



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
Programa de Maestría en Trabajo Social

**“CAMBIO DE ACTITUDES EN LOS CUIDADORES
PRIMARIOS ANTE EL TRASTORNO LÍMITE DE LA
PERSONALIDAD”**

**Promovido por la puesta en marcha
del Programa Psicoeducativo para
Cuidadores Primarios en el Servicio de
Consulta Externa del
Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A
EMMA MARTÍNEZ CRUZ

DIRECTORA DE TESIS
DRA. AIDA IMELDA VALERO CHÁVEZ

México, Distrito Federal, 2010.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*Señor,
concédeme serenidad para aceptar que hay cosas que no puedo cambiar,
valor para cambiar lo que puede cambiarse y
la sabiduría para distinguir la diferencia.*

Anónimo

AGRADECIMIENTOS

Al término de un proyecto, es de suma importancia realizar una revisión integral del camino andado, y es momento oportuno de vislumbrar todas las áreas de oportunidad brindadas y creadas.

En primera instancia, está la oportunidad que me brindó la máxima casa de estudios: La Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Honorable Escuela Nacional de Trabajo Social, de la cual me siento orgullosa de ser egresada, ya que al proporcionarme la posibilidad de realizar estudios de posgrado, le dio un vuelco a mi vida profesional proporcionando herramientas teórico-metodológicas para sistematizar los años de experiencia adquiridos en el ámbito de la Psiquiatría y la Salud Mental.

Posteriormente, agradezco infinitamente a la plantilla de profesores que conforman el Programa de Maestría en Trabajo Social, por brindarme a través de la impartición de las asignaturas de su especialidad, grandes conocimientos académicos, que a través de su esencia, se convirtieron en significativos; en especial al jurado revisor que con sus aportaciones contribuyeron a que el sueño de brindar un trabajo científico, estructurado, validado, con calidad y calidez a la población objetivo de esta investigación, se hiciera realidad: Dr. Jesús Ramírez Bermúdez, al Dr. Francisco Calzada Lemus, a la Dra. Margarita Terán Trillo y por último, pero con gran respeto y admiración, a dos grandes profesionistas de las ciencias sociales, guías inigualables: Dra. Aída Imelda Valero Chávez y Dra. Carmela Raquel Güemes García.

No omito mencionar a la Coordinación del Programa de Maestría en comento, por su apoyo y guía en la parte académico-administrativa de este proyecto de vida, que le da un sustento a una nueva forma de intervención profesional teórico-científica, que permitirá que la profesión de Trabajo Social se mantenga a la vanguardia.

Las herramientas que me han permitido intervenir en el ámbito de la Psiquiatría y la Salud Mental, las he adquirido durante 13 años en una institución ícono de la Psiquiatría en México, por lo cual me siento honrada de formar parte del equipo de atención del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en consecuencia agradezco a sus autoridades, por el apoyo brindado para la realización del presente trabajo de investigación.

En el tenor de ser un hospital-escuela, siempre me ha posibilitado la oportunidad de continuar con mi capacitación profesional, por ello agradezco en forma particular al Departamento de Enseñanza de dicho Hospital por las facilidades otorgadas para llevar a buen término este proyecto, al igual que al Departamento de Bioestadística de dicha institución, bajo la responsabilidad de María del Carmen Cortés Berrospe. En este sentido, merece una mención especial, la Mtra. Juana Freyre Galicia, quien en todo momento me brindó el apoyo teórico, técnico y metodológico necesario para cumplir con el objetivo académico, y lo que resalto es el acompañamiento incondicional cuando sentí desfallecer.

A lo largo de la vida, las experiencias vividas me han dado la base para adquirir conocimientos que he aplicado en diferentes ámbitos de tiempo y espacio, pero esta experiencia, ha quedado grabada en mi camino al compartirla con seres especiales que piensan, sienten y deciden junto a mí, en beneficio de las familias y pacientes que día con día transitan por el Hospital, por ello, agradezco profundamente al Equipo de Salud que conformó, el “Taller de Modelos de Atención Grupal”, por sus aportaciones, enseñanzas, asesorías y vivencias, que se concretizaron en el trabajo que hoy les presento; por ello, Dr. en Psiquiatría José Mercado Verdín, coordinador del taller; Dr. en Psiquiatría Constantino Flores Váldez; Dr. en Psiquiatría Francisco Javier Muñoz Sandoval; Lic. en Psicología Ana Luz Hernández Hernández; Lic. en Psicología Leticia Delgado Hernández y al Dr. en Psiquiatría Francisco Franco López Salazar, gracias por sus aportaciones y por compartir este sueño.

Las instituciones se construyen para brindar un servicio y cubrir una necesidad, por lo tanto, este trabajo no existiría sin la participación de confianza y disposición, de las personas por las que trabajo cotidianamente en el ámbito profesional; por esta razón, agradezco infinitamente a los Cuidadores Primarios de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, por confiarme sus emociones, sus sentimientos, sus vivencias y sus deseos de mejora.

Lo que soy y lo que puedo ser, no sería posible, sin el apoyo incondicional de mis seres queridos, que hombro con hombro me han acompañado en cada proyecto que emprendo en la vida, por ello, desde lo profundo de mi ser agradezco: a mis padres por su amor, y por los valores que me inculcaron; y a mis hermanos por sus motivaciones excepcionales; a Jesús, mi compañero en la vida desde hace más de 35 años, por su comprensión, aportaciones y amor en todo momento; a mis hijos: Ameyalli, Daniel Jesús y Nelli, por su vibra que me transmitieron siempre para concluir esta misión, pero sobre todo, por comprender mis ausencias en mi rol de madre; familia, este proyecto también es suyo.

