. Me daban tanta quetiapina, que es una pastilla antipsicótica que te seda en verdad un montón. Me daban como 200 gramos en la mañana y 200 gramos en la noche y yo me quería morir. No podía existir, no podía funcionar. Y salí, vi a otro psiquiatra y me fueron bajando progresivamente la dosis de quetiapina (Valeria - Entrevista 1)

Una situación similar es también descrita por Carolina, quien menciona que cuando tuvo un intento de suicidio con una sobreingesta de medicamentos y fue dada de alta en el hospital se le recetaron dosis bastante elevadas de fármacos psiquiátricos que la mantuvieron en un estado de sedación extrema durante días:

Me dieron unas pastillas que eran súper fuertes porque no me acuerdo de nada. Era el día de la madre, era el 12 de mayo del 2019 y yo no me acuerdo de casi nada. Me acuerdo que no podía caminar sola. Me senté un rato en el mueble de la sala, me quise parar y casi me caigo. No podía caminar, no podía moverme porque no podía controlar mi cuerpo (...) Había una reunión por el día de la madre y estoy segura de que estuve ahí porque tengo una foto con el primo de mi prima. Yo no me acuerdo en qué momento se tomó la foto. No tengo memoria de nada de eso. De ahí, de los dos días que siguen tampoco recuerdo casi nada y no es como cuando te olvidas por el trauma ni nada, sino que literalmente no hay nada en mi cabeza de esos días. Yo creo que es porque me dieron un sedante y por las pastillas que me dieron que eran bien fuertes y sí te dejan medio inconsciente (Carolina - Entrevista 2)

En este sentido, resulta interesante observar también cómo los medicamentos pueden adquirir significados diferentes dependiendo del contexto en el cual son administrados o consumidos. En el caso de Carolina, por ejemplo, vemos cómo la sobre ingesta de fármacos psiquiátricos es interpretada como una expresión psicopatológica de su “trastorno”; sin embargo, cuando estos mismos fármacos son administrados por un especialista en un contexto clínico- tanto en el caso de Carolina como de Valeria, por ejemplo -pasan a adquirir un significado “terapéutico” a pesar de tratarse de dosis excesivas y de llegar a producir efectos como la sedación extrema o la pérdida de memoria temporal.

4.2.4. Internamientos y hospitalizaciones

Las hospitalizaciones por sobredosis de medicamentos, los internamientos psiquiátricos y los encierros involuntarios aparecen también como un aspecto importante en los relatos de las jóvenes. Las informantes identifican estos espacios como contextos en los que vivieron situaciones muy traumáticas que detonaron o agravaron varios de los malestares emocionales que venían experimentando.

Según Mantilla (2010), el internamiento psiquiátrico se presenta como una alternativa asociada a situaciones de “desborde”, es decir, a contextos en los cuales se considera que el nivel de atención que requiere el paciente ha excedido las posibilidades del tratamiento. No obstante, estas prácticas implican no solo una individualización extrema del sufrimiento y un desdibujamiento de los escenarios sociales en los que se inscribe el malestar de los sujetos, sino también una serie de intervenciones violentas legitimadas por el discurso biomédico.

Como señala la autora, desde la perspectiva foucaultiana se plantea la manera en la que el discurso psiquiátrico se ha constituido históricamente como un dispositivo de poder disciplinario. El internamiento, en este sentido, se constituye también como una práctica con elementos de control y dominación, y un espacio de disciplinamiento de los cuerpos y aceptación de la autoridad médica, lo que se contrapone a menudo con el objetivo “terapéutico” de lograr mejoras en el proceso del paciente. La autora enfatiza que el cuerpo se posiciona como un componente

central de estos dispositivos de poder, lo que se expresa en situaciones como la toma obligatoria de medicamentos, las inyecciones involuntarias de fármacos sedantes y la atadura a camas cuando se considera que el paciente presenta una crisis o se considera que se encuentra “descontrolado” (Mantilla, 2009).

Estas situaciones pueden ser también observadas en los relatos de las jóvenes. Valeria, por ejemplo, cuenta que ella y su familia optaron por que fuera internada en un centro psiquiátrico particular durante adolescencia debido a sus problemas de anorexia y bulimia; sin embargo, actualmente ella describe esto como una de las vivencias más traumáticas que experimentado a lo largo de su vida. En su trabajo con jóvenes diagnosticadas con anorexia y bulimia, Lisette Gamboa (2018) describe cómo las reglas y la vigilancia son comunes a todas las instituciones en las que está presente en una estructura de poder y que esto implica también la presencia de actores subordinados como, por ejemplo, los pacientes en el caso de la institución psiquiátrica, ya que estos son sometidos a diversos mecanismos de control al encontrarse en un proceso de “rehabilitación” y “normalización”. En este sentido, es importante considerar que el internamiento psiquiátrico implica también la construcción de un tipo de sujeto específico, en este caso, la construcción de la persona como un paciente psiquiátrico con un determinado cuadro psicopatológico que debe ser abordado mediante ciertos tratamientos específicos (Mantilla, 2009).

Valeria, por ejemplo, menciona que una de las cosas más difíciles para ella fue estar alejada de sus padres y que, tanto a ella como a las demás pacientes, se les impidiera tener contacto con ellos argumentando que no tenían “conciencia de la enfermedad”, y que si los veían o se comunicaban con estos los intentarían “manipular”. Del mismo modo, la falta de privacidad y la vigilancia en espacios íntimos como los baños, o los castigos severos a sus compañeras cuando vomitaban la comida debido a sus episodios de bulimia- lo que podía llegar al punto de obligarlas a comer su propio vómito -resultaron situaciones bastante traumáticas para ella. Además, ella recuerda que debido a la mala higiene del lugar era frecuente encontrar insectos en la comida. Valeria menciona también que una de las compañeras con las que estuvo internada fue parte del grupo de jóvenes que denunció públicamente a esta institución por estos abusos hace algunos años:

Salí traumatizada de ahí (...) Recuerdo que una chica que no quería comer la comida, vomitó y le hicieron comer su propio vómito. Y eso fue horrible de ver. También encontrabas insectos en la comida. También recuerdo que lo que hacían era, si tú decías algo en contra de la terapia, lo que hacían era cortarte el contacto con tus familiares porque decían que tú querías manipularlos y eso fue lo que hicieron conmigo. No me dejaron ver a mi familia los 9 meses que estuve ahí. Y cuando me dejaron verlos yo les dije no aguanto estar aquí, por favor déjenme salir de aquí. Porque decían que tú ibas a intentar manipularlos, que no tenías conciencia de la enfermedad (...) No tenías espacio personal. Te veían cagar, te veían orinar (...) La última persona que denunció fue una chica con la que yo estuve internada. Fue super difícil estar ahí (Valeria - Entrevista 1)

Por otro lado, es importante considerar que la administración de medicamentos se constituye también como una práctica disciplinaria orientada a producir un cuerpo “adiestrado”, “dócil” y emocionalmente “apaciguado” frente a la autoridad médica e institucional mediante una serie de elementos coercitivos (Mantilla, 2011). En el caso de Valeria, esto se refleja en las tomas diarias y obligatorias de dosis bastante elevadas de fármacos con efectos sedantes que tenían tanto ella como sus compañeras en el centro. Así mismo, ella menciona que en esta institución se recurría a prácticas como la inyección forzosa de medicamentos cuando una de las internas presentaba una crisis o se intentaba escapar del lugar, una situación que ella llegó también a experimentar:

Recuerdo que yo intenté escapar como dos veces y lo que hicieron fue como cogirme entre varias personas y me inyectaron algo y después de eso me tuvieron como varios días dándome pastillas para que yo estuviera dopada. No recuerdo varios días, estaba dopada. Simplemente me doparon y eso ocurrió las dos veces que intenté escapar. Me cogieron, me inyectaron algo y después yo paraba en modo zombie. Fue una experiencia muy difícil. Agradezco que mis padres me hayan retirado porque conozco personas que sus papás las dejaron ahí por años. Yo solo estuve ese tiempo. Por suerte, mis papás me retiraron (Valeria - Entrevista 1)

Carolina, por su parte, describe también su contacto con un hospital psiquiátrico como una experiencia que resultó bastante traumática para ella. Si bien ella no experimentó un internamiento psiquiátrico como tal, cuando ingirió una sobredosis de medicamentos hace varios años fue llevada de emergencias a un hospital para que le realizaran un lavado gástrico. Sin embargo, al tratarse de un intento de suicidio, cuando estuvo más estable se le indicó que debía pasar una

consulta en el hospital psiquiátrico ubicado al lado para ser evaluada y recibir el alta. En este sentido, ella menciona que, debido a las experiencias de abuso y violencia psiquiátrica que había oído sobre ese hospital por parte de otras personas, tenía mucho miedo de ingresar a esta institución:

Al costado está el hospital psiquiátrico y para darme de alta me dijeron que me tenían que mandar a una consulta ahí y que ahí me tenía que dar de alta porque era un intento de suicidio. Entonces me subieron a una ambulancia para llevarme al costado y llegué. Seguía media dopada, no muy consciente pero estaba hablando con el de seguridad y le decía que por favor me dejara salir, que yo no le iba a decir a nadie, para que no me mandaran ahí porque me moría de miedo de entrar a ese sitio, me moría de miedo. Fue incluso el miedo lo que me hizo estar más consciente de lo que estaba pasando porque yo no quería entrar ahí. He escuchado cada historia horrible de ese sitio que era más que todo el terror de entrar (Carolina - Entrevista 2)

