



Análisis narrativo: acercamiento a los significados de una paciente con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad

Elena Álvarez Girón

Formadora y grupoanalista. Equipo Aquo

Resumen

Cualquier problema de salud, en este caso trastorno límite de personalidad (TLP), representa un acontecimiento que interrumpe, fragmenta, de manera intempestiva, la de vida de una persona, es una interrupción en la biografía que ha absorbido todos los significados que la esta tenía hasta enfermar.

El análisis de la narrativa permite capturar esta vivencia desde quien es el experto: la persona que padece el TLP, quien, desde su condición interpreta el papel que juega y el significado que le otorga a la experiencia en su diario vivir y padecer.

El objetivo de este trabajo es dar cuenta, por medio de este análisis de la narrativa y los significados del paciente, de la experiencia de dicho padecimiento en una mujer de 33 años, diagnosticada de TLP. De esta manera, se pretende acceder al significado que la persona entrevistada, le otorga a sus ideas, a sus creencias, a sus valores y a sus principios; así como también posibilita entender su relación con el otro, su contexto, historicidad y colectividad.

Palabras clave: Narrativa, significados del paciente, trastorno límite de personalidad (TLP).

Abstract

Any health problem, in this case a Borderline Personality Disorder (BPD), is an event which interrupts, breaks into, in a radical manner, the life of a person; it is an interruption in the person's biography which absorbs all the meanings that it had up to the moment of becoming ill.

Narrative analysis permits to capture this experience from the point of view of the expert: the person who lives with BPD, who, from his or her situation, interprets a rol and gives a meaning to the experience in his or her daily living and suffering.

The aim of this paper is to show, through narrative analysis and through the patient's meanings, the experience of such a suffering in a 33 year-old woman, diagnosed with BPD. In this way we aim to access to the meaning that this person gives her ideas, her beliefs, her values and her principles; as well as to enable to understand the relationship with the other, its context, history and collectivity.

Key words: Narrative, patient's meanings, Borderline Personality Disorder (BPD).



I. INTRODUCCIÓN

La pérdida de la salud ya no puede interpretarse como una alteración mecanicista del cuerpo. Es una interrupción en la biografía que ha absorbido todos los significados que la persona tenía hasta enfermar. Para dar nuevos significados, contenido y perspectiva a su experiencia de la enfermedad, la persona necesita contar y narrar, lo cual le ayudará a salir de sí misma y a hacer suya la experiencia.

Durante décadas se ha utilizado la cura por el habla (*the talking cure*). Dicha cura fue presentada por Freud como una terapia para mitigar el sufrimiento del ser humano, puesto que se enfrenta a obstáculos, a pérdidas, a impulsos, a actitudes violentas, destructivas, ansiosas... Poco a poco se ha ido fraguando la representación social de que hablar tiene un efecto liberador. Relatar un problema es visto como un desahogo, como una manera de reducir tensiones y obtener alivio sintomático.

El interés de esta investigación también está puesto en otra forma de mitigar este sufrimiento: la cura por la escritura (*the writing cure*). En los últimos veinte años, la cura por la escritura está conociendo su máximo desarrollo como medio útil y elemento primordial de formatos y dispositivos de ayuda. Cada vez más, los profesionales de ámbitos biopsicosociales lo han ido incorporando como un recurso más de su práctica, reto que también deben ir asumiendo los profesionales de la enfermería.

Pero de lo que ya no cabe duda alguna, es que existe una gran cantidad de literatura científica que apoya la hipótesis de que hablar o escribir a cerca de las propias experiencias traumáticas tiene efectos positivos en la salud física y psíquica (Pennebaker, 1990, 1995, 2004).

A medida que el enfermo verbaliza su narrativa (el lenguaje y los códigos de ese país que es la enfermedad), la enfermedad adquirirá un significado más claro para el paciente, y su

implicación en la relación clínica podrá ser central. Pero la construcción de esta narrativa necesita un ayudante, alguien que escuche con habilidad, en este caso: el profesional de enfermería.

Esta investigación pretende analizar la narrativa escrita y hablada de una persona con la etiqueta diagnóstica de trastorno límite de personalidad. En la actualidad a los pacientes que les han otorgado la etiqueta diagnóstica de trastorno límite de personalidad (TLP) ocupan un amplio espacio en el mundo socio-sanitario.

Debemos tener en cuenta la importancia y trascendencia del TLP en el ámbito de la salud mental y en el sanitario en general, y considerar sus características clínicas, entre las cuales es conocida su elevada comorbilidad, que se dan en los trastornos psicóticos y del humor —ya sean de tipo depresivo o bipolar— de la impulsividad, los trastornos ansiosos, obsesivo-compulsivos, alimentarios —anorexia y bulimia—, drogadicciones, tendencias suicidas, etc... Sin olvidar la simultaneidad con síntomas de otros trastornos de la personalidad como son los de tipo antisocial, paranoide, evitativo y esquizotípico. Si a todo esto le sumamos las graves repercusiones que ello conlleva en el ámbito familiar y los problemas que acarrea en el ámbito social, jurídico e incluso económico, nos encontramos ante un gran reto para todos aquellos profesionales que trabajan en el sistema sociosanitario y en especial para la enfermería.