Durante este caminar recibí diversos apoyos de mis amigas, a las que no quiero dejar de mencionar: Teresa Rodríguez, Miriam Otero, María Diana Curiel, Eloísa Martínez, Olga Marina Robelo, Guadalupe Cortés, Virgen Ortega y Rosa Elena Barrón.

Y por último, desde mi espiritualidad, reconozco la existencia de un ser todopoderoso que iluminó mi camino para concluir este trabajo, permitiéndome armonía en mi persona, y con todos mis seres queridos.

INDÍCE

INTRODUCCIÓN	17
--------------	----

CAPÍTULO 1.

LA SALUD MENTAL, CAMPO DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

1.1	El Trabajo Social Como Profesión Multidimensional.	25
1.2	El Trabajo Social en el área de Salud Mental	27
1.2.1	El trabajador social como co-terapeuta	31
1.3	Población objetivo: la familia como aliada en el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad.	33
1.3.1	Detección del Cuidador Primario.	34
1.3.2	Formas de participación del Trabajador Social con el Cuidador Primario	36
1.3.2.1	Intervenciones de Orientación.	39
1.3.2.1.1	La Intervención en la Educación para la Salud	41
1.4	Necesidad del Diseño, elaboración, ejecución y evaluación de un Programa Psicoeducativo para Cuidadores Primarios de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad	43

CAPÍTULO 2.

EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

2.1	Antecedentes del diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad	51
2.2	Generalidades del Trastorno Límite de la Personalidad	55
2.3	Probables causas biopsicosociales del Trastorno Límite de la Personalidad	58
2.4	Tratamiento integral	63

CAPÍTULO 3.

LA PSICOEDUCACIÓN: UN MODELO DE INTERVENCIÓN

3.1	Intervención grupal	65
3.2	Generalidades de la intervención psicoeducativa	66

3.2.1	La intervención psicoeducativa con Cuidadores Primarios de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad	73
3.3	El Psicodrama como técnica en la Psicoeducación	75

CAPÍTULO 4.

LA FAMILIA Y LA ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL

4.1	La importancia de las relaciones interpersonales en las familias	88
4.2	La familia, el Cuidador Primario y el enfermo	90
4.2.1	La Comunicación Afectiva	95
4.2.2	La Comunicación Verbal	101
4.2.3	El Manejo de Conflictos	104
4.2.4	Las Habilidades en la Negociación	108
4.2.5	Las Habilidades para el Establecimiento de Límites	112
4.3	Función psicosocial del Cuidador Primario	115
4.3.1	La Actitud ante la enfermedad mental	122
4.3.2	La carga global en el Cuidador Primario	127
4.3.2.1	El estrés y ansiedad en el Cuidador Primario	132
4.4	Sobreprotección-rechazo y Culpa: Actitudes frecuentes en los Cuidadores Primarios de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad	134

CAPÍTULO 5.

CAMBIO DE ACTITUDES EN LOS CUIDADORES PRIMARIOS ANTE EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

5.1	Metodología	141
5.1.1	Pregunta de investigación	141
5.1.2	Objetivos	141
5.1.2.1	Objetivo general	141
5.1.2.2	Objetivos específicos	141
5.1.3	Hipótesis	142
5.1.3.1	Variables	142
5.1.4	Tipo de estudio	151
5.1.4.1	Instrumentos de evaluación y medición	151
5.1.4.2	Universo de investigación	154
5.1.4.2.1	Tamaño de la muestra	154
5.1.5	Procedimiento metodológico	155

5.1.6	Análisis de resultados	157
5.1.6.1	Análisis cuantitativo	157
5.1.6.2	Análisis cualitativo	156
5.1.7	Resultados	158
5.1.7.1	Resultados cuantitativos	158
5.1.7.2	Resultados cualitativos	194
5.1.7.2.1	Sobreprotección-rechazo y culpa: Actitudes persistentes en la población estudiada	195
	 DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS	 201
	 CONCLUSIONES	 211
	 BIBLIOGRAFÍA	 217
	 REFERENCIAS ELECTRÓNICAS	 230
	 ANEXOS	 233

INTRODUCCIÓN

A través de la práctica profesional, en el Servicio de Consulta Externa (SCE) del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (HPFBA) durante trece años, y por la participación en el “Taller de Modelos de Atención Grupal”, creado en el mismo servicio hace once años, se cuenta ahora con una importante experiencia desde la perspectiva del trabajo grupal, lo que permite construir y validar estrategias de intervención grupal, que contribuyan a que los Cuidadores Primarios (CP) afronten de manera saludable la responsabilidad de participar en el cuidado y seguimiento terapéutico de los pacientes con cualquier padecimiento psiquiátrico.

Tradicionalmente, se ha considerado dentro del HPFBA, que una de las funciones más importantes del trabajador social (ts), es la aplicación de fichas socioeconómicas que fundamentan la asignación del nivel socioeconómico para que los usuarios cubran las cuotas de recuperación. Es durante la entrevista para cumplir con esta función, que paralelamente es posible identificar los factores biopsicosociales que de alguna manera permiten bosquejar un posible padecimiento; situación que se logra debido a que la tesista cuenta con la capacitación especializada en Trabajo Social en el Ámbito de la Salud Mental y la Psiquiatría, así como con estudios específicos en Orientación Familiar desde la perspectiva sistémica; y con la actualización respecto al origen, evolución y tratamiento de los Trastornos Alimentarios.