Los mecanismos de control y vigilancia pueden observarse también en este espacio de la consulta psiquiátrica ya que Carolina considera que las preguntas que le hicieron y la información que le pidieron- especialmente considerando que acababa de tener un intento de suicidio fue innecesaria y extremadamente invasiva. Carolina enfatiza que la doctora que la atendió tuvo un trato bastante violento, insensible e invasivo con su espacio personal ya que le retiró abruptamente su polera para revisar sus cicatrices por autolesiones e incluso la culpabilizó por haberse intentado suicidar. Toda esta situación la afectó a tal punto que cuando meses después se vio en la necesidad de volver a la farmacia del hospital para comprar unos medicamentos que debía tomar como parte de su tratamiento experimentó una crisis muy severa de ansiedad al recordar todo lo que vivió ese día:

Entré como a una sala de examen y vieron los cortes que tenía en los brazos. Yo estaba con polera y me sacaron la polera para revisar los cortes. Revisaron mis bolsillos, que no tenga nada corto punzante (...) Me empezaron a hacer un montón de preguntas. Era como un queriendo saber por qué pero también como echándome la culpa, como que por qué hiciste eso, por qué no quieres estar bien. Incluso la doctora me preguntó "¿no te importa lo que les vaya a pasar a tus padres si tú te mueres? Están acá afuera, ¿por qué los haces sufrir?". Y yo le pedía disculpas, me acuerdo clarito que lo único que hacía era pedirle disculpas a la doctora que ni siquiera conocía. Y también me dijo "¿cómo yo voy a estar segura que te voy a firmar el alta y tú no lo vas a volver a intentar y vas a venir de nuevo de acá a unas horas?". Y yo le prometía que no iba a volver a pasar, que me dejara irme y que yo iba a volver a terapia. Y sí estaba yendo a terapia, pero igual me pidieron toda la

información de la doctora, toda la información de la terapia grupal, la lista de medicamentos y todo, hasta la colegiatura de la doctora para dejarme salir (Carolina - Entrevista 2)

Como se mencionó en las secciones anteriores, Alessandra describe también haber sufrido una experiencia que califica como encierro involuntario en su propia casa cuando tuvo un intento de suicidio con medicamentos. Esto debido a que, tras enterarse de lo sucedido, su psiquiatra dio a sus padres la orden de que le quitaran las llaves de la casa y no pudiera volver a salir sin previa autorización. Cabe mencionar también que esta situación se dio en el contexto de pandemia y que, si bien ella menciona que comprende el trasfondo de esta situación, siente que esta medida fue extrema y que lejos de ayudarla solo contribuyó a agravar sus pensamientos de suicidio, e impulsos de consumir alcohol y pastillas, especialmente considerando el contexto de disfunción familiar en el que se encontraba, y la manera en la que esto se constituía como uno de sus principales detonantes de malestar:

Les llegó y simplemente me encerraron. Mi psicóloga nunca estuvo al 100% de acuerdo con eso porque ella sí conocía cómo eran las cosas en mi casa más que la psiquiatra que creo que solo había tenido dos citas con ella hasta ese entonces (...) Estuve encerrada y fue un infierno (Alessandra - Entrevista 2)

Como se observa en el relato, Alessandra expresa bastante frustración con respecto al hecho de que su psiquiatra- quien hasta ese entonces había tenido muy pocas citas con ella, y desconocía su situación familiar y a ella en general- tuviera el poder para tomar una decisión tan delicada como esta, incluso por encima de lo que su psicóloga pudiera opinar. En este sentido, Alessandra menciona que una de las razones por las que optó por abandonar el tratamiento una vez que se mudó de la casa de sus padres fue porque cayó en cuenta que esta situación había implicado un encierro involuntario y una vulneración a sus derechos en general:

Me di cuenta de que oye, me habían encerrado contra mi voluntad por meses. Y si bien eso fue orden de la psiquiatra, el centro hace reuniones semanales de los casos y hablan de los casos. O sea, todos los terapeutas de ahí sabían que me tenían encerrada en mi casa y claramente eso no está bien. Yo se que mi psicóloga no estaba muy de acuerdo con eso pero tampoco es que haya hecho algo para que no lo hagan. Y nada, solo dejé de ir a las sesiones, dejé de ir a terapia grupal y dejé la terapia (Alessandra - Entrevista 2)

En este sentido, ella cuestiona y sostiene una actitud bastante crítica hacia el rol del centro de terapia dialéctico conductual donde se estaba atendiendo ya que menciona que los profesionales del lugar se reunían de manera semanal para revisar en conjunto los casos de todos los pacientes pero que, aún así, no se hizo un esfuerzo por buscar otro tipo de abordaje o solución a su caso.

4.3. Narrativas sobre el TLP en otros espacios terapéuticos

A manera de complementar las narrativas sobre el TLP presentes en espacios terapéuticos, opté por entrevistar también a Cristina, paciente de terapia dialéctico-conductual de 28 años diagnosticada con TLP y facilitadora de un grupo de apoyo mutuo para mujeres con este diagnóstico. Como se mencionó anteriormente, Diana acudió en una ocasión a una reunión con este grupo, por lo que consideré pertinente conocer las narrativas sobre este diagnóstico presentes en este espacio también.

En cuanto a Cristina, ella me comentó que este espacio surgió como una iniciativa entre ella y algunas compañeras suyas que también tienen un diagnóstico de TLP para compartir experiencias en torno a su salud mental, las cuales generalmente son muy difíciles de expresar en otros contextos. De esta manera, comenzaron a organizar y difundir a través de su página de Instagram reuniones mensuales virtuales dirigidas a mujeres con este diagnóstico. En este sentido, Cristina recalcó el carácter terapéutico de esta dinámica ya que si bien considera que este no es comparable a la profundidad de una terapia psicológica puede brindar un espacio de escucha, acompañamiento y contención emocional en el cual todas las presentes pueden sentirse acogidas:

Nace como una necesidad de tener espacios para personas que tienen diagnóstico de TLP, que necesitaban espacios para hablar. Nos dimos cuenta que había un montón de temas pero que resultaban muy dolorosos o vergonzosos de explicar a otra persona que no tiene nuestro diagnóstico y que muchas veces puede no entenderlo o juzgarlo (...) Nace técnicamente de una conversación entre personas que tienen TLP y que expresan su dolor y su sufrimiento, y la necesidad de tener un espacio de desahogo. Y así nace, como un grupo de apoyo. Son como reuniones pero son terapéuticas. Bueno, hablar es terapéutico ¿no? aunque no es parte de una terapia (...) Y en los

espacios nos vamos conociendo entre todas, es como si nos reconociéramos la una en la otra (...) Es un espacio que se espera que sea confidencial, que se pueda escuchar, que todas tengan un tiempo de intervención para poder contar sus experiencias y abrazarnos entre nosotras por decirlo de alguna manera (Cristina - Entrevista)

Cristina comentó también que una de las motivaciones para crear este espacio fue el hecho de compartir herramientas que tanto ella como sus compañeras han tenido la oportunidad de aprender en su experiencia como pacientes de terapia dialéctico-conductual, ya que se trata de un tratamiento inaccesible para muchas personas aún, especialmente considerando que puede llegar a ser muy costoso cuando se realiza de manera particular. En este sentido, Cristina menciona que como facilitadoras ellas comparten también materiales, fichas y libros que reciben o han recibido en terapia, y que incluyen información sobre el TLP o herramientas para hacer frente a emociones intensas o episodios de crisis. Ella menciona que si bien en ocasiones han temido que esto les pueda causar problemas con algún centro o institución debido a la difusión del material, su objetivo es acortar la brecha existente entre las personas que pueden acceder a estos recursos y aquellas que no. Por esta razón, a través de su página de Instagram brindan también información sobre centros de salud mental comunitarios o terapias psicológicas a precio social:

El DBT como terapia tal cual, como tratamiento, no es muy accesible la verdad. No muchas personas pueden acceder, es casi un lujo. Entonces parte de las personas que sí han recibido DBT o que estamos haciendo DBT, compartimos un poco la información que vamos obteniendo. A veces funciona, a veces no funciona, como todo proceso, tenemos nuestras caídas y recaídas pero en el grupo se comparte un poco de esta información para ver si se puede ayudar. Hemos tenido casos en los que en la misma reunión algunas personas han entrado en crisis pero hemos aprendido que es mejor entrar en crisis acompañados que solos (Cristina - Entrevista)

Compartimos manuales, todas las cosas que recibimos las recompartimos gratuitamente. Hasta ahora no hemos tenido problemas, esperamos no tenerlos. Pero todo ha sido tratando de acortar esta brecha de accesibilidad a tratamiento (Cristina - Entrevista)

En cuanto a las principales características del “trastorno”, además de una mayor prevalencia en mujeres, Cristina enfatiza que una de las más resaltantes es la presencia de una “desregulación emocional”, la cual implica una sensibilidad emocional muy alta, es decir, sentir las emociones de una manera mucho más

“intensa” y “extrema”. Sin embargo, Cristina resalta también que la sensibilidad emocional no necesariamente implica algo negativo en sí mismo ya que muchas veces esta puede haber sido desarrollada como un mecanismo de defensa ante ciertas vivencias traumáticas. Cristina considera también que es importante prestar atención a las conductas de riesgo que muchas veces se encuentran asociadas a este “trastorno” como, por ejemplo, la ideación suicida, las autolesiones, o la impulsividad en el plano sexual, las relaciones interpersonales, entre otros:

Se habla del TLP como un trastorno de desregulación emocional. Personas con desregulación emocional o sensibilidad alta (...) Yo soy más sensible, que es bonito también porque la sensibilidad es como un mecanismo de defensa y tampoco hay que invalidar lo que sentimos (...) Pero también es un arma de doble filo (...) Hay esta sensación de sentir más. Hay personas que dicen que sienten más, otras que simplemente sienten como si todo estuviese amplificado, pero en general se habla de un mal manejo de las emociones. Entonces al final es eso, vivir al borde, vivir al límite (Cristina - Entrevista)

Siempre hay una conducta de escape que no necesariamente es sana. La más común son las autolesiones, autoagresión propia, ideación suicida, pero también hay conductas de riesgo que ponen en riesgo tu vida laboral, amical, económica, incluso hasta tu vida sexual (...) Hay personas que buscan mucho su escape a través de la validación sexual de otras personas, que también es una conducta de riesgo muy alta (Cristina - Entrevista)

En cuanto a las causas vinculadas al desarrollo del “trastorno”, Cristina considera también que existe tanto un componente genético como ambiental en este proceso. No obstante, ella recalca también que si bien considera que puede haber una tendencia genética en la persona esto no explica el desarrollo del “trastorno” por sí solo ya que debe haber un componente externo que lo “active” siempre. En este sentido, ella menciona que a lo largo de su experiencia como paciente y en el grupo también ha podido ver que existen algunas tendencias similares entre las mujeres con este diagnóstico como, por ejemplo, el haber crecido en un ambiente familiar disfuncional y/o violento, o haber experimentado un evento muy traumático:

Puede incluso haber un factor genético, creo en eso, pero incluso si tienes un gen dormido necesitas algo que lo despierte ¿no? Y ahí viene lo que se llaman las situaciones gatillantes. Muchas de nosotras compartimos, de todo lo que he escuchado, de todo lo que he podido leer, podemos tener una vida muy distinta, pero hay aristas muy parecidas, como por ejemplo la relación

con los padres o un evento muy traumático. Siempre hay puntos de coincidencia (Cristina - Entrevista)

En este sentido, Cristina considera también que parte de la recuperación implica muchas veces apartarse e independizarse de los entornos- sea a nivel familiar u otros -que han generado estos malestares ya que no es posible que la persona lleve a cabo un proceso de recuperación en el mismo lugar donde se ha “enfermado”. Por ello, resalta la importancia de construir nuevas redes de apoyo significativas que faciliten la recuperación de la persona y le permitan sentirse acompañada en este proceso:

Si has llegado a tener TLP es porque probablemente tu sistema de apoyo no funcione. Y como digo yo, no puedes sanar en los lugares donde te enfermas. O sea no puedes, simplemente no puedes. Y esa realización puede ser hasta dura. Es dura (...) Y a veces es difícil porque uno siempre tiene esta expectativa de que esta persona, sea un ser querido o de la familia vaya a reaccionar (...) Pero el sistema de apoyo lo tienes que ir construyendo tú y tienes que desligarlo de ese sistema tuyo que no funcionó cuando eras niña o adolescente. No puede tener los mismos miembros (Cristina - Entrevista)

Las experiencias relatadas por Cristina y el trabajo realizado a través de los grupos de apoyo nos permite observar la manera en la que este tipo de dinámicas ofrecen también una mayor agencia hacia las personas diagnosticadas con este “trastorno” ya que a diferencia de muchos de los tratamientos convencionales las narrativas de las jóvenes ocupan aquí un lugar central a través del cual se genera un espacio para compartir experiencias entre pares. Del mismo modo, este tipo de acompañamiento permite también otorgar un mayor énfasis a aspectos como las historias de vida de las jóvenes, las redes de apoyo en el proceso de recuperación y la importancia de generar espacios recuperativos más allá del ámbito clínico, especialmente en contextos en los cuales el acceso a cierto tipo de tratamientos suele ser bastante limitado o poco sostenible.

5. Capítulo 5: Conclusiones y reflexiones finales

El abordaje del TLP desde una perspectiva antropológica es un tema que requiere mayor investigación en el contexto peruano. El aporte de la antropología es importante para la comprensión de esta problemática ya que permite otorgar centralidad a aspectos poco considerados desde la perspectiva biomédica tales como las narrativas y experiencias de las personas afectadas, las relaciones socioculturales, de género y de poder que envuelven el padecimiento, la desmedicalización de estas experiencias, las dinámicas de poder presentes en los tratamientos y teorías convencionales sobre el “trastorno”, entre otros.

Los hallazgos de esta investigación han buscado responder a la pregunta de investigación: ¿cuáles son las narrativas y experiencias de mujeres jóvenes diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad en torno a su diagnóstico psiquiátrico? Para ello, se abordaron aspectos como los factores y detonantes de malestar emocional, los signos y manifestaciones de malestar, las interpretaciones y significados sobre el TLP, las trayectorias de recuperación, las narrativas sobre el TLP en profesionales de salud mental y otros espacios terapéuticos, y las experiencias en servicios e instituciones de salud mental. A continuación, se presentarán las principales reflexiones llevadas a cabo en este estudio.

El TLP como medicalización de la violencia física, psicológica, sexual, familiar, acoso escolar, entre otros

Esta investigación ha permitido reflexionar sobre la manera en la que el diagnóstico de TLP puede entenderse como una forma de medicalización e individualización de la violencia en sus diversas formas: violencia familiar, violencia sexual, acoso escolar, entre otros. En las historias de las informantes observamos cómo ellas expresaron haber sufrido violencia física, psicológica y/o sexual al interior de sus familias o por parte de parejas; sufrir maltrato y acoso en el espacio escolar debido a sus rasgos físicos, su aumento de peso o su orientación sexual; sentirse “gordas” debido a la presencia de estándares femeninos de belleza asociados con la delgadez; o experimentar barreras y malos tratos al llevar a cabo un aborto

voluntario también. Todos estos escenarios fueron identificados por las informantes como factores que detonaron en ellas experiencias de malestar emocional que fueron etiquetadas e interpretadas como “síntomas” del “trastorno” en el espacio clínico.

Es importante mencionar que muchas de estas situaciones se inscriben también en un contexto de inequidades de género tales como, por ejemplo, la presencia de un entorno social con altos índices de abuso y violencia sexual hacia las mujeres; la presión por la delgadez y, en particular, por la delgadez en el cuerpo femenino al ser esta reconocida como símbolo “éxito” y “belleza”; la discriminación hacia personas LGTBIQ, o la dificultad para acceder a una atención y un acompañamiento de calidad en contextos de estigma y penalización del aborto en el país (Gamboa, 2018; Romero, 2002; Shaw y Proctor, 2005; Zafra, 2007). Sumado a ello, vemos cómo la normalización de estas violencias implica también un factor adicional de malestar emocional ya que al hecho de experimentar un abuso sexual se suma, por ejemplo, el verse en la necesidad de ocultar estas experiencias por temor a las consecuencias- especialmente considerando los vínculos familiares existentes de por medio -o que el abuso sea tomado como un “invento” de la víctima cuando esta lo comparte con algún familiar.

Estas experiencias nos permiten cuestionar la narrativa biomédica sobre el “trastorno”, la cual individualiza, medicaliza y descontextualiza estas vivencias de sus contextos culturales y sociales. La relación entre el diagnóstico de TLP y estas formas de violencia es un tema en el cual se requiere profundizar desde la antropología médica. Resulta bastante cuestionable que estas vivencias sean etiquetadas como “síntomas” de un “desorden de la personalidad”. Estas interpretaciones no solo implican una descontextualización extrema de estas experiencias sino también una forma de re-victimización hacia las jóvenes ya que se plantea la idea de que el problema reside en la “personalidad” de la víctima mas no en el entorno que ha ocasionado su malestar. Es importante que estas problemáticas sean abordadas desde una mirada social y un enfoque de género que permita situarlas en contexto para lograr una mejor comprensión sobre estas.

El TLP como “fracaso” de las expectativas académicas y profesionales

Otro aspecto observado en la investigación fue como los significados y malestares emocionales asociados al diagnóstico de TLP se relacionan también con un “fracaso” en las expectativas sociales en torno a la realización académica y profesional. Estas expectativas responden también a criterios de “normalidad” propios de un contexto neoliberal basados en el ideal de un individuo funcional, “estable”, “exitoso”, productivo, orientado al esfuerzo y sacrificio personal, y al logro de metas y objetivos (Bria Berger, 2014). En las historias de las informantes observamos cómo ellas identificaron la imposibilidad de cumplir con ciertas exigencias y valoraciones socioculturales en torno a los estudios universitarios -como, por ejemplo, mantener un alto rendimiento académico, acumular “logros” académicos y demostrar constantemente “éxito” frente a familiares y compañeros, o terminar la carrera en el menor tiempo posible- como factores que afectaron seriamente su salud mental.

En sus relatos se evidencia no solo la presencia de mallas curriculares con cargas académicas excesivas y la manera en la que esta sobreexigencia provocó en ellas varias crisis en relación a su salud mental, sino también la manera en la que desde muy pequeñas y a través de sus familias interiorizaron la idea de que su valor como personas dependía únicamente de sus “logros” académicos. Para las informantes, la universidad representó un espacio de competencia en el cual la comparación con los “logros” de sus compañeros fue una angustia constante. Las sensaciones de “fracaso”, angustia, desesperanza, vacío, “inutilidad”, así como los episodios de autolesión e, incluso, los intentos de suicidio aparecen como consecuencia de la frustración por no sentirse a la “altura” de estas expectativas. Del mismo modo, es fundamental recalcar la manera en la que situaciones como la violencia o el acoso sexual por parte docentes hacia alumnas se suman también a estos malestares relacionados con los estudios.