El objetivo de este escrito es el dar cuenta, por medio del análisis de la narrativa tanto hablada como escrita, de la experiencia del sufrimiento de vivir con TLP. Dicho análisis permite capturar esta vivencia desde la historia de quien es el experto: la persona que tiene el TLP, quien, desde su condición interpreta el papel que juega y el significado que otorga en su diario vivir y sufrir.



2. ENFERMERÍA CENTRADA EN LOS SIGNIFICADOS DEL PACIENTE: NARRATIVA Y SIGNIFICADOS

2.1. LA IMPORTANCIA DE LA NARRACIÓN HABLADA Y ESCRITA

Los seres humanos habitamos un mundo lingüístico. Vivimos dentro del lenguaje y nada que nos caracteriza ocurre fuera de él. El lenguaje es la máquina que sostiene nuestra producción para captar y comprender. En nuestro desempeño, necesitamos saber qué cosas somos capaces de hacer con palabras (Austin, 1982).

El lenguaje es complejísimo. Nos habilita para tener una historia personal y social. Nos permite crear otros mundos y proyectarnos en espacios trascendentes (Bruner, 1998). A diferencia de lo hablado, —y según dice el refrán “las palabras se las lleva el viento”—, la palabra escrita se apoya en una materia que está fuera del lenguaje: “está enraizada en un más allá del lenguaje, se desarrolla como un germen y no como una línea” (Barthes, 1973).

Sin duda alguna, cuando se habla de los desarrollos de la escritura y sus propiedades, la autoridad indiscutible es J.W. Pennebaker, investigador de terapias de escritura y profesor de psicología en la Universidad Metodista del Sur, en Dallas. Él ha estudiado la relación entre la escritura y los sentimientos y ha llegado a la formulación de descubrimientos muy reveladores. En estos estudios se pone de manifiesto que, gracias a la escritura, las personas pueden percibir de forma inmediata su malestar y su tristeza. A través de la narrativa escrita la persona conoce su forma particular de dar sentido a sus experiencias.

Basándonos en la ideas de Arriero, la escritura permite articular aquellos aspectos inmutables de nosotros mismos, aquellas características que de forma recurrente nos identifican con independencia de los rasgos emocionales,

del carácter, de las circunstancias, como también aquellos aspectos más circunstanciales. Escribir es, en consecuencia, plasmar la experiencia del vivir y mezclar lo que pasó con el fondo de uno mismo. En definitiva, es un recurso accesible que permite expresar acontecimientos y situaciones que con otras formas de comunicación resultaría insuficiente y que ayuda a la persona a afrontar sus obstáculos y sus dificultades.

2.2. LA IMPORTANCIA DE LA NARRATIVA Y LOS SIGNIFICADOS DEL PACIENTE

La experiencia individual se va conformando en el contexto social, familiar, y cultural pero no necesariamente son el centro de esta experiencia. Es decir, ésta se enmarca en los términos del individuo, en su narrativa y su significado.

Si hay algo que caracteriza a los humanos es que somos seres interpretantes (Anderson, H., 1997; Bateson, G., 1972; Bruner, J., 1988; D Foucault, M., 1980; Gergen, K., 1994; White, M. y Epston, D., 1990), vamos moldeando nuestras experiencias a medida que nuestra limitada estructura va percibiendo los estímulos que pueden ser captados mientras vivimos nuestras vidas.

Estas experiencias sólo se pueden moldear en la interpretación, si reconocemos la existencia de algún marco de inteligibilidad que brinde el contexto para el vivir de la experiencia y la atribución de significado a aquéllas. (White, M. y Epston, D., 1990). ¿Cuál sería el marco? los relatos narrativos y sus significados.

El *significado* es un concepto básico de la psicología humana, según Jerome Bruner y Carol Feldman, entre otros, es: cómo se adquieren los significados, cómo se construye el orden simbólico que articula toda la vida social; es, asimismo, el gran tema de la socialización. Cuando hablamos de nuestras vidas lo hacemos *narrando* y, aunque a primera vista estamos estableciendo nexos causales entre



los aspectos que resaltamos, en el fondo, lo que estamos haciendo es *interpretar*, no explicar. Bruner afirma: “Mi propuesta es que lo que moldea la mente humana no es la biología sino la cultura. Y lo hace atribuyendo significados a toda acción. O, si se quiere, situando los estados intencionales en un sistema de interpretación. Lo cual hace imponiendo las pautas propias de los sistemas simbólicos que son las culturas: su lenguaje, su discurso y su tipo de lógica, los modos de explicación narrativa y las normas de vida comunitaria” (Bruner, 1988).

Para ir dando nuevos significados, contenidos y perspectiva a la experiencia vital, el ser humano necesita narrar y contar, esto le ayuda a salir de sí mismo y hacer suya la experiencia. Por eso, lo narrado, puede ser contradictorio, paradójico, incompleto, descontextualizado, frustrante y fragmentado; puesto que es un grupo de metáforas para organizar sensaciones a través de las que cada uno construye su verdad con elementos subconscientes de su historia a medio escribir. Para poder construir la narración es necesario un ayudante que escuche con respeto e interés, es decir, un testigo empático que legitime y afirme la experiencia de la persona.