En este orden de ideas, durante la entrevista con el familiar y el paciente, el ts informa y orienta a los involucrados, respecto a la importancia de dar continuidad al tratamiento indicado por el psiquiatra; así como la necesidad del apoyo familiar y del auto cuidado para llevar a cabo en forma satisfactoria el tratamiento indicado. Por último, durante la intervención del profesional, se describen los servicios que brinda el HPFBA al paciente y a la familia; como alternativas para mejorar su situación específica. Entre los diversos padecimientos psiquiátricos que son atendidos en el HPFBA, se han podido distinguir el sufrimiento y desesperanza en los familiares, como respuesta al padecimiento del paciente; ante estas circunstancias, el ts tiende a brindar contención.

Particularmente a los CP de los pacientes que presentan diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), definido como *“un patrón de inestabilidad en las relaciones*

interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad” .American Psychiatric Association, (2007:765), es fundamental explicar al familiar que para este padecimiento, es insuficiente el tratamiento farmacológico por tratarse de un trastorno de personalidad, donde los componentes psicosociales que lo conforman, entre otros, generan sentimientos de malestar, como el sufrimiento del propio paciente y de las personas con las que se involucra, sean éstas: familia, pareja, amigos, compañeros de trabajo y hasta la propia comunidad, por tanto debe llevarse paralelamente un tratamiento integral desde la perspectiva biopsicosocial.

Durante la intervención profesional con los familiares de pacientes diagnosticados con TLP, se pudo percibir la angustia que presentan los familiares, cuando acompañan al paciente para la apertura de su Expediente Clínico: *“No sé qué hacer, me desespero, mi hija se puede pasar todo el domingo hablando por teléfono con el novio, no cumple con sus responsabilidades; como es limpiar el lugar donde están sus mascotas, es decir ni para prepararse así misma su comida; y si le llamo la atención se corta las muñecas, como lo hizo antier”, (sic madre)*. Tal situación es una constante en el servicio de Trabajo Social (TS), lo que ha llevado a plantear la necesidad de estructurar una alternativa de intervención psicoeducativa que brinde atención de calidad y con calidez a los familiares, ya que por el momento no existe en el SCE.

En los primeros contactos con familiares y pacientes con TLP, son identificadas con frecuencia las siguientes emociones: tristeza, derrota y desesperanza, que llevan a muchas personas a abandonarse y a renunciar a la posibilidad de una vida productiva y gratificante. Es con el Programa Psicoeducativo para Cuidadores Primarios de Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (PPCPPTLP) que se puede ofrecer una alternativa.

Las familias que tienen un paciente con Trastorno Límite de la Personalidad, viven en constante estrés y ansiedad por la naturaleza de los síntomas, reflejándose esta condición en actitudes de incomprensión y rechazo, que genera un ambiente familiar insatisfactorio, por tal razón es inminente brindar atención integral.

En suma, a partir de esta necesidad manifestada por los familiares y de la visión social del ts, nace el diseño de la presente propuesta de atención grupal, que proporciona

un servicio interdisciplinario en el área, para apoyar a que el familiar conozca el padecimiento, identifique las principales actitudes que se generan en la interacción con la persona que presenta el TLP, y en última instancia, promover la modificación de las actitudes que les generan malestar.

El programa de intervención grupal se diseñó dentro del marco de la educación para la salud, área correspondiente a una de las dimensiones del ámbito profesional del TS, sin embargo, por las características psicosociales de la población que acude al HPFBA, el diseño del programa se fundamentó teórica y metodológicamente en el Modelo de Intervención de la Psicoeducación, utilizando técnicas psicodramáticas para identificar las principales actitudes manifestadas durante las sesiones vivenciales, en las que se comparten los procesos psicosociales de la vida cotidiana de los integrantes del grupo, con la finalidad de introyectar nuevas formas de relación, por tanto el objetivo principal del PPCPPTLP es el cambio en las actitudes que generan malestar y son manifestadas por los CP, que a través de su participación activa y espontánea, lograrán comprender y aceptar la enfermedad de su familiar, lo que traerá consigo la disminución en el nivel de estrés y ansiedad manifestados, tal como lo refiere Fernández, (2006), además abrirán la posibilidad de convertirse en un aliado en la adquisición y ampliación de la conciencia de enfermedad tanto del paciente como del mismo CP; en este sentido, se promoverá la adherencia terapéutica para lograr que el paciente se incorpore a la vida laboral y social a través de un estilo de vida sano, construyendo proyectos de vida realistas y relaciones sociales satisfactorias, mediante el desempeño de actividades que le gusten y que le resulten útiles.

La comprensión y tratamiento del TLP resulta ser en la actualidad, uno de los mayores retos para la Psiquiatría, la Psicología, la Sociología y el TS; despertando interés especial entre la comunidad científica y terapéutica. Específicamente en el HPFBA se han diagnosticado a más personas con TLP, reportándose como la segunda causa de morbilidad en el SCE, antecedida por la Esquizofrenia y precedida por el Trastorno de Ideas Delirantes. Como se observa en la siguiente tabla, el número de casos diagnosticados con TLP, cada año es ascendente. (Ver Tabla 1).

¹ Datos obtenidos de los registros del Departamento de Bioestadística del HPFBA

LOS TRES PRIMEROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DIAGNÓSTICADOS EN BASE AL CIE-10 EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HPFBA						
NIVEL	PRIMER DIAGNÓSTICO		SEGUNDO DIAGNÓSTICO		TERCER DIAGNÓSTICO	
AÑO	F20.0 ESQUIZOFRENIA PARANOIDE		F60.3 TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL		F06.2 TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES	
	CONSULTAS ANUALES PROPORCIONADAS EN EL SERVICIO	%	CONSULTAS EXTERNAS PROPORCIONADAS POR AÑO	%	CONSULTAS EXTERNAS PROPORCIONADAS POR AÑO	%
2004	5835	18,35%	3679	11,57%	2952 9	,28%
2005	6423	19,92%	4322	13,41%	2468 7	,66%
2006	7231	22,94%	3961	12,57%	2231 7	,08%
2007	8419	24,13%	5131	14,71%	2218 6	,36%
2008	9212	19,09%	5652	11,71%	2904 6	,02%
2009	10892	29,41%	5801	15,67%	2732 7	,38%
TOTALES	48012		28546		15505	