Resulta bastante preocupante que los malestares emocionales generados por las deficiencias propias del sistema académico y universitario altamente competitivo, así como las diversas creencias y percepciones socioculturales en torno a la

productividad y los estudios, o las situaciones de acoso y violencia en el espacio universitario, sean medicalizados a través de la asignación de un “trastorno de la personalidad” en las informantes. Si bien este no fue un tema conversado directamente con las jóvenes, resulta interesante que uno de los criterios diagnósticos del “trastorno” sea justamente la “inestabilidad” de la autoimagen expresada a través de ámbitos como, por ejemplo, la “inestabilidad” en el desempeño o las metas profesionales. Esta perspectiva puede impedir ver que muchas de estas situaciones no necesariamente se deben a la existencia de una “alteración mental” en las jóvenes, sino a problemáticas propias de estos espacios.

Pandemia de COVID-19 y su impacto en la salud mental

Además de las situaciones anteriormente mencionadas, me parece importante enfatizar también el impacto de la pandemia de COVID-19 y su relación con las diversas vivencias asociadas al diagnóstico de TLP. Esta investigación permitió observar cómo el contexto de pandemia implicó para muchas de las jóvenes experimentar sensaciones como el miedo, la angustia, la ansiedad o la depresión producto del contexto de muertes masivas, el aislamiento social obligatorio, o el ver a familiares hospitalizados o falleciendo en este contexto. Sumado a ello, la inmovilización social obligatoria implicó también para algunas de las informantes situaciones como la convivencia con agresores sexuales o el ver agravados diversos problemas de salud mental debido al contexto de encierro. El impacto emocional de estos escenarios requiere ser más considerado por parte del discurso biomédico; más allá de medicalizar estas emociones es importante entenderlas como parte de esta coyuntura histórica y social que fue experimentada de manera colectiva.

El TLP como desviación de las normas sociales y las expectativas de género socialmente construidas

Esta investigación permitió observar la manera en la que la determinación sobre si una emoción o conducta es “sana” o, por el contrario, “patológica” e “inapropiada” se da también en función a una construcción discursiva de “normalidad”, es decir, a parámetros social y culturalmente establecidos que

determinan lo que es “normal” y lo que constituye una “desviación”. En el caso del TLP vemos también cómo situaciones como la presencia de una sensibilidad emocional extrema; la expresión del sufrimiento a través del cuerpo, la autolesión o la sobreingesta de medicamentos; o el hecho de encontrarse en un estado de “descontrol emocional” en general tienden a ser medicalizadas en el contexto occidental debido la existencia de un predominio racionalista que privilegia la “razón” y el “control” por sobre la “emocionalidad” y la experiencia sensorial. Sumado a ello, la existencia de un “imperativo cultural” de la alegría en el cual la presencia de emociones como la tristeza o el dolor tiende a ser negada o percibida como “mala” contribuye también con la medicalización de estos malestares y su clasificación como “síntomas” de un “trastorno mental” (Mantilla, 2015; Nicki, 2001). Esta narrativa puede impedir explorar otros significados que pueden estar presentes en los relatos de las jóvenes como, por ejemplo, la manera en la que la sensibilidad emocional asociada al TLP no necesariamente adquiere siempre una connotación negativa ya puede ser también entendida como un espacio de conexión con la creación o la expresión artística.

Por otro lado, esta investigación permitió también reflexionar sobre la manera en la que las relaciones de género y ciertas expectativas en torno a la sexualidad y la feminidad cumplen también un rol fundamental en la medicalización de ciertas prácticas. A través de Lester (2013) y Mantilla (2015) se observó como conductas como el sexo casual o el tener múltiples parejas sexuales tienden a ser más comúnmente medicalizadas y etiquetadas como “síntomas” de un “trastorno mental” en mujeres debido a la irrupción de estos comportamientos con el ideal de una mujer sexualmente “recatada” y “pasiva”. Esto contrasta con la manera en la que estos mismos comportamientos muchas veces son normalizados o, incluso, celebrados en lo que respecta a la sexualidad masculina. Para Shaw y Proctor (2005), la expresión de la ira y la agresión- a través de, por ejemplo, la autolesión o el consumo de drogas -tiende a ser también más comúnmente medicalizada en mujeres debido a la existencia de una mayor censura en la expresión de este tipo de emociones en mujeres.

Del mismo modo, si bien la relación entre la orientación sexual y el hecho de ser diagnosticada con TLP no fue un tema discutido con las informantes ni los profesionales entrevistados, es importante considerar que características como la “inestabilidad” de la autoimagen y las “dudas” en torno a la orientación sexual en pacientes con este diagnóstico han sido también abordadas en la literatura clínica sobre el “trastorno”. Muchas investigaciones mencionan la presencia de “dudas” en torno a la orientación sexual en pacientes con este diagnóstico; sin embargo, esta mirada puede entenderse también como una medicalización e intento de “normalización” de orientaciones sexuales no normativas como, por ejemplo, la bisexualidad en el caso de una de las informantes. Todas estas situaciones invitan a reflexionar sobre las relaciones de género y los criterios de “normalidad” que pueden estar presentes en el diagnóstico del “trastorno”, así en la mayor prevalencia de este en mujeres.

La autolesión, los “trastornos” de conducta alimentaria, el consumo de sustancias y otras prácticas asociadas al TLP como estrategias de supervivencia

A través de Rebeca Lester (2013) se observó cómo muchas prácticas asociadas al TLP pueden entenderse como estrategias de supervivencia orientadas a proporcionar alivio ante estados de sufrimiento psíquico extremo. La exploración de los sentidos y significados “terapéuticos” que prácticas como la autolesión, el consumo de sustancias, entre otros, tienen para estas jóvenes fue, en este sentido, fundamental ya que permitió tener una aproximación distinta a la narrativa biomédica sobre el “trastorno”.

En los relatos de las informantes, vemos cómo ellas identifican estas conductas como prácticas de alivio y regulación emocional que les permitieron sobrellevar el dolor emocional y hacerlo más tolerable en contextos en los cuales contaban con escasas redes de apoyo, y no recibieron el apoyo emocional necesario debido a factores como la invisibilización y el gran estigma existente hacia estas problemáticas, o la atención deficiente en servicios de salud mental. En esta misma línea, experiencias como la amnesia o el olvido asociadas a la disociación adquieren

también un significado “terapéutico” ya que permiten la desconexión y el “olvido” en contextos de memorias altamente traumáticas. En este sentido, más allá de calificar estas experiencias como “síntomas”, es importante reconocer los sentidos y significados que estas han tenido en las historias de vida de las jóvenes, así como su agencia para hacer frente a contextos adversos a través de estas prácticas.

Finalmente, en esta misma línea, me parece importante recalcar también el rol de las prácticas asociadas a los “trastornos” de la conducta alimentaria ya que la búsqueda de la delgadez a través de la anorexia o la bulimia aparece como una “solución” frente a experiencias como el acoso escolar, o los comentarios y discursos violentos en torno al peso y el cuerpo en general. Muchas de las jóvenes expresaron que esta fue la manera en la que aspiraron a ser valoradas y aceptadas por sus compañeros de colegio, o a sentirse bonitas y atractivas en contextos en los cuales venían de haber sufrido este tipo de experiencias. Resulta totalmente entendible que en contextos en los cuales la delgadez- y en particular, la delgadez en el cuerpo femenino -es altamente valorada y entendida como sinónimo de belleza, éxito o salud en el contexto occidental, las jóvenes busquen calzar en estos estándares para ubicarse lejos del estigma que la “gordura” implica. Así mismo, es importante considerar que la delgadez aparece también como una manera de buscar “recuperar” el control sobre el cuerpo en un contexto en el cual este ha sido sexualmente violentado. Frente a esto, dejar de comer o vomitar para adelgazar puede constituir para algunas de las jóvenes, un recurso para despojar al cuerpo de su sexualidad y “evitar” que el abuso sexual vuelva a suceder.

El estigma hacia los padecimientos psíquicos

Otro aspecto observado en los relatos de las jóvenes fue la presencia de un gran estigma hacia las diversas experiencias asociadas al TLP y a las problemáticas de salud mental en general. Este estigma se da en diversos niveles y contextos, y se expresa en la manera en la que situaciones como, por ejemplo, tener autolesiones visibles implica ser catalogada en una serie de imaginarios violentos y estereotipados que colocan a la persona como un “otro” “loco”, “enfermo” o “peligroso”. Esta repercusión puede extenderse incluso a contextos laborales ya que

tener cicatrices visibles de cortes en los brazos implicó para una de las informantes quedar, por ejemplo, repentinamente excluida de un proceso de selección laboral.