Eruditos en la narrativa postulan que la llave de la comunicación eficaz entre profesional y paciente está en la capacidad de sacar, de interpretar y de traducir la historia de su enfermedad, es decir, para oír con eficacia al paciente como ser único, voz individual. Desde enfermería debemos ser, como dice Arturo Kleinman, testigos empáticos del cuidado. Debemos facilitar la construcción de una narrativa que tenga sentido y dé valor a su experiencia. El que el paciente puede hablar de la experiencia de su enfermedad le ayudará en la importante tarea de convivir con los cambios que conlleva esa interrupción. Y para esto necesita a un profesional que escuche sus significados con una presencia terapéutica y empática, tal y como se hace desde enfermería centrada en los significados del paciente.

3. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

3.1. DEFINICIÓN

El Trastorno Límite de la Personalidad, TLP (*borderline personality disorder, BPD*) es un síndrome heterogéneo, de difícil delimitación. Las formas de sus determinantes etiológicos, sus manifestaciones clínicas y comportamentales de presentación son las que permiten su diferenciación, no sólo entre individuos sino incluso, entre las etapas de evolución de un mismo paciente. Por eso, su definición y su diagnóstico resultan a menudo problemáticos, pese a la existencia de criterios definidores.

El diagnóstico y tratamiento del TLP ha ido de la mano de la evolución histórica de la estructura psicopatológica. Fue Freud (1917) uno de los pioneros en describir este trastorno al señalar en su trabajo *Duelo y Melancolía* que: “...sabemos que el hombre no abandona gustoso ninguna de las posiciones de su libido, aun cuando les haya encontrado ya una sustitución. Esta oposición puede ser tan intensa que surja el apartamiento de la realidad y la conservación del objeto por medio de una psicosis desiderativa alucinatoria”.

La primera descripción del TLP como tal la encontramos en Adolf Stern que basa este diagnóstico en 10 ítems heterogéneos donde mezcla criterios de fenomenología psiquiátrica con otros de corte psicoanalítico.

Contemporáneamente existe una tendencia a estudiar el TLP como una forma de descontrol de los impulsos (van Reekum, R, 1994, Stone, M. 1980) e inestabilidad afectiva debido a un daño orgánico, de temperamento y de perturbaciones psicológicas desde la primera infancia, con relación a experiencias adversas. Todo ello según los modelos de Otto Kernberg y Margareth Malher, quienes atribuyen la etiopatogenia del TLP a alteraciones del proceso de separación-individuación, en el que por carencias afectivas, el sujeto no alcanza a internalizar



una imagen de la figura de la madre positivamente y tampoco integra las identificaciones de signo opuesto. El TLP no unifica el objeto bueno y malo en una representación total integrada por los impulsos libidinales y agresivos.

Los criterios del DSM IV 1994 para definir el trastorno son:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alterancia entre los extremos de idealización y desvalorización.
3. Alteración de la identidad: auto-imagen o sentido de sí mismo acusado y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo (por ejemplo: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones alimentarios).
5. Comportamientos intensos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo (por ejemplo: episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y raras veces unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ejemplo: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Para poder realizar un diagnóstico del TLP tienen que concurrir cinco o más criterios de los diez enumerados

3.2. EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Las primeras manifestaciones de este trastorno aparecen en la adolescencia y la preado-

lescencia. El momento de máxima expresión clínica se sitúa al inicio de la vida adulta. Los síntomas se atenúan con la edad y alrededor de los 40 o 45 años declinan los más relacionados con la impulsividad. Al llegar a este punto de la vida, la mitad de los pacientes se habrán establecido, pero la otra mitad se aislará progresivamente y es muy probable que acabe con un severo deterioro personal y relacional. Entre las personas diagnosticadas desde la adolescencia hasta la mediana edad, un 70% habrá cometido algún intento de suicidio y un 50% lo repetirá incluso varias veces a lo largo de su vida. Entre un 8% y un 10% lo consumará. Por otro lado, es una población con un consumo sanitario, que representa aproximadamente el 10% de las personas visitadas en los centros ambulatorios de salud mental y en torno al 20% de los pacientes ingresados en psiquiátricos.

La prevalencia de los trastornos límite se sitúa entre el 1,1% y el 4,6% y la media se establece en un 2% (APA, 1994; Mattia y Zimmerman, 2001), es decir, que la prevalencia del TLP dobla la de la esquizofrenia. Se diagnostica predominantemente en mujeres, en una ratio de 3:1. A falta de estudios sobre la prevalencia en nuestro medio, y aceptando la tasa del 2%, en Cataluña podrían sufrir este trastorno unas 120.000 personas. Según los datos que constan en el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de los Centros de Salud Mental (CMBDCSM) del CatSalut, durante el año 2003 se atendieron 1.076 pacientes diagnosticados como TLP en los centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ) y de adultos (CSMA), lo que da una idea del bajo nivel de diagnóstico del trastorno.