Tabla 1

Al contextualizar el objeto de investigación, las actitudes de los CP de los pacientes con TLP, y visualizado como problema social por su magnitud y trascendencia, se confirma que la complejidad de los problemas sociales que ocupa y preocupa al TS son también punto de interés para otras áreas profesionales, que se avocan tanto a la investigación como al tratamiento de problemas específicos, como lo refiere Zamanillo, (1992), indicando que existen acciones concretas en las distintas profesiones que tienen estrecha relación con lo social como: Psiquiatría, Psicología, Antropología, Sociología y Derecho. Sin embargo, el centro de atención e investigación de los problemas sociales, son las relaciones intra e interpersonales de los sujetos involucrados.

Es trascendente el ocuparse de este tipo de problemas del campo de la salud mental, sin desconocer que son resultado de la dinámica de múltiples factores, concretamente de los acelerados cambios a nivel social, económico y de valores que está presentando la sociedad; porque *“afectan la calidad de los vínculos interpersonales e intrapersonales de la sociedad en su conjunto y de la familia en específico; interviniendo de manera especial en el desarrollo integral de los jóvenes”*, como lo aclara Melgoza, (2002:23).

Uno de los principios éticos para quienes trabajan en el campo de la salud, es no realizar acciones que agraven la salud mental de la población atendida, por lo tanto se antepone el compromiso de estar capacitado para brindar estrategias adecuadas, para asegurar un servicio debidamente estructurado. Con este cometido, se quiere coadyuvar en el bienestar de los CP y por ende de los pacientes con TLP, quienes como ya se mencionó son sujetos que pueden presentar algún tipo de *deficiencia*,² que puede ser temporal o permanente; a consecuencia directa de la inestabilidad, o como una respuesta del propio individuo.

Ante lo discapacitante del padecimiento, los Cuidadores Primarios deben promover la *rehabilitación*³, que comprende el auto cuidado y la autosuficiencia; para esto se debe encontrar alternativas que lleven al paciente a la independencia integral. La rehabilitación se complica cuando los grupos familiares no tienen roles lo suficientemente saludables y habilitadores; en estos casos, es imprescindible la participación de profesionistas que apoyen la posibilidad de eliminar el “empantanamiento” en la dinámica familiar.

La visión de las autoridades internacionales responsables de trabajar en pro de la salud, precisan los apoyos que deben brindarse a la población que presenta una enfermedad crónica. En el Informe de Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se hace evidente que “... *en los países desarrollados, sólo el 50% de quienes sufren enfermedades crónicas respetan las recomendaciones terapéuticas. En países en desarrollo la adherencia deficiente –aunada al acceso limitado a la asistencia sanitaria; a la falta de diagnóstico apropiado y el acceso restringido a los medicamentos– amenaza con tornar inútil cualquier esfuerzo para abordar los procesos crónicos...*” OMS, (2004:1).

²De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, “Deficiencia: Es la pérdida o la anomalía de una estructura o de una función psicológica, fisiológica o anatómica, que puede ser temporal o permanente. Entre las deficiencias se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida por un miembro, órgano, tejido o cualquier otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas de la función mental”. [Fecha de acceso 09/09/2009]. Disponible en: [http://www.postpolioltaff.org/docs/que es la discapacidad.pdf](http://www.postpolioltaff.org/docs/que%20es%20la%20discapacidad.pdf).

³La rehabilitación “es la especialidad médica que engloba el conjunto de procedimientos médicos, psicológicos, sociales, dirigidos a ayudar a una persona a alcanzar el más completo potencial físico (véase fisioterapia), psicológico, social, laboral y educacional compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medioambientales, intentando restablecer o restaurar la salud. La rehabilitación debe actuar tanto en la causa de la discapacidad como en los efectos producidos por la enfermedad, basada en el modelo biopsicosocial, para aumentar la función perdida y así la calidad de vida. La rehabilitación médica interviene sobre los tres aspectos de la enfermedad que son: La deficiencia, la discapacidad y la pérdida de roles”. [Fecha de acceso 09/09/2009]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/rehabilitacion%C3%B3n>.

Desde la perspectiva del TS se retoma el octavo mensaje de la OMS, el cual precisa que: *“Los pacientes necesitan apoyo, no que se les culpe”* por abandonar los procesos, tanto terapéuticos como farmacológicos, característica constante en los pacientes con TLP. Por lo cual, se considera coherente construir un instrumento de intervención destinado para los CP de los pacientes que están por iniciar un proceso terapéutico en el SCE, e incidir en las actitudes que tienen hacia el paciente con TLP. Para obtener resultados óptimos, es fundamental trabajar de manera integral.

Asimismo, se toma en cuenta el décimo tercer mensaje de la OMS, que precisa: *“... la familia, la comunidad y las organizaciones de pacientes (son) un factor clave para el éxito en la mejora de la adherencia terapéutica”*, es decir, se espera que los CP, como efecto de la circularidad, se conviertan en aliados del paciente, y se promueva una relación menos estresante y angustiante.

También es interesante retomar el décimo cuarto, y último mensaje del Informe de la OMS, que a letra dice: *“La adherencia terapéutica requiere un enfoque multidisciplinario”*. Al respecto, en el SCE se pugna por la intervención multi e interdisciplinaria (equipo de salud –psiquiatra, psicólogo y trabajador social-) para atender a los pacientes con procesos terapéuticos, farmacológicos y procesos de atención al familiar de manera integral.