En este sentido, es importante agregar que el discurso biomédico constituye también uno de los principales generadores de este estigma al etiquetar estas experiencias como "síntomas" de un "trastorno". Estas interpretaciones generan una serie de imágenes bastante estigmatizantes y patologizantes que pueden llegar a repercutir negativamente tanto en la autoimagen de las jóvenes como en la imagen que otras personas tienen sobre ellas. La idea de que la persona diagnosticada con TLP tiene una "alteración mental crónica" que le impide llevar a cabo una vida "normal" y que requiere una serie de "cuidados especiales" de por vida, es una idea presente en los entornos familiares de algunas de las informantes e, incluso, informantes como Diana expresan tener una mirada bastante desalentadora con respecto a su proceso de recuperación por esto también.

Por otro lado, en las historias de las jóvenes vemos también como el estigma se expresa en la manera en la que muchas de estas experiencias de malestar emocional tienden a ser minimizadas o malinterpretadas por parte de las personas de su entorno. La idea de que la persona que experimenta un padecimiento psíquico o que necesita algún tipo de acompañamiento y contención emocional es "débil", intenta "llamar la atención" con sus comportamientos o se encuentra así por una falta de "voluntad" para mejorar son creencias bastante presentes en los entornos familiares de las informantes, y se reflejan en situaciones como el hecho de ser constantemente culpabilizadas por su estado emocional, o sufrir malos tratos por acudir a un tratamiento de salud mental. Estas situaciones han implicado también un factor adicional de malestar para las jóvenes, quienes expresan haber sentido mucha frustración por el hecho de que sus padres no comprendan estas situaciones, especialmente considerando la existencia de una diferencia generacional que dificulta aún más la comprensión hacia este tipo de problemáticas. Muchas de ellas recalcan no haber sido tomadas en serio hasta llegar a situaciones extremas como, por ejemplo, tener un intento de suicidio. Estas situaciones no pueden entenderse como experiencias "aisladas", sino que se inscriben en un contexto social en el cual las problemáticas de salud mental han tendido a ser invisibilizadas y a no recibir la

importancia necesaria.

El TLP como modelo explicativo del malestar emocional

En las historias de vida se observó como el diagnóstico de TLP constituye un modelo explicativo a través del cual las informantes pudieron dar sentido a sus vivencias. Las informantes mencionaron que ser diagnosticadas con TLP les permitió encontrar una “explicación” a su malestar, y entender por qué se sentían o actuaban de cierta manera en un contexto en el cual venían de experimentar varios malestares emocionales a lo largo de varios años. A través de Good (1994), se desarrolló cómo la necesidad de etiquetar, nombrar y categorizar el malestar es común a todo padecimiento físico o psíquico ya que permite reconstruir la destrucción del mundo vital que este ocasiona. Sumado a ello, vemos cómo en contextos en los que las problemáticas de salud mental tienden a ser invisibilizadas y minimizadas, recibir un diagnóstico de TLP significó para las jóvenes poder dar un estatus real y visible a su dolor tanto para otros como para ellas mismas.

Sin embargo, es importante mencionar que esto puede, contradictoriamente, resultar también bastante perjudicial para las jóvenes ya que, como se mencionó anteriormente, la narrativa de un “trastorno de la personalidad” de curso crónico genera una serie de imágenes bastante violentas y estereotipadas que pueden impactar de manera negativa la autoimagen de las jóvenes y la imagen que otras personas tienen sobre ellas, así como generar expectativas bastante desalentadoras en torno al proceso de recuperación en algunos casos. En este sentido, cabe destacar que la predominancia del modelo biomédico para abordar problemáticas de salud mental genera una ausencia de otros modelos explicativos para comprender y acercarse a este tipo de experiencias. En este contexto, las opciones para acceder a otro tipo de enfoques o aproximaciones son bastante limitadas y las jóvenes se ven en la necesidad de adoptar estas etiquetas y explicaciones biomédicas.

Cabe resaltar también que en algunos de los casos vemos cómo varias de las informantes no necesariamente continúan sintiéndose tan identificadas con el “trastorno” ni calzando en los criterios diagnósticos dado que hoy en día se sienten

más estables a nivel emocional. En este sentido, el “trastorno” es muchas veces visto como una etiqueta relacional con la cual pueden optar o no por identificarse en función al momento de su proceso emocional en el que se encuentren, antes que como una categoría absoluta o definitiva. Muchas de ellas recalcan que se trata de algo bastante contextual ya que los rasgos asociados al “trastorno” pueden aflorar en situaciones como, por ejemplo, entornos familiares disfuncionales o contextos de alto estrés académico, pero también desaparecer cuando el entorno les permite tener una mayor estabilidad emocional. Estos relatos nos invitan también a pensar más allá de la versión biomédica sobre el “trastorno”, el cual concibe esta etiqueta desde una mirada bastante estática y centrada en el plano individual.

Del mismo modo, es importante resaltar que el uso de otras etiquetas y diagnósticos psiquiátricos por parte de las jóvenes forma también parte de las narrativas y experiencias con respecto al TLP. No existe una manera única para describir o entender la experiencia de malestar emocional, ya que esta forma parte de un continuo de etiquetas, categorías y significados, y aquello que es entendido como una manifestación del TLP en un momento puede interpretarse como un rasgo de otro “trastorno” o condición en otro contexto. En este sentido, es importante no pensar en el diagnóstico como un “dato objetivo” a encontrar el paciente sino como un proceso de construcción activo a través del cual la persona y el especialista buscan dar un sentido y construir una narrativa coherente en torno al malestar (Mantilla, 2010). La reducción de estas experiencias a la categoría de “comorbilidades” por parte del discurso biomédico impide explorar estos significados, así como el carácter relativo y socialmente construido de las categorías diagnósticas.

Significados en torno a la recuperación emocional

En los relatos vemos cómo las narrativas en torno a la recuperación adquieren una diversidad de significados no contemplados desde la versión biomédica sobre el “trastorno”. Si bien desde esta perspectiva se enfatiza que se trata de una condición mental que no se puede llegar a “curar” pero sí manejar a través del tratamiento psicológico y psiquiátrico, en los relatos observamos cómo lo

que se entiende por recuperación adquiere un significado mucho más amplio ya que no necesariamente implica una dicotomía entre lo “sano” y lo “enfermo” o una condición “incurable”, ni tampoco los espacios recuperativos se reducen únicamente a un abordaje clínico.

Resulta interesante, por ejemplo, que ninguna de ellas haya hecho mención del tratamiento farmacológico como una herramienta recuperativa en su proceso emocional y que la terapia psicológica aparezca únicamente como un recurso entre muchos otros. La importancia de la contención y el acompañamiento emocional a través de amistades, familiares, o redes y grupos de apoyo conformados por personas que conviven con algún padecimiento psíquico, así como el independizarse de ambientes que generan malestar y poder estar más alineadas con sus necesidades emocionales aparecen como recursos tan igualmente terapéuticos. La creación artística, en este sentido, aparece también como un espacio recuperativo fundamental a través del cual las jóvenes han podido canalizar diversas emociones, sea a través de la música, el dibujo, la escritura, la poesía o el art journaling. Estas experiencias no son contempladas desde el discurso biomédico debido a su lejanía con las propuestas de tratamiento convencionales; sin embargo, las informantes las consideran fundamentales en su proceso. Estas actividades constituyen también espacios para generar miradas alternativas al discurso biomédico ya que la medicalización excesiva de experiencias como la “sensibilidad” emocional impide ver otros significados y potencialidades que pueden estar presentes en las jóvenes.

Limitaciones del discurso biomédico para comprender el TLP

La observación realizada al episodio sobre TLP de un programa televisivo nacional sobre temas de salud, así como las entrevistas realizadas a especialistas permitieron analizar las narrativas y discursos presentes sobre el “trastorno” en profesionales de la salud mental. Si bien existen diversos matices y perspectivas, se observa aún una centralidad del concepto de “enfermedad mental” para abordar estas experiencias de malestar emocional. Las imágenes descritas por los profesionales pueden llegar a ser bastante estigmatizantes en algunos casos ya que

la persona es únicamente reducida a un conjunto de “síntomas” y características como la “impulsividad”, la “impredecibilidad”, los problemas en el manejo de la ira y la inestabilidad en varias áreas de la vida en general.

Resulta bastante preocupante ver también que la persona diagnosticada con TLP sea descrita en un programa televisivo como una persona “dramática” y “manipuladora” debido a la presencia de prácticas como la autolesión o los intentos de suicidio. Esto no solo impide un entendimiento de los contextos que envuelven estas experiencias sino que genera o refuerza estigmas que pueden llegar a afectar bastante a los pacientes. Del mismo modo, la asociación establecida entre el TLP y la presencia de problemas de violencia o agresividad en las personas con este diagnóstico es bastante recurrente. Resulta preocupante que en estos espacios el “trastorno” sea relacionado con problemáticas sociales como los feminicidios y que los profesionales hagan mención a una posible presencia de este “trastorno” en los agresores. Esto no solo promueve una imagen bastante violenta sobre las personas con este diagnóstico sino también una gran despolitización con respecto a las relaciones de género que subyacen a estas problemáticas. En este sentido, cabe mencionar que estas percepciones negativas en torno al “trastorno” no son aisladas, ya que muchos de los profesionales entrevistados coinciden en la manera en la que desde la práctica clínica este tipo de pacientes suelen ser típicamente vistos como “inmanejables”, “rebeldes”, de abordaje “complejo” y “desgastantes”.