3.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En las personas que han sido diagnosticadas con TLP suele aparecer una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta sus consecuencias, lo que se une a un ánimo inestable y caprichoso. Existe una inestabilidad respecto a la vivencia de la propia imagen, de las relaciones interpersonales y del



estado de ánimo. Hay una alteración de la identidad que se manifiesta con incertidumbre ante temas vitales, como por ejemplo, objetivos a largo plazo; lo que las conduce a una sensación de vacío y aburrimiento. Pueden presentar manifestaciones explosivas e incluso violentas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos, al margen, de la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos, donde pueden producirse también autolesiones y explosiones de violencia, comportamiento amenazante y chantajista, afectación de la imagen de sí mismos, con alteraciones de la conducta alimentaria; se implican en relaciones intensas e inestables, realizan tentativas y amenazas autolíticas. Sus relaciones interpersonales pasan de la idealización a la devaluación. Es habitual el abuso de sustancias psicoactivas como mecanismo de huida, frecuentes y rápidos cambios de humor, ideación paranoide transitoria, descompensaciones de tipo psicótico de presentación atípica y corta duración.

3.4. CURSO Y PRONÓSTICO

El TLP es un trastorno de juventud, que suele mejorar con los años y que, en general, no se prolonga más allá de la tercera o cuarta década de vida. No es infrecuente que, una vez resueltos los síntomas más acuciantes y reducida la ansiedad que éstos conllevan, emerjan otros cuadros subyacentes, enmascarados hasta entonces por la amalgama sintomática. Un porcentaje significativo llega al suicidio cuando el trastorno se asocia a enfermedad depresiva. El deterioro de sus relaciones interpersonales y la inestabilidad emocional le llevan a un aislamiento y en muchas ocasiones su falta de control de impulsos y su abuso de sustancias han implicado contactos con la justicia.

3.5. TRATAMIENTO

El tratamiento del TLP es uno de los desafíos más difíciles con el que se enfrenta el personal sanitario y, sobre todo de enfermería, puesto que cuidar a los que pacientes que les han otorgado esta etiqueta diagnóstica supone un gran reto, ya que, es muy complejo acompa-

ñar al paciente en esta variabilidad de estados de ánimo que pueden ir desde rabia hasta tristeza, pasando por las ideas y actuaciones suicidas. Estas manifestaciones están en continua fluctuación, su severidad altera gravemente las relaciones interpersonales, la actividad laboral, la calidad de vida y la capacidad para recibir una asistencia psiquiátrica adecuada. En los últimos años, se considera que el tratamiento más eficaz para estos pacientes es la combinación de abordajes psicológicos y farmacológicos, con la finalidad de aliviar el sufrimiento que altera su calidad de vida. No obstante, ninguno de los dos tratamientos ha demostrado suficiente eficacia terapéutica y a menudo ha generado una notable controversia. Los motivos que impiden constatar la eficacia terapéutica de los tratamientos son: la validez de los criterios diagnósticos, la elevada frecuencia de comorbilidad, las altas tasas de abandono del tratamiento y su no adherencia al tratamiento, que oscilan entre el 23% y el 67%. Por eso, desde enfermería debemos comprometernos a acompañar y apoyar a estos seres humanos que sufren, que están intentando llegar a puerto "sanos y salvos" (por lo menos salvos), que están deseando encontrar sentido en su enfermedad. Debemos participar en su vulnerabilidad e intentar acompañarles en su alivio, para ayudar al paciente a ser el autor de su propia experiencia (Valverde, C., 2007)

4. ANÁLISIS NARRATIVO

A través del análisis de la narrativa escrita y hablada, esta investigación tiene como propósito indagar y reflexionar sobre la realidad y los significados de Eli, una paciente diagnosticada de TLP, para alcanzar un conocimiento más comprensivo y reflexivo de cómo está conviviendo con su situación.

La metodología utilizada es la de caso-control. Es apreciativa, porque pretende conocer y captar cuáles son los factores que pueden facilitar el mejor conocimiento y reconocimiento de la realidad de una persona que vive con el



diagnóstico de TLP. Por otra parte, es narrativa, se basa en narraciones porque la ilusión y la energía de las personas no está en los datos contados sino en las historias que cuentan y, también, porque pretende captar el “cómo”, no sólo el “qué”. La paciente es una persona adulta con diagnóstico de TLP que aceptó voluntariamente a formar parte del estudio.

El material utilizado fue una grabadora de audio, los cuadernos de pensamientos escritos por Eli y un ordenador. El instrumento utilizado fue la entrevista en profundidad utilizando la metodología caso control. No se utilizó una guía de entrevistas con el fin de que la paciente pudiera expresarse con libertad y no se sintiera controlada, pero sí se estableció un guión con temas que habían surgido en su cuaderno. Previamente se dio lectura a los cuadernos de pensamientos donde Eli escribe a modo de diario y anota aquello que le apetece de forma libre.

El análisis de los resultados se realizó tomando como referencia el método de análisis narrativo de Gee, 1991 y Riessman, 1993, de acuerdo con la organización de la narrativa por temas y la interconexión de éstos.

El escenario utilizado fue un consultorio médico que permitió la conversación privada. Se estableció contacto con la persona entrevistada en un centro psiquiátrico, y se le expuso el proyecto de investigación —aclarando los alcances y limitaciones de éste— así como el uso que se daría de la información que se obtuviera del mismo (incluyendo el permiso de publicación). Se requirió la cesión de los cuadernos de escritura y la realización de una entrevista en profundidad, una vez por semana, de aproximadamente noventa minutos de duración.