La psicoeducación se ha aplicado en algunas experiencias sólo con enfoque informativo en la atención a familiares de pacientes con otros diagnósticos: como depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo, lo cual presenta limitaciones para que los participantes incorporen nuevas formas de pensamiento, ejecuten diferentes acciones y experimenten nuevas respuestas emocionales ante la problemática focalizada; como resultado de la intervención breve.

Ante la necesidad de tomar una posición frente a la problemática presentada y retomando las políticas de la OMS sobre la adherencia terapéutica, se diseñó el PPCPPTLP, aportando en el diseño y ejecución de este programa, la visión teórico-práctica de técnicas psicodramáticas que permiten una mayor introyección.

Por tanto, esta investigación pretende comparar las actitudes manifiestas antes y después de que los CP de pacientes con TLP participen en el PPCPPTLP; así como comparar los niveles de estrés y ansiedad. Cabe señalar que las actitudes serán estudiadas a través de las siguientes dimensiones: habilidades de comunicación, manejo de conflictos, instalación de límites y de negociación; así como el manejo de estrés y ansiedad. La hipótesis construida para guiar el proceso fue: *“Si los Cuidadores Primarios de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad participan en un Programa Psicoeducativo, entonces cambiarán sus actitudes y disminuirán sus niveles de estrés y ansiedad ante el paciente”*.

El presente trabajo está estructurado en cinco capítulos: el capítulo uno se conforma de nueve apartados enfocados a precisar las funciones propias del TS, como profesión multidimensional en el área de la salud mental, por lo que se describen las herramientas que despliega: información, programación, psicoeducación y orientación.

En el capítulo dos se registra un panorama general del TLP, diagnóstico de interés en esta investigación. Esta información está organizada en cuatro apartados; los dos primeros desarrollan antecedentes y generalidades del padecimiento, el tercero explica las probables causas biopsicosociales del trastorno y el último, aborda el tratamiento integral actual.

El capítulo tres, precisa algunos modelos de trabajo grupal, que se realizan para promover la salud y la corresponsabilidad en el tratamiento integral del padecimiento objeto de estudio; está conformado por cuatro apartados, relacionados con la intervención psicoeducativa y el uso de ésta con grupos de CP de pacientes con TLP.

El capítulo cuatro, aborda el contexto macrosocial y los efectos que tiene la enfermedad en las relaciones interpersonales, así como el efecto en los CP y las características de la dinámica familiar de los pacientes con TLP, específicamente en: Comunicación Afectiva y Verbal, Manejo de Conflictos, Habilidades para la Negociación y Habilidades para el Establecimiento de Límites. También en este capítulo se precisa la función psicosocial de los CP y las principales actitudes ante la enfermedad, enfocándose este trabajo en: la sobreprotección, rechazo y culpa. Esta información se presenta en doce apartados.

El capítulo cinco contiene la metodología utilizada, que corresponde a la línea de investigación de los servicios de atención para la salud mental. El estudio es de cohorte cuasi experimental⁴, cuanti y cualitativo, aplicado a un grupo de 10 CP de pacientes con TLP, que conformaron la población objetivo. Dicho capítulo, consta de diecinueve apartados.

Posteriormente, se presentan la discusión y conclusiones de los hallazgos cuanti y cualitativos encontrados a través de la investigación en comento. Por último, se registran la bibliografía y referencias electrónicas consultadas para la elaboración del marco teórico; y se incluyen los anexos, donde se ubican los instrumentos aplicados en la investigación.

⁴Es el estudio de cohorte, que implica un diseño de investigación analítico cuya población de estudio está compuesta de individuos clasificados como expuestos (participantes en un programa psicoeducativo) y no expuestos a un potencial, factor de cambio de actitudes hacia el trastorno límite de la personalidad con los cuales se realiza un seguimiento para comparar la incidencia de un resultado. Gonzáles, Links. PE. El método cuasi experimental. [Fecha de acceso 15/07/2003]. Disponible en: <http://www.ur.mx/ur/fachycs/maestros/audiap/1.htm> 4

CAPÍTULO 1.

LA SALUD MENTAL, CAMPO DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

1.1 El Trabajo Social como Profesión Multidimensional

En el siglo XXI la profesión de Trabajo Social presenta un reto ante el proceso histórico del modelo económico de la globalización, donde las exigencias de su intervención abarcan niveles macrosociales, sin dejar de lado su intervención microsociales (individual, grupal y comunitaria). Barg, (2004), opina que actualmente el trabajador social que aplica el método de atención individualizada o grupal con familias, ya no concibe al individuo o grupo de manera aislada; ahora cuenta con las herramientas y competencias para construir una perspectiva más amplia, con la que es capaz de explicar que los problemas de estos sectores, son producto de la interacción social global.

Olza, (2002), refiere que el trabajador social moderno aplica principios de management¹ a la política social, que le hacen más competitivo y le permite establecer nuevos límites de acción. De este modo en la profesión se han incrementado, resignificado y defendido los saberes que tienen que ver con su quehacer profesional y su capacidad de interacción en las realidades concretas.

El objeto sobre el que incide el trabajador social, son las necesidades y los problemas que se presentan durante el desarrollo de la vida de relación entre los seres humanos. No obstante y ante la complejidad natural de los problemas sociales, la interdisciplinariedad cobra relevancia para abordarlos en el ámbito conceptual y práctico, lo que le permite integrar distintas aportaciones teóricas y metodológicas. Zamanillo, (1992), fundamenta que históricamente se reconoce que el actuar profesional del trabajador social parte de demandas concretas para intervenir en diversas necesidades básicas, generalmente abordadas de manera individual, aunque el origen de la necesidad corresponda a la dimensión social, de acuerdo a lo que especifica Barg, (2004).