Los profesionales coinciden también en que las causas del “trastorno” pueden ser explicadas por una interacción entre factores biológicos (predisposición genética, desequilibrios neuroquímicos a nivel cerebral) y ambientales (experiencias de vida, disfunciones en el entorno familiar, entre otros). Sin embargo, esta visión sobre lo biológico como una esfera enteramente “natural” y delimitada de otro tipo de factores puede impedir cuestionar algunas de las narrativas biomédicas en torno al “trastorno” debido a su aparente “objetividad” y “neutralidad” científica (Sy, 2016). En el caso de una de las especialistas entrevistadas se observó, por ejemplo, como la mayor prevalencia del trastorno en mujeres es explicada en términos de una “mayor tendencia genética” en las mujeres a presentar una desregulación a nivel de los neurotransmisores que regulan el estado anímico. En esta misma línea, vemos

cómo muchas de estas explicaciones pueden recaer en lecturas bastante biologicistas que ignoran la presencia de otros factores que pueden estar produciendo estas experiencias de malestar emocional. Del mismo modo, muchas de estas explicaciones en torno a los “factores ambientales” se encuentran aún bastante limitadas a aspectos como, por ejemplo, las vivencias dentro del entorno familiar, lo que limita también de explorar otro tipo de factores culturales y sociales que pueden estar presentes. Así mismo, si bien la recurrencia de experiencias de abuso o violencia en las personas con este diagnóstico es reconocida por todos los profesionales, existe también cierta medicalización de estas ya que estas suelen ser entendidas como meros “detonantes” de un “trastorno de la personalidad” cuya predisposición biológica fue “activada” por ciertos eventos traumáticos. Sin embargo, la categoría de TLP no llega a ser cuestionada como tal.

Del mismo modo, agregar que esta mirada generalizada sobre el TLP como un “trastorno” sin “cura” que únicamente puede ser “controlado” mediante la psicoterapia y la medicación no solo resulta bastante violenta y desalentadora, sino que promueve una mirada bastante individualizante y descontextualizada que no contempla otros factores y espacios recuperativos que pueden formar parte de este proceso, así como los diversos contextos que pueden generar esta falta de continuidad en los tratamientos. Los especialistas recalcan mucho la importancia de que los pacientes no sean “inconstantes” con sus tratamientos y tengan una actitud “colaborativa” hacia estos. Sin embargo, esta narrativa puede resultar bastante culpabilizante e impedir explorar los diversos contextos por los cuales sostener un tratamiento no siempre es posible o no necesariamente representa un espacio recuperativo para el paciente. La idea del paciente como un sujeto “enfermo” que debe “tratarse” y tomar “conciencia de su condición” promueve una serie de imágenes bastante estereotipadas y paternalistas, así como una serie de relaciones asimétricas en los espacios terapéuticos.

Sin embargo, cabe resaltar que algunos de estos aspectos han sido también cuestionados desde algunos enfoques psicológicos a través de los cuales se busca brindar una mayor contextualización a estas experiencias de malestar emocional y entender la función que estas han podido tener en la historia de vida del paciente.

Esto implica también cierto cuestionamiento a la categoría de TLP como tal y la preferencia por el uso de términos que se consideran menos estigmatizantes como, por ejemplo, el concepto de “desregulación emocional”. En este caso, se reconoce también la posibilidad de que la persona pueda lograr una recuperación a largo plazo, especialmente cuando existe un contexto favorable que le permita esto.

Implicancias de ser diagnosticada con TLP

En cuanto al proceso de diagnóstico de TLP en las informantes vemos cómo este se constituye como un proceso interpretativo a través del cual el profesional busca dar sentido a las experiencias del paciente, sea a través del diagnóstico de TLP o de otros diagnósticos psiquiátricos en general. En este sentido, si bien existen casos en los que algunos profesionales emitieron el diagnóstico luego de haber tenido varias citas con las informantes y profundizado un poco más en sus vivencias, muchas de las jóvenes describen que en sus interacciones con servicios de salud mental el diagnóstico se llevó, por lo general, a cabo de una manera bastante aleatoria y repentina, ya que los profesionales no las conocían aún lo suficiente, no ahondaron en aspectos como su historia de vida y las consultas fueron bastante breves o de algunos minutos incluso en algunos casos. A través de Good (1994) se observó cómo estas dinámicas responden a patrones de interacción entre especialistas y pacientes, y la manera en la que el vínculo con los consultante queda relegado a un segundo plano en la biomedicina ya que la atención se centra únicamente en generar un “reporte de síntomas” para la identificación de la patología y la asignación de un tratamiento.

Estas situaciones generaron bastante confusión y desconcierto en las informantes, especialmente considerando que se trata de uno de los diagnósticos de más “complejo” abordaje desde el punto de vista clínico y que recibir un diagnóstico de este tipo puede llegar a significar recibir una suerte de “sentencia” en muchos casos. Del mismo modo, es importante considerar que ser diagnosticada con este “trastorno” implica muchas veces sufrir una serie de tratos bastante violentos por parte de los profesionales de la salud mental al punto de que estos lleguen a expresar a las jóvenes que su “condición” las incapacita para estudiar, trabajar, llevar

a cabo una vida “normal” y “funcional” o, incluso, tener hijos a futuro debido a que podrían “transmitirles” su “enfermedad”.

Experiencias y significados en torno a la terapia psicológica

En los relatos de las informantes vemos como la terapia psicológica implicó en varios casos un espacio muy importante en lo que respecta al proceso de recuperación. Las informantes mencionan que esta les proporcionó un espacio de acompañamiento y contención emocional a través del cual pudieron aprender herramientas que les permitieron relacionarse de una mejor manera con sus emociones. Esto les permitió poder tener un mejor manejo en, por ejemplo, momentos de crisis, de tal manera que evitaran poner en riesgo su integridad. Además, el vínculo con el o la terapeuta es señalado como un factor importante en este proceso y se recalca la importancia de actitudes como el hecho de que estos no juzguen sus comportamientos.

Sin embargo, existen también diversos malestares expresados en relación a este espacio. En algunos casos, las informantes mencionaron haber sido juzgadas o tenido temor a ser juzgadas debido a la influencia de, por ejemplo, ciertas creencias religiosas de sus terapeutas en torno a la sexualidad o concepciones socioculturales sobre la familia presentes en el espacio terapéutico. Del mismo modo, en algunos casos se expresaron situaciones como, la vulneración de privacidad, y el hecho de que vivencias compartidas de manera confidencial en terapia hayan sido compartidas sin su autorización con sus padres. Estas dinámicas expresan la manera en la que la terapia psicológica no necesariamente se constituye como un espacio neutral sino como un espacio atravesado también por las subjetividades de los terapeutas y por valoraciones socioculturales en torno a estos ámbitos.

En los relatos se observa también la presencia de una relación asimétrica en este espacio ya que el paciente tiende a ser visto como un sujeto a ser “educado” por parte del terapeuta, quien se presenta como el portador del conocimiento autorizado con respecto al “trastorno”. En este sentido, los conocimientos y teorías provenientes del campo de la psicología adquieren un lugar privilegiado mientras

que las narrativas y experiencias de las jóvenes afectadas quedan relegadas a un segundo plano. Esta asimetría se expresa también en la manera en la que en algunos casos las informantes expresaron haber sentido que la terapia psicológica no las estaba ayudando en nada pero aún así sentirse en la presión de continuar con el tratamiento porque era lo que “tenían” que hacer o porque eso era lo que le habían indicado sus terapeutas. Estas tensiones conducen muchas veces a un abandono de la terapia, situación que no es considerada por parte del discurso biomédico ya que esto se interpreta como una “inconstancia” por parte del paciente.

Por otro lado, esta focalización excesiva en la psicoterapia como espacio recuperativo por parte del discurso biomédico impide también explorar otras dimensiones que atraviesan estas experiencias. Enfoques como la terapia dialéctico-conductual plantean que la “desregulación emocional” presente en pacientes diagnosticados con TLP respondería a una falta de herramientas por parte de estos para “regular” sus emociones. La terapia, por lo tanto, se basa en la enseñanza de diversos recursos y herramientas en torno a habilidades como, por ejemplo, la tolerancia al malestar o la regulación emocional. Sin embargo, esto no considera la manera en la que estas problemáticas no necesariamente responden a una “falta de habilidades” por parte de las jóvenes sino a contextos que sobrepasan sus posibilidades de acción en muchos casos.

Si bien estos recursos pueden resultar igualmente útiles, aún así estos requieren de un contexto favorable para lograr el efecto terapéutico deseado, y no considerar esto puede contribuir a replicar un discurso culpabilizante e individualizante en torno a los procesos de recuperación. Esta narrativa impide también explorar situaciones como la existencia de otros espacios terapéuticos en el proceso de las jóvenes, los elevados costos que sostener una terapia particular implica en muchos casos- y especialmente en contextos en los cuales acceder a servicios de salud mental públicos resulta complicado debido a la existencia de una burocracia excesiva- o la manera en la que el tratamiento muchas veces es abandonado porque acudir a este genera una serie de problemas en el entorno familiar.

Experiencias y significados en torno al uso de medicación psiquiátrica

Si bien algunas de las informantes expresaron considerar que la medicación puede ser de ayuda en algunos casos, en muchos casos se expresaron también varios malestares con respecto a los tratamientos farmacológicos. Muchas de ellas mencionaron no haber sido informadas sobre los mecanismos de acción de los medicamentos o, incluso, haber tenido prohibido saber qué pastillas les daban sus familiares en ocasiones. En algunos casos se expresó también el deseo de no querer continuar tomando los medicamentos debido a efectos indeseados o a sentir que estos no producían ningún efecto terapéutico pero, aún así, sentirse en la obligación de hacerlo. Estas experiencias no solo se inscriben en un contexto de creciente medicalización y mercantilización del sufrimiento psíquico en el cual el paciente es visto como un mero consumidor de servicios sino que la atención psiquiátrica se configura también como un espacio vertical en el cual la agencia de las jóvenes para tomar decisiones sobre su cuerpo se ve bastante limitada (Ospina, 2010).