LA NARRATIVA: ANÁLISIS

Esta investigación se ha centrado en descubrir conexiones inconscientes sobre los acontecimientos quebrantadores de la vida de Eli. La significación relativa de los acontecimientos se

ha convertido en el resultado de la experiencia que ha alterado de forma fundamental su biografía prevista. Se ha pretendido conocer la identidad que se acerca como “lucha performativa sobre los significados de su experiencia” (Langellier, 2001). El análisis narrativo ha tomado como objeto de la investigación la historia de Eli en sí mismo. El objetivo es poner de relieve, a través del análisis de la narrativa, la experiencia del padecimiento de vivir con una patología llamada TLP. El acercamiento no ha asumido objetividad sino que, en su lugar, ha asumido los privilegios del posicionamiento y de la subjetividad.

Es un estudio centrado en un caso que no pretende ser un análisis etnolingüístico, sino un análisis narrativo para conocer los significados hablados y escritos de Eli. Ha pretendido, en primer lugar, adentrarse en el mundo de la paciente a través de sus cuadernos de pensamientos, en su vivir, en la pérdida de su salud, en sus síntomas, signos y símbolos; en definitiva, en sus momentos claves, con el objetivo de poder construir la narrativa desde su verdad e intentar entender los significados que da a cada componente de su historia. En segundo lugar, ha pretendido leer y oír los nudos que le hacen sufrir y que pueden frenar la evolución de su experiencia. En tercer lugar, ha pretendido apreciar su experiencia vital y de sufrimiento con su narrativa escrita y hablada. Y por último, Organizar la narrativa por temas (Gee 1991; Michaels, 1981; Riessman, 1987) y ver como están interconectados.

El mundo de Eli se inicia en 1977 en Quito (Ecuador), tercera de cuatro hermanas dice que supera con algún esfuerzo tener que resignar sus infantiles sueños de convertirse en médica. En el 2000 termina sus estudios de música en la Escuela de Música Nacional de Ecuador. En el año 2002 viaja a España para poder progresar en sus estudios musicales. Tras varios meses “vagando por Madrid”, establece, desde principios de 2003, su residencia en la ciudad de Barcelona.



Tengo TLP diagnosticado desde hace 2 años, ahora tengo 30. Tengo un trabajo estable y, bien remunerado, me encanta lo que hago, vivir de mi música me permite vivir de forma independiente. ..Estoy en tratamiento médico y psicoterapia continuo desde los 28 años, empecé con problemas a la edad de 21 años... Ya a los 13 años, en la época de cambio del colegio al instituto, en esa época empecé a volverme pasota, irrespetuosa, violenta, ¡como no! las drogas aparecieron en mi vida. Empecé primero por el alcohol y después continué con algún porro para tranquilizarme y alguna vez que estaba de bajón u poquito de polvos... Desde pequeña he sido muy promiscua sexualmente, nunca he podido tener amigos duraderos porque, ¿soy o era? tremendamente susceptible... Mi capacidad de aburrimiento era total, mis sueños se van desvaneciendo, lo dejo todo a la mitad; trabajo, estudios, relaciones... Mi ira iba contra el rechazo que tengo de la gente sobretodo de las mujeres, y por mi inutilidad para mantener ilusiones... Podría alargarme con mi historial de ideas repetidas de suicidio, que en realidad era una llamada de atención y de amor... En resumen: pareja inestable, abandono personal, ideas de suicidio, incluso miedo a recaer en esa etapa de ganas de descansar, de acabar con mi vida. Descontrol con la comida, dinero y sexo. Ideas delirantes y alucinaciones en momentos de ansiedad alta... ¿Habré aprendido a vivir con TLP y ahora soy tan necia que soy incapaz en muchos momentos de controlar los impulsos, la inestabilidad de ánimo, los brotes psicóticos y la depresión? (Textos seleccionados de los cuadernos de Eli).

En este texto, se percibe una narración escrita con mucho coraje, tristeza, sufrimiento, soledad y dolor. Tras el análisis de sus dos cuadernos y 540 minutos de entrevista, se puede apreciar siete grandes temas que están estrechamente unidos e interconectados: la familia y su país de origen, la diferencia desde la nacionalidad, la libertad, la locura, el poder y la auto-ridad, el amor y relación de pareja y las drogas.

Uno de los grandes temas, yuxtapuesto al de su país de origen, es el de su familia. Sobre-

todo lo concerniente a la figura de su madre y su padre. Hablar de la madre es hablar de las características que la conforman de manera simbiótica. Existe una sobrepresencia, aun estando en la distancia, que no permite el manejo de la ausencia. En cambio, cuando se refiere a su padre lo asocia con “costumbres muy latinas”: “lo que se debe hacer” y “lo que no se debe hacer” de acuerdo con sus hábitos, valores e ideas y los une a la añoranza de elementos característicos de su país.

Se analiza y aparece otro tema, el hecho de la diferencia, ya sea por su origen étnico, color de piel, religión, lengua, nacionalidad, costumbres, preferencia sexual, estética, ritmos, valores o hábitos. Le preocupa que por ser “diferente” no se le otorgue reconocimiento y aceptación completa e incondicional con todos los derechos y deberes, para convivir en una “simbiosis de culturas” que permita hablar de multiculturalidad como se hace con cualquier otro blanquito.