¹Management, "es el conjunto de técnicas de organización y de gestión de una empresa. El término tiene diferentes acepciones: se identifica como cuadros directivos; otra acepción la identifica como la gestión de las relaciones humanas. [Fecha de acceso 10/09/2009]. Disponible en: <http://www.grupopsp.com.ar/management.PDF>

Esto implica que la formación académica incluya una diversidad disciplinaria, e integre una práctica profesional en el marco de la multidisciplinaria.

Los problemas sociales que ocupa y preocupa al Trabajo Social, son también área de convergencia con otras profesiones como: la Psicología, Antropología, Sociología y el Derecho, entre otras. No obstante, la forma de abordar e intervenir en el campo social permite al Trabajo Social diferenciarse de cualquier otra disciplina, aunque es cierto que el Trabajo Social integra en su cuerpo de conocimiento las aportaciones de la psicología para la comprensión de las características de la personalidad y de la conducta; así como de la sociología para entender los problemas sociales y de la sociedad global; o del Derecho para tener conocimiento de las normas jurídicas con las que se rigen los integrantes de un colectivo; y de las ciencias médicas, para identificar el componente biológico del ser humano; este cúmulo de conocimientos los integra en el ejercicio de su profesión, sin perder su especificidad.

La visión anterior da como resultado la diversidad de áreas problemáticas que atiende y de los niveles de intervención en los que se involucra el Trabajo Social, que se circunscriben a esa multidimensionalidad que lo caracteriza, Zamanillo, (1992).

Olza, (2002), define, que la profesionalización aparece como espacio de representación, como elaboración continua en la construcción de procesos de denominación de los sujetos y de las situaciones sociales, entre las que prevalecen como fundamentales, los mecanismos de socialización y el concepto de inadaptación, constructo teórico que propicia el ámbito colectivo de intervención.

Al respecto Del Valle, (2001), fundamenta que se reconoce una amplia vinculación del trabajador social con la temática de la vida cotidiana; en el sentido de abordar problemas de la realidad social, de investigar y considerar lo que la gente hace, cómo vive y las soluciones que crea y reproduce. El interés del profesional tiene que ver con la intervención en procesos microsociales, que implican hechos de la vida de relación, dinámica, soluciones familiares y la reproducción de la vida en sociedad. En correspondencia a esta naturaleza del Trabajo Social, Zamanillo, (1992), explica que el trabajador social es llevado a enfrentarse frecuentemente con la pugna entre el nivel de lo individual y lo social, la cual se resuelve en la convergencia de ambos niveles.

Se considera que un profesionalista que tiene como objetivo el intervenir en la realidad social, debe contar con una gran diversidad de conocimientos teóricos, metodológicos y prácticos, porque tendrá que propiciar una correcta discriminación de problemas inespecíficos y una adecuada orientación inicial, ya que identifica las herramientas teórico-metodológicas idóneas para realizar una acción a profundidad, por lo que es necesario ser flexible y receptivo a nuevos conocimientos, para poder adaptarse a los cambios e innovaciones que exigen las nuevas prácticas profesionales.

Ya en la práctica profesional el trabajador social no debe perder sus competencias básicas, y mantener la apertura para incluir elementos de otras disciplinas que enriquezcan su actuar profesional, en donde los problemas habituales exigen especificidad por su origen, entorno o por su modo de producirse. Puede ocurrir que cuando no se promueve el crecimiento profesional, se limita el ejercicio en las funciones profesionales multidimensionales.

Actualmente, se considera que las fronteras de la cuestión social son transformadas, variando sustancialmente los esquemas de referencia y construyendo cierta incertidumbre y pérdida de los límites de lo social. El Trabajo Social debe ser entendido como una serie de convergencias, lógicas, evoluciones y tensiones históricas. El quehacer del trabajador social y sus procesos de identidad, interrogan constantemente sobre las actuaciones que promueven el establecer y construir los vínculos con la realidad social, Olza, (2002).

1.2 El Trabajo Social en el área de Salud Mental

Dentro de la concepción de la multidimensionalidad, en las áreas de intervención del Trabajo Social se ubica el área de la salud mental, lo que implica incorporar en su saber un marco conceptual, teórico y de herramientas técnicas que le permitan responder profesionalmente a las demandas de problemáticas específicas del ámbito.

En este contexto es conveniente establecer que la OMS define la enfermedad mental como *“la alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida. Dependiendo del concepto de enfermedad que se utilice, algunos autores consideran más adecuado utilizar en el campo de la salud mental el término “trastorno mental”²”* (que es el que utilizan los dos sistemas clasificatorios de la psicopatología más importantes en la actualidad), en los casos en los que la etiología biológica no está claramente demostrada, como sucede en la mayoría de los trastornos mentales. Además, el término “enfermedad mental” puede asociarse a estigmatización social. Por estas razones, este término está en desuso y se usa más trastorno mental, trastorno, o psicopatología. De acuerdo a la OMS *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos. Salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental”³*.

En el Programa de acción en Salud Mental de la Secretaría de Salud, basado en los principios de la OMS, se señala que la salud mental es: *“un aspecto de la salud integral, inseparable del resto y se refiere no solamente a la ausencia de enfermedades y trastornos mentales, sino también al ejercicio de las potencialidades para la vida personal y la interacción social, que son inherentes a la naturaleza del hombre y condicionan su bienestar. Una actitud mental equilibrada permite afrontar de manera más eficaz el estrés de la vida cotidiana, realizar un trabajo fructífero y hacer aportaciones positivas a la comunidad”⁴*.