Del mismo modo, factores como los efectos secundarios, los riesgos y problemas de salud generados por los medicamentos a largo plazo, el síndrome de abstinencia por la interrupción o la reducción de ciertos fármacos, la tolerancia producida hacia estos (requerir dosis cada vez mayores para lograr el mismo efecto), o la dependencia generada a pastillas altamente adictivas como las benzodiazepinas son situaciones experimentadas por las jóvenes y que han sido poco consideradas desde los enfoques biomédicos. Resulta bastante preocupante que algunas de las experiencias de adicción relatadas por las informantes y categorizadas como “síntomas” del TLP hayan sido justamente generadas por medicamentos recetados en un contexto “terapéutico”.

Finalmente, resulta también preocupante que el manejo de crisis en el entorno clínico se reduzca en muchos casos a la administración de dosis excesivas de fármacos sedantes, las cuales llegan a producir efectos físicos y psíquicos bastante severos en las jóvenes. Estas situaciones constituyen también formas de disciplinamiento del cuerpo frente a la autoridad médica y son descritas por las

informantes como experiencias causantes de estados de desconexión y malestar emocional en general. Todas estas situaciones se traducen muchas veces en un abandono del tratamiento, situación que constituye también una respuesta a un formato de tratamiento que no considera las experiencias de las jóvenes.

La hospitalización, el encierro y el internamiento como espacios de violencia

En los relatos de las jóvenes vemos cómo espacios como el internamiento psiquiátrico, la hospitalización por sobredosis de medicamentos o las prácticas de encierro involuntario en casa se constituyen como espacios de disciplinamiento con elementos de control y dominación en los cuales las jóvenes experimentaron situaciones de violencia que agravaron el ya deteriorado estado de su salud mental. Resulta bastante preocupante que el abordaje de estas experiencias de malestar emocional en contextos de internamiento psiquiátrico se lleve a cabo a través del uso de violencia física, la administración involuntaria de inyecciones o las tomas obligatorias de fármacos con altos efectos sedantes, el uso de castigos denigrantes como obligar a las pacientes a comer su propio vómito, la vulneración de su privacidad a través de la vigilancia extrema en baños o el impedir toda comunicación con familiares aludiendo que estas carecen de “conciencia de la enfermedad” y que los intentarán “manipular”. Estas experiencias son descritas por las informantes como situaciones traumáticas que generaron un empeoramiento significativo con respecto a su salud mental.

De igual forma, la presencia de prácticas como el encierro involuntario en casa sin considerar el impacto psicológico de esta medida en las jóvenes o el sufrir malos tratos por parte de profesionales en contextos de hospitalización por sobredosis de medicamentos al punto de que estas lleguen a ser culpabilizadas por tener un intento de suicidio por parte de los especialistas son también experiencias relatadas por las informantes. Estas prácticas no pueden entenderse como una situación “aislada” sino, por el contrario, como una expresión máxima de los imaginarios biomédicos sobre el “trastorno”, los cuales abordan estas experiencias desde una mirada medicalizante que reduce a la persona al rol de “enferma”

recurriendo a una serie de imágenes violentas, denigrantes y estereotipadas que, lejos de tener un efecto “terapéutico” contribuyen a agravar el malestar psíquico de las jóvenes.

La importancia de los grupos de apoyo en el proceso de recuperación

El análisis de las narrativas sobre el TLP presentes en un grupo de apoyo para mujeres con este diagnóstico permitió observar la manera en la que estos espacios pueden generar una serie de dinámicas más horizontales para el abordaje de estas experiencias. A diferencia del enfoque presente en muchos de los tratamientos convencionales, la relación experto-paciente se diluye ya que se genera un espacio de contención emocional a través del cual las jóvenes pueden compartir sus experiencias entre pares e intercambiar herramientas que muchas veces se encuentran limitadas al espacio psicoterapéutico y a quienes tienen posibilidad de acceder a este. Si bien la información sobre el “trastorno” que se comparte en este espacio continúa estando bastante influenciada por el discurso biomédico, esta dinámica permite igualmente otorgar un lugar protagónico a las narrativas y experiencias de estas jóvenes, así como a aspectos como sus historias de vida o la importancia de las redes de apoyo en el proceso de recuperación. Esto otorga también una mayor agencia a las participantes sobre su proceso e invita a pensar en alternativas de acompañamiento más allá del espacio clínico, especialmente en contextos en los cuales estos presentan grandes deficiencias para el tratamiento de los pacientes y acceder a este tipo de servicios constituye muchas veces un privilegio económico.

Reflexiones finales sobre las narrativas y experiencias en torno al TLP

Finalmente, considero que uno de los grandes retos en torno al diagnóstico de TLP es la tensión constante entre la medicalización de estas experiencias, y su ubicación y comprensión como parte de un contexto sociocultural mayor. Las narrativas y experiencias de las informantes se ven bastante influenciadas por el discurso biomédico y su interacción con servicios de salud mental; sin embargo, estas generan también un espacio de cuestionamiento hacia las versiones

dominantes sobre el “trastorno” y permiten profundizar en aspectos como la contextualización del malestar desde la historia de vida de la persona y los factores socioculturales que envolvieron estas experiencias, las relaciones de poder presentes en los tratamientos convencionales y la posibilidad de abordajes terapéuticos y formas de comprender la experiencia de malestar psíquico más allá del espacio clínico. Estas constituyen una fuente de conocimiento importante que urge ser considerada para lograr una mejor comprensión y abordaje de estas experiencias.



6. Bibliografía

Adler, P. & Adler, P. (2007). The demedicalization of self-Injury: from psychopathology to sociological deviance. *Journal of contemporary ethnography*, 36(5), 537-570. <https://doi.org/10.1177/0891241607301968>

AIAQS, (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCTrastornoLimitePersonalidad.pdf>

Almuelle, E. (2017). *Representaciones mentales de apego en un grupo de mujeres con diagnóstico de trastorno de personalidad límite* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Digital de Tesis y Trabajos de Investigación PUCP. http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/8459/Almuelle_Caballero_Representaciones%20mentales%20de%20apego.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Álvarez, E. (2008). Análisis narrativo: acercamiento a los significados de una paciente con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. *Norte de Salud Mental*, (7)31, 87-98. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830486>

Apaza, E. & Yoshiyama, M. (2011). Antecedente de abuso sexual en pacientes mujeres hospitalizadas por intento de suicidio y trastorno límite de la personalidad. *Revista de psiquiatría y salud mental "Hermilio Valdizán"*, 12(2), 37-42. http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2011/II/2011_2_03.pdf

Apfelbaum, S. & Gagliosi, P. (2004). El trastorno límite de la personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Vertex, Revista argentina de psiquiatría*, 15, 295-302. <https://www.fundacionforo.com/uploads/pdfs/archivo25.pdf>

Arias, J. M. y Farinon, E. (2016). Revisión y alcances del Trastorno Límite de la Personalidad, *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIII Jornadas de Investigación, XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. <https://www.aacademica.org/000-044/178>

Briggs, C. (2005). Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social*, 14, 101-124. <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO0505110101A/9425>

Burstow, B. (1992). *Radical feminist therapy: working in the context of violence*. Sage.

Bustamante, M. (2016). Suicidios de jóvenes en Nauta [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Digital de Tesis y Trabajos de Investigación PUCP. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7931>

Bustamante, M. (2017). Suicidios de jóvenes en Nauta: una respuesta ante la frustración educativa. En L. Campo & M. Aparicio (Ed.), *Etnografías del suicidio en América del Sur* (pp. 73-96). Universidad Politécnica Salesiana.

Cipriano, C., Flores, J. A. & Mariano, L. (2013). *Nosotros, los Trastornos Límite de la Personalidad: narrativas y relatos de aflicción*. Círculo Rojo.

Courtois, C. A. & Ford, J. D. (2021). Complex PTSD and borderline personality disorder. *BioMed Central*, 8(16), 1-21. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00155-9>

Cusianovich, A. (2010). *Dificultades, retos y satisfacciones: los procesos de "normalización" de niños con TDAH en Lima* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú].