La libertad la entiende como una elección ante una o más alternativas de acción, en base a criterios que tienen que ser elaborados, tales como: ponerse un par de bambas: “un bamba roja y otra bamba amarilla” o la inscripción a “mil cursos que nunca voy a terminar, sé que no los acabaré nunca pero me apunto”. Reivindica la libertad de actuar de manera autónoma, la posibilidad de una elección y el compromiso con una decisión: “elijo: elegir”. Este compromiso se refiere a la responsabilidad que se configura no sólo por los condicionantes prácticos, sino también frente a ellos. Su libertad es sinónimo de determinación, de posición activa frente al mundo.

El cuarto tema podríamos resumirlo con la idea de Henry Ey: “si no hay libertad humana no puede haber locura”. Por tanto, la libertad la conecta con un nuevo tema: la locura en la medida que son los dilemas morales los que ponen en juego su ejercicio espontáneo. La constricción de la libertad se encuentra en la



base de su locura: “loca de atar”. Las dudas referidas a los propios derechos y a la legitimidad de su ser, sus conflictos relacionales, sus sentimientos de obligación, de temor a traicionar, a que le sean infiel y a serlo y de no complacer a los demás, se convierten con frecuencia en un freno a su proyección en el mundo.

Entrelaza la libertad y la capacidad de elección con el poder, con la autoridad. Consciente de esta autoridad, va conformándose su personalidad, y su posición o rol social. Ella rechaza la autoridad y lo impuesto, reclama la individuación y la consecución de la propia autonomía. Habla del poder: desde el que “ejerce la Iglesia” pasando por el de los gobiernos y el de la familia, sobretodo asociado a la figura de su padre. Padre que vive como autoritario, con poca presencia física, que cuando ejerce su papel paternal produce miedo en ella y siente que su padre pasa de ser un “papito” con autoridad al dictador más cruel.

La aparición del amor representa para ella una experiencia trascendental. El enamoramiento le arrebató hacia la fusión no hacia la individuación. Si encuentra la mirada del otro se siente reconocida como persona única y al mismo tiempo siente deseos de confundirse con el otro. El amor le lleva a percibir al otro, a acoger sus deseos más insignificantes, a recubrir de belleza su persona, sus palabras, todos sus gestos. Descubre el sentido de su experiencia en ser para el otro: “quiero tenerte para encontrarte, quiere tenerte para encontrarme”.

Mostrándose a veces cariñosa, y otras hostil e ingobernable, es capaz de aceptar ciertas circunstancias para no perder el amor o la estima del ser querido. Se aprecia una dificultad para establecer relaciones íntimas y afectivamente estables. Frente a la sensación de estar condenada a la soledad emocional, busca que los contactos con los otros sean más fluidos. Necesita amor pero no logra confiar ni sentirse amada, lo que alimenta el círculo de su sufrimiento.

No maquilla la desesperación tras las rupturas amorosas. Si se siente sola y con ganas de amor, es cuando su “cama huele un poco a todos los tíos con lo que me he acostado”. Su vacío es grande y sabe que no se aliviará con amor. En sus relaciones busca la seguridad edípica. No le sirve ninguna pareja puesto que no le puede regalar la fuerza, consuelo y estímulo afectuoso igual que lo haría una madre. Ni el otro le puede dar lo que ella necesita.

Debe hacer frente a problemáticas y dilemas que vienen de los conflictos entre deseos y obligaciones, necesidades y prohibiciones, expectativas y fracasos, pérdidas de diferentes grados de libertad (espontaneidad, elección, decisión), condicionamientos internos y externos que se establecen como un obstáculo en el camino hacia la estabilidad de su mundo.

En el momento que ha sufrido mucho, cuando el dolor le ocupa casi toda la capacidad afectiva, la droga viene a darle alivio, obtura su angustia, llena el vacío que produce el excesivo malestar con el que convive.

El arte de la escritura cobra su valor, en el caso de Eli, como un proceso creativo que puede ayudar de manera significativa a canalizar tendencias destructivas. Es el medio del que se vale para dejar asentada su identidad. Su manifestación escrita suele tener la cuota necesaria de energía para transmitir un reclamo o una exigencia. Puede ser su recurso más accesible para contar los pesares que le abruman en un momento crítico. Al escribir incita fácilmente la proyección de componentes emocionales, aun cuando el contenido no esté necesariamente sujeto a un área afectiva. Se le activa un proceso donde pone en funcionamiento su imaginación, una cualidad propia del pensamiento creativo y alternativa a la función racional.

En su modo de operar se puede apreciar que escribir como escribe le ayuda a la reflexión que le sirve de base para la expansión de



su conciencia. Conecta con esta conciencia para transformar su mundo, el mundo.

Habla en primera persona, por ella misma, sin extrapolarlo a lo que le ocurre a los demás. Se responsabiliza de sus acciones y decisiones. Sensible y lábil y con dificultad de integrar matices: amor y odio, euforia y depresión, ingenuidad y desconfianza, todo o nada. Se siente abrumada por mil intensas y contrapuestas emociones. El miedo, la culpa y la rabia están arraigadas en su corazón. No sabe amar ni sentirse amada, se siente vacía y sola, siente que no se adapta socialmente, tiene conductas autodestructivas. Está en la búsqueda de un sitio donde sienta que encaja, en la búsqueda de su identidad.