²[Fecha de acceso: 21/11/2010]. Disponible en: www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanishfinal.pdf

³[Fecha de acceso: 21/11/2010]. Disponible en: <http://definicion.de/trastorno-mental/>

⁴ [Fecha de acceso: 21/11/2010]. Disponible en: sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm_intro.pdf

En el caso específico de la población general el concepto de enfermedad mental o trastorno, sigue siendo comprendido desde el concepto de la locura, es decir no distingue tipos de trastorno. En este sentido, la concepción de lo que es ser loco es históricamente determinada.

En este orden de ideas, en la siguiente cita se puede precisar a la enfermedad mental desde la concepción de la locura *“Franco Basaglia llega a la conclusión de que la locura es el resultado de un orden social que la crea, la define como una perturbación, define los mecanismos que la aíslan y la perpetúan; creando en torno a ella, instituciones que le son funcionales y las modifica cuando dejan de serlo...el sistema social necesita de la locura para su perpetuación, unos pocos (los locos) justifican las conductas, costumbres, normas, valores de muchos (los normales), éstos a su vez ponen en marcha mecanismos de inclusión, generando formas para asimilar la locura, a las necesidades del conjunto”*. Barranco, (2007:16).

Desde la definición de locura, se explica la creación de instituciones que resultan funcionales, las que evolucionan en respuesta a las necesidades de la misma sociedad y acordes a los avances en las diferentes disciplinas científicas. Las funciones de los diversos profesionistas, por lo tanto presentan una evolución paralela a la de las instituciones de la salud mental, donde en sus inicios se presentaron, como instituciones de aislamiento. Posteriormente surgieron instituciones que padecieron el autoritarismo que caracterizaba a la época, donde se prohibían los tratamientos grupales, proyectos comunitarios, y los espacios de reflexión. Coincidentemente durante esta época, predominó el modelo asistencial asilar. Casamayor, (2005). Por lo tanto, para responder al momento histórico, las funciones que se exigían al profesional en Trabajo Social en el área de la salud mental eran de naturaleza asistencial. Y es hasta 1977 que se instituye el Curso de Trabajo Social Psiquiátrico (TSP) en México, en coordinación con el Instituto Mexicano de Psiquiatría (ahora Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente) y con el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, de la UNAM, (hoy, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental) y actualmente imparte el Diplomado de Trabajo Social en el ámbito de la Psiquiatría y la Salud Mental, con la visión de capacitar recursos humanos para la intervención con calidad y calidez en el campo psiquiátrico y la salud mental, teniendo como Objetivo General: *“Capacitar desde una perspectiva sistémica, para que el egresado diseñe estrategias de intervención en la investigación, diagnóstico y tratamiento de los problemas psicosociales que se presenten en*

individuos, grupos, familias y comunidades. Utilizando con eficacia y eficiencia las competencias cognitivas, técnicas, metodológicas, y afectivas adquiridas dentro del ámbito de la Psiquiatría y la salud mental”⁵

Ya desde 1957 en la Gran Bretaña, la “Royal Commission” se refería al término psiquiatría comunitaria como el tratamiento mediante el cual no se ingresa a los pacientes en los hospitales psiquiátricos o, si esto ocurre se le da de alta a la mayor brevedad posible. Sin embargo, en el informe de la OMS de 1953 ya se manejaba el término comunitario para referirse a aquellos hospitales psiquiátricos que realizan no exclusivamente ingresos hospitalarios sino que también se proporcionan servicios ambulatorios que actúan en la comunidad. Para algunas corrientes médicas, la psiquiatría comunitaria no es más que una forma inteligente de disponer y distribuir los recursos sanitarios para lograr su máxima eficiencia. Para otros, en cambio, su envanecimiento supone e implica un drástico cambio cultural, orientado a superar el antiguo modelo médico con la activa participación de la comunidad. Por último, aunque ello no acabe la lista de alternativas, hay quienes la estiman parte de un esfuerzo más amplio por afianzar los derechos humanos, Villarino, (2006).

La modalidad de atención más reciente para los trastornos mentales sugeridos por la OMS, es de carácter comunitario, en donde el equipo de salud mental acude a brindar atención al lugar donde habitan los pacientes, sin fronteras ni separaciones. El objetivo reside en establecer un contacto cercano con la comunidad y disminuir al máximo las hospitalizaciones. Para poder poner en marcha un modelo de estas características, deben introducirse cambios en cuanto a la formación, entrenamiento y supervisión de los profesionales que intervienen, así como tomar en cuenta la filosofía y postura personal del equipo de salud mental, Casamayor, (2005).

En consecuencia, los profesionales en Trabajo Social deben mantenerse en estrecho contacto, de ser posible con la familia y con la comunidad. Cuando el usuario se presenta por primera vez en la institución que brinda servicios y programas de atención a la salud mental, para la apertura de expediente clínico y durante el período de internamiento,

⁵Información proporcionada por la Coordinación del Diplomado de Trabajo Social en el ámbito de la Psiquiatría y salud Mental. Noviembre del 2010.

con la intención de reunir la información necesaria de variables socioeconómicas, familiares y culturales que le permita comprender cada caso atendido, para construir estrategias que generen adherencia terapéutica en el paciente y el cumplimiento de los objetivos de reinserción y rehabilitación en su contexto familiar y comunitario.

Desde luego, el trabajador social debe estar preparado para responder y generar condiciones para proporcionar estrategias de apoyo a las necesidades de las personas, mediante la habilidad de identificar y crear redes sociales de apoyo, para lo cual es necesario conocer los distintos factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes que convergen en el proceso salud-enfermedad-atención.