Deiana, F. (2011). Nadie dijo que fuera fácil ser una princesa: una etnografía virtual de las webs pro-ana. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 6(2), 215-252. <http://dx.doi.org/10.11156/aibr.060205>

De la Vega, I. & Sánchez, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, 10(1), 45-56. <http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n1/monografico5.pdf>

Denegrí, L. M. (2018). *Características psicosociales en personas con trastorno límite de la personalidad* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Digital de Tesis y Trabajos de Investigación PUCP. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6332/PSDdesolm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Di Maggio, A. (2019). Women diagnosed with Borderline Personality Disorder and current interventions. *Social Justice, Practice and Theory*, 2(2), 1-10. <https://openjournals.library.sydney.edu.au/SWPS/article/view/14149>

Espinosa, J. J., Blum, B. & Romero, M. P. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud Mental*, 32(4), 317-325. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n4/v32n4a7.pdf>

Fernández-Guerrero, M.J. (2017). Los confusos límites del trastorno límite. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 399-413. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000200399

Flores, J. A. (2016). Nuevas definiciones de evidencia. Narrativas de TDAH y TLP desde la perspectiva de la antropología de las emociones. *Revista San Gregorio*, 13, 58-69. <https://revista.sangregorio.edu.ec/index.php/REVISTASANGREGORIO/article/view/310/Juan%20Antonio%20Flores>

Gagliesi, P., Lencioni, G., Pechon, C., Apfelbaum, S., Boggiano, J. P., Herman, L., ..., & Mombelli, M. (s. f). *Programa psicoeducativo dirigido a personas con Desorden Límite de la Personalidad, sus familiares y allegados* [Archivo en PDF]. Fundación Foro. <https://www.fundacionforo.com/uploads/pdfs/archivo44.pdf>

Gamboa, L. (2018). *La delgadez como solución y como problema: narrativas y prácticas en torno al cuerpo femenino y a la salud en mujeres jóvenes diagnosticadas con anorexia y bulimia* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Digital de Tesis y Trabajos de Investigación PUCP.

http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/12401/GAMBOA_GALVEZ_LISETTE_DELGADEZ_SOLUCION.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Garnica, M. (2018). *El trastorno límite de la personalidad, la familia y la violencia en la Ciudad de México* [Tesis de pregrado, Instituto Nacional de Antropología e Historia]. Mediateca INAH.

<https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/object/tesis%3A1678>

Gómez, L. (2013). Por una antropología médica crítica hoy. Reflexiones a partir de una investigación sobre los problemas gastrointestinales de los niños que pertenecen a una minoría étnica en Canadá. *Revista Maguaré*, 27(2), 21-65. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4996320.pdf>

Good, B. (1994). *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. Bellaterra.

Hamui, L. (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. *Cuicuilco. Revista de Ciencias Antropológicas*, 18(52), 51-70. <https://www.redalyc.org/pdf/351/35124304005.pdf>

Headspace (2009). *Diagnosing Borderline Personality Disorder (BPD) in Adolescence: What are the Issues and what is the Evidence?* [Archivo en PDF]. Headspace. <https://headspace.org.au/assets/Uploads/Resource-library/Health-professionals/coe3461-ev-bpddiagnosing-v2.pdf>

Hernández, J. M. & De Maya, B. (2020). Antropología de la locura: de los paradigmas de exclusión e inclusión social al rearme neokraepeliano. *Revista Mana*, 26(2), 1-30. <http://doi.org/10.1590/1678-49442020v26n2a206>

Kreisman, J. & Straus, H. (2010). *I hate you, don't leave me: understanding the borderline personality*. Penguin Group.

Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Paidós.

Lester, R. (2013). Lessons from the borderline: anthropology, psychiatry, and the risks of being human. *Feminism & Psychology*, 23(1), 70-77. <https://doi.org/10.1177/0959353512467969>

Loewe, R. (2004). Illness narratives. En C. Ember & M. Ember (Eds.), *Encyclopedia of medical anthropology: health and illness in the world's culture* (pp. 42-49). Yale University. https://doi.org/10.1007/0-387-29905-X_6

Mantilla, M. J. (2009). Cuerpo y relaciones terapéuticas: una reflexión antropológica sobre la noción del "trastorno límite de la personalidad". *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, 23, 292-342. <https://docplayer.es/19796344-Cuerpo-y-relaciones-terapeuticas-una-reflexion-antropologica-sobre-la-nocion-del-trastorno-limite-de-la-personalidad.html>

Mantilla, M. J. (2010). La construcción de las decisiones de internación psiquiátrica: un análisis de los argumentos psicoanalíticos y los contextos de interacción social. *Intersecciones en antropología*, 11(1), 145-157. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-373X2010000100011

Mantilla, M. J. (2011). Manejo y expresión del cuerpo en el caso del trastorno límite de la personalidad: el cuerpo como objeto de prácticas psiquiátricas. *Revista Latinoamericana de estudios sobre cuerpo, emociones y sociedad*, 3(6), 20-32. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273219417003>

Mantilla, M. J. (2015). Imágenes de género en la construcción de diagnósticos psiquiátricos: el caso del trastorno límite de la personalidad en la perspectiva de los/as psiquiatras y psicólogos/as de la Ciudad de Buenos Aires. *Mora*, 21, 25-36. <https://doi.org/10.34096/mora.n21.2397>

Mathai, D. (2015). Borderline personality disorder and a spectrum of trauma. *The American Journal of Psychiatry Resident's Journal*, 5-6. https://www.researchgate.net/publication/307629036_Borderline_personality_disorder_and_a_spectrum_of_trauma

Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*. Cambridge University Press.

Menéndez, E. (1998). Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*, 51, 17-22. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4989316.pdf>

Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, 1(1), 9-32. <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2005.1>

Miller, S. (1993). Borderline Personality Disorder: an anthropological perspective [Tesis de doctorado, University of South Florida]. https://books.google.com.pe/books/about/Borderline_Personality_Disorder.html?id=ByBEOAAACAAJ&redir_esc=y

Monzón, S. & Fernández-Guerrero, M. J. (2016). Guía diagnóstica para el Trastorno Límite de la Personalidad en adolescentes. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 28, 55-65. <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Monzon-S-28.pdf>

Nicki, A. (2001). The abused mind: feminist theory, psychiatric disability, and trauma. *Feminism and Disability*, 16(4), 80-104. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1527-2001.2001.tb00754.x>

Nicki, A. (2016). Borderline personality disorder, discrimination and survivors of chronic childhood trauma. *International journal of feminist approaches to bioethics*, 9(1), 218-245. <http://dx.doi.org/10.3138/ijfab.9.1.218>

Ospina, M. A. (2010). Entre el amor y el fármaco: los pacientes afectivos frente a la psiquiatría institucional en Bogotá, Colombia. Universidad de Los Andes.

Pérez, P. (2016). *Actitudes de psicólogos y psiquiatras sobre pacientes con el trastorno límite de la personalidad en un hospital psiquiátrico de Lima, Perú* [Tesis de pregrado, Universidad de Lima]. Repositorio Institucional ULima <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/1882>

Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H. & Varese, F. (2019). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6-20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>

Romero, I. (2002). *El aborto clandestino en el Perú: una aproximación desde los derechos humanos*. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

Sánchez, S. (2020). Paradigma de la neurodiversidad: una nueva forma de comprender trastornos del espectro autista. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional*, 7(1), 19-35. <http://www.reto.ubo.cl/index.php/reto/article/view/90>

Sarmiento, M. J. (2008). Terapia conductual-dialéctica para pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 149-163. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a12.pdf>

Schlosser, A. & Hoffer, L. (2012). The psychotropic self/imaginary: subjectivity and psychopharmaceutical use among heroin users with co-occurring mental illness. *Culture, medicine, and psychiatry*, 36, 26-50. 10.1007/s11013-011-9244-9

Shaw, C. & Proctor, G. (2005). Women at the Margins: A Critique of the Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Feminism & Psychology*, 15, 483-490. <https://doi.org/10.1177/0959-353505057620>

Suárez y Calvo (2020). Antropología, salud mental y campo universitario: antes y después del COVID-19. *Scientia*, 22(22), 103-124. <https://doi.org/10.31381/scientia.v22i22.3571>

Sy, A. (2018) . La medicalización de la vida: hibridaciones ante la dicotomía Naturaleza / cultura. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 23(5), 1531-1539. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.10212016>

Theidon, K. (2004). *Entre prójimos: el conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú*. Instituto de Estudios Peruanos.

Vásquez-Dextre, E. (2016). Terapia dialéctico conductual en el trastorno límite de la personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de neuropsiquiatría*, 79(2), 108-118. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v79i2.2834>

Verbeek-Heida, P. & Mathot, E. (2006). Better safe than sorry: why patients prefer to stop using selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) antidepressants but are

afraid to do so: results of a qualitative study. *Chronic illness*, 2, 133-142. <https://doi.org/10.1177/17423953060020020801>

Zafra, E. (2015). Estudio comparativo de los procesos de socialización alimentaria de adolescentes diagnosticados y no diagnosticados de trastornos alimenticios. *Revista de Humanidades*, 25, 103-128. <https://doi.org/10.5944/rdh.25.2015.14158>

Zamorano Macchiavello, T. (2017). *Autorregulación emocional y estilos de afrontamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Digital de Tesis y Trabajos de Investigación PUCP. http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/8762/ZAMORANO_MACCHIAVELLO_Autorregulaci%c3%b3n%20emocional%20y%20estilos.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zumaita, A. (2020). *Imaginando una comunidad huantina: nuevos usos culturales del álbum familiar en las redes sociales* [Tesis de posgrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Digital de Tesis y Trabajos de Investigación PUCP. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/169910>



7. Anexos

7.1. Anexo 1. Relación de informantes

Tabla 2
Relación de informantes

TÉCNICA	INFORMANTES
Historias de vida	Alessandra, Carolina, Diana y Valeria
Entrevistas a profundidad	Cristina, facilitadora de grupo de apoyo para mujeres con TLP y paciente de terapia dialéctico-conductual diagnosticada con TLP
Entrevistas semi estructuradas	Lili, psicóloga psicoterapeuta Vanessa, psicóloga psicoterapeuta y psiquiatra Andrea, psicóloga psicoterapeuta y psiquiatra Carlos, médico psiquiatra
Observación no participante	Programa televisivo sobre TLP y creaciones artísticas realizadas por las jóvenes

Fuente: Trabajo de campo. Elaboración propia.