Es una “nómada” que no puede asentarse en ninguna región y vive en el permanente litigio. Le está vedado asentarse en un lugar. Su frontera es la de no territorio, “náufraga”, “extranjera”, “condenada a vagar”, a transitar, impedida de poder aposentarse en un lugar con una cierta paz.

5. CONCLUSIONES

Los profesionales de la enfermería no atienden casos, ni enfermedades, ni trastornos, sino seres humanos particulares, complejos, no reductibles a ningún diagnóstico. Todo caso es extraordinario porque todo sujeto es único, irreplicable. Se pretende escuchar a esta persona, a ese ser humano concreto, a su malestar, partiendo de la premisa de que es un caso excepcional porque es un individuo particular, al que no podremos abarcar con ningún diagnóstico, por más categorías que creemos.

Desde enfermería se tiene la posibilidad de acercarse a la mirada de la persona que tiene TLP, a su experiencia, a su vivencia, a sus creencias y sus valores. Desde este posicionamiento no es necesario discriminar entre lo normal y lo patológico. No interesa la universalidad sino la particularidad de cada persona que lo sufre.

TLP es, con toda seguridad, el concepto más desafortunado para denominar este trastorno. La denominación “límite” (*borderline*) es secuela histórica de cuando este trastorno se consideraba fronterizo entre la psicosis y la neurosis. En la clasificación CIE 10 se le denomina *trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad*, más descriptivo de lo que en realidad es este trastorno. Existen otras propuestas o denominaciones como son : trastorno global de la personalidad, trastorno generalizado de la personalidad, trastorno mórbido de la personalidad o trastorno deteriorante de la personalidad.

Si el diagnóstico de TLP sirvió en su momento a Eli para nombrar su malestar y dejar de sentirse un bicho raro, la puesta en cuestión de ese mismo diagnóstico le ha permitido dejar de verse a sí misma como un caso, como una enferma, para comenzar a considerarse una persona con dificultades psicológicas, siendo este el primer paso para hacerse responsable de su actitud en la vida y de los problemas que esta actitud le produce. Permanece atada a una imagen ya formada de sí misma; puede que con el tiempo llegue a acompañarla, o puede que tenga que seguir sola en este camino.

A través de narrar o escribir lo que le sucede y su posterior análisis, es cuando se puede encontrar una causa que ordene su situación; para reducir su culpabilización, designada ahora como enferma, padeciendo de una enfermedad reconocida por la ciencia; para reconocerla como un ser humano con un trastorno mental y no como una simple víctima de la familia, sus parejas, sus amigos, de la sociedad. Sin encerrar a la “enferma” en su enfermedad, desconociendo así sus pensamientos, preferencias, deseos, reivindicaciones, que dejan de ser los suyos para ser considerados efectos de su enfermedad.

Como dice Foucault, cada época histórica ha desarrollado sus propias patologías menta-



les. ¿No será el TLP, y en general los trastornos narcisistas, por complejas causas sociales y psicológicas, un mal característico del tiempo que nos toca vivir? No se pretende su negación, todo lo contrario, la existencia de patologías individuales y diagnósticos que permiten agruparlos y orientar, a condición de que estos diagnósticos no sean compartimentos estancos en los que encerrar a los pacientes y que estemos siempre abiertos a los cambios que se produzcan a lo largo de su tratamiento.

6. EPÍLOGO

El campo del análisis narrativo se está moviendo rápidamente y ninguna revisión puede ser completa y resumir los muchos tipos de trabajo que son evidentes hoy.

Los métodos no son apropiados para los estudios de una gran cantidad de temas sin nombre. El acercamiento es lento y cuidadoso, requiriendo la atención a la delicadeza: matices del discurso, de la organización de una respuesta, de relaciones entre el investigador y de contextos sociales e históricos del tema.

El análisis narrativo es un acercamiento, no una panacea, conveniente para algunas situaciones, no otras. Permite el estudio sistemático de la experiencia y de los significados personales. El acercamiento permite a los investigadores estudiar “el activo, uno mismo formando la calidad del pensamiento humano, la energía de las

historias que se crean y las nuevas formas de manera de identidad personal”, (Hinchman e Hinchman, 1997).

Las narrativas son un género particularmente significativo para representar y analizar la identidad en sus modos múltiples, en los diversos contextos.

El contar y escribir una historia una y otra vez es necesario para que el paciente pueda ir deshaciendo ese ovillo que es su experiencia. Escribir y contar es salir de uno mismo y ser testigo de la propia experiencia. Desde la distancia el paciente puede empezar a encontrar sentido e imaginar nuevas posibilidades de vida u opciones de convivencia con su nueva situación. Lo que dice o escribe y cómo lo dice o escribe contiene el marco.

Las narrativas personales proporcionan ventanas en las vidas que enfrentan los apremios de circunstancias. La atención a las narrativas personales en entrevistas abre los espacios divagadores para nuevos temas de la investigación en enfermería y otras profesiones del ámbito sociosanitario.

Contacto:

Elena Álvarez Girón
C/ Chafarinas 1 4^a I^a. 08033 BARCELONA.
Tfnos: 607 155 715; 93 276 27 36.
elenagolance@hotmail.com



BIBLIOGRAFÍA

- Arriero, G. (2004). *Estudios y diálogos sobre la identidad personal*. Las Palmas: Cop.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, Language and Possibilities: A Postmodern Approach to Therapy*. New York: Basic Books.
- APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995].
- APA. (2001) *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Association. [Guía Clínica para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. Barcelona, Psiquiatría Editores, S.L., 2002].
- APA. (2002). *Guía Clínica para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad*. Barcelona: Ars Médica.
- Austin, J.L. (1982). *Cómo hacer las cosas con palabras*. Barcelona: Paidós.
- Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohé Editores.



- Barthes, R. (1973). *El placer del texto*. Barcelona: Ed. Buenos Aires.
- Benner, P. (1994). *Interpretive phenomenology: embodiment, caring, and ethics in health and illness*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Bruner, J. (1988). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.
- Charon, R. (2006). *Narrativas del Enfermo*. Culturas, La Vanguardia, 28 de junio 2006.
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press.
- Ey, H., Bernard, P., Brisset, CH. (1974). *Tratado de psiquiatría*. 6ta. Ed. Barcelona: Toray.
- Freud, S. *Duelo y melancolía*. BN (9 vols.), 6, págs. 2091-100. Traducción de Luis López-Ballesteros. <http://www.librosggratisweb.com/pdf/freud-sigmund/duelo-y-melancolia.pdf> (20/10/2007).
- Foucault, M. (1985). *Herculine Barbin llamada Alexina B.* en *El sexo verdadero*, selección de Antonio Serrano. Madrid: Revolución.
- Foucault, M. (1991). *Tecnologías del yo (y otros textos afines)*. Barcelona: Paidós.
- Gee, J.P. (1986). Units in the Production of Narrative Discourse. *Discourse Processes* 9: 391–422.
- Gee, J.P. (1991). "A Linguistic Approach to Narrative" *Journal of Narrative and Life History* 1: 15–39.
- Gergen, K. (1994). *Realidades y Relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Hinchman, L.P. and S.K. Hinchman. (1997). *Memory, Identity, Community: The Idea of Narrative in the Human Sciences*. Albany: State Univ. of N.Y. Press.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, Conn. Yale University Press, 1984.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.
- Laplanche-Pontalis (1974). *Diccionario de Psicoanálisis*. España: Ed Labor.
- Mahler, M. y otros. (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Ed Paidós.
- Mahler, M. y otros. (1977). *Los Procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Ed Paidós.
- Mattia J.L., Zimmerman M. (2001). *Epidemiology*. A Livesley W.J., *Handbook of personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- Michaels, S. (1981). Sharing Time: Children's Narrative Styles and Differential Access to Literacy. *Language and Society* 10: 423–442.
- Mishler, E.G. (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood NJ: Ablex Publishing Corporation.
- Langellier, K. (2001). *You're Marked: Breast Cancer, Tattoo and the Narrative Performance of Identity*. In *Narrative and Identity: Studies in Autobiography, Self, and Culture*. Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins.
- OMS, IPDE. (1996). *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Meditor.
- Pennebaker, J.W. (1990). Opening up: the healing power of confiding in others. N.Y. William Morrow. Edición castellana: *El arte de confiar en los demás*. Alianza Editorial. 1994.
- Pennebaker, J.W. (1995). *Emotion, disclosure and health*. American Psychological Association. Washington: DC.
- Pennebaker, J.W. (2004). *Writing to Heal. A guided journal for recovering from trauma and emotional upheaval*. New Harbinger: Publications, Inc.
- Pennebaker, J.W. y Seagal, J. D. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1243–1254.
- Riessman, C.K. (1987). When Gender is not Enough: Women Interviewing Women. *Gender and Society* 1: 172–207.
- Riessman, C.K. (1993). Narrative Analysis. *Qualitative Research Methods Series*, No. 30. Newbury Park, CA: Sage.
- Riessman, C.K. (2000). *Even if we don't have children [we] can live: Stigma and Infertility in South India*. In *Narrative and Cultural Construction of Illness and Healing*. Univ. of California Press: Ed C. Mattingly and L. C. Garro.
- Stern, A. (2002). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal Q* 1938,7:467–489.
- Sontag, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas: El sida y sus metáforas*. Punto de Lectura.
- Stone, M.H. (1980). *The borderline syndromes*. Nueva York: McGraw–Hill.
- Stone, M.H. (1994). *The borderline syndromes*. Nueva York: McGraw–Hill.
- Taylor, S.J. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Valverde, C. (2005). ¿Quién está escuchando? La narrativa del paciente, caos y cronicidad. *Aten Primaria*. 36(3):159–161.
- Valverde, C. (2006). El médico y el paciente como exploradores en una geografía de historias emergentes: hacia un nuevo paradigma clínico para las enfermedades crónicas. *Norte de Salud Mental*, 2006. n° 25: 77–81.
- Valverde, C. (2006). Historias que cuentan: Experiencia de la enfermedad. Culturas, *La Vanguardia*, 28 de junio 2006.
- Valverde, C. (2007). Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería. *Norte de Salud Mental*, 2007. n° 28: 8–15.
- Valverde, C. (2007). *Comunicación terapéutica en enfermería*. Madrid: Dae.
- White, M. & Epstein, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New Cork: Norton.
- Wittgenstein, L. (1977). *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: Altaza.
- White, M. y Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D. (1994). *El hogar nuestro punto de partida*. Buenos Aires: Paidós.