Cuando se hace referencia al proceso de atención a la salud mental, se incluyen aspectos preventivos, educativos y culturales concibiendo un delicado equilibrio que puede romperse y pasar, de la salud a la enfermedad. Desde la perspectiva sistémica, la intervención del trabajador social en el equipo de salud mental es de gran trascendencia, porque tiene como objetivo profundizar en los diferentes aspectos sociales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad-atención psiquiátrica; destacando la identificación de los actores que se vinculan con el enfermo desde su contexto social a efecto de lograr establecer una relación estrecha con la familia, compañeros de estudio o de trabajo; y todos aquellos que integran el mundo relacional que contribuye contundentemente en el enfoque integral del caso y llegar a la rehabilitación.

1.2.1 El trabajador social como co-terapeuta

Desde principios de la década de los setentas, una de las autoras de los primeros libros de Trabajo Social Psiquiátrico (TSP), Becerra, (1972), planteó que la incorporación del trabajador social en la disciplina de la psiquiatría, favoreció el trabajo interdisciplinario a nivel de intramuros, y extendió su influencia en el área terapéutica y preventiva a sectores de la población que le eran inalcanzables. La situación a superar es integrar el quehacer psiquiátrico y la intervención del trabajador social, para que se unifiquen en una labor trascendental para el individuo en sociedad.

El Trabajo Social en el ámbito de la Psiquiatría y la Salud Mental, (denominado hasta 2007 como Trabajo Social Psiquiátrico), tiene como objetivo contribuir en la construcción de los medios que hagan posible que las personas mentalmente enfermas puedan comprender su condición y logren mejorar sus relaciones interpersonales. Los profesionales de la salud mental, que tienen bajo su responsabilidad la capacitación del personal, sugieren que deben iniciar un proceso terapéutico para prepararse, ya que su personalidad es la principal herramienta de trabajo que va a utilizar en este campo. La habilidad para usar su personalidad como elemento terapéutico, dependerá en gran medida de su labor en el campo de la psiquiatría, Becerra, (1972).

En la práctica profesional actual se fomenta que los trabajadores sociales desarrollen las funciones de co-terapeutas en procesos psicoeducativos, lo que forma parte de un proceso de capacitación en el ámbito laboral. Además se ha observado, por ejemplo, que el trabajo en terapia familiar se beneficia si se da en coterapia; la experiencia de que exista una pareja en el proceso de la psicoeducación, no sólo diversifica las proyecciones, sino que también permite que el profesional en Trabajo Social, no esté tan pendiente de abarcar todo el contexto con sus diversas formas de comunicación. Cuando existe la posibilidad de trabajar en coterapia, uno de los terapeutas podrá registrar otros aspectos, que al otro no le fue posible observar, aunque no los utilice de inmediato para la interpretación, porque en la revisión de la sesión, se aportarán las observaciones de ambos, lo que permitirá una mejor comprensión del proceso terapéutico o psicoeducativo. La pareja terapéutica se constituye en base a los miembros del equipo que han tenido contacto profesional con la familia, bien sea, durante el proceso de diagnóstico, o en el curso de la atención recibida, en la que se considera adecuada la intervención familiar, la coterapia es considerada como una condición natural, Pérez-Sánchez, (1996).

El beneficio que se obtiene con la coterapia fundamentalmente es la diversidad que brinda como fruto de dos perspectivas diferentes, sobre todo cuando se trata de profesiones que cubren el enfoque interdisciplinario, como lo son la Psiquiatría y Trabajo Social, otra situación idónea es que los terapeutas sean de sexo diferente.

1.3 Población objetivo: la familia como aliada en el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad

Es importante partir de que no se puede concebir al usuario de las instituciones psiquiátricas, como un ente aislado; sino como un individuo que forma parte de un grupo familiar, inmerso en un contexto social amplio, entendiendo a la familia como la unidad elemental de la enfermedad y la salud, así como de la misma sociedad, Becerra, (1972). Entonces la capacidad para estar con y hacer con otros, está construida en la dinámica del grupo familiar.

Tomando en cuenta que la enfermedad mental es una vulnerabilidad potencial que se puede presentar en el individuo desde la infancia, es vital analizar si la familia de la cual el individuo forma parte, lo protege de su aparición súbita, o por el contrario detona la enfermedad. Por lo antes dicho se tiene la convicción de que no se puede separar al enfermo psiquiátrico de la dinámica familiar, por lo tanto no es prudente limitar la acción terapéutica a un sólo miembro de la familia, sino que aparte de analizar la sintomatología del paciente, es indispensable conocer dicha dinámica para determinar las múltiples posibilidades de intervención en ella.

En consecuencia, se considera indispensable establecer una alianza con la familia para lograr diversos objetivos, entre ellos: 1) la aceptación o consciencia de enfermedad por parte del individuo; 2) promover la autonomía y autosuficiencia del enfermo frente a la familia, para lo cual se tiene que conocer el tipo de conductas entre los integrantes del núcleo familiar para con el paciente y así mismo, del paciente hacia cada uno de los integrantes; 3) identificar el rol que cumple el enfermo dentro del grupo familiar así como de cada uno de los miembros que la conforman.

Uno de los aspectos sobresalientes que debe tomar en cuenta el TS para intervenir en el ámbito de la psiquiatría y la salud mental, es el de la solidaridad; ésta se presenta tanto en las relaciones más íntimas, como en las relaciones sociales del ámbito público, siendo la solidaridad fundamento del entramado de los diversos servicios que se prestan y que son la base de cualquier intervención social, Brag, (2004).

A través de la experiencia se han observado cadenas solidarias que se gestan para colaborar con personas enfermas, en intervenciones médicas y tratamientos prolongados, el ser solidario es un mensaje reforzado y programado desde los propios orígenes y conformación de las organizaciones humanas.

1.3.1 Detección del Cuidador Primario

Powell (1990), refiere que se le denomina Cuidador Primario (CP), al miembro de la familia que mantiene contacto estrecho con el paciente, que de manera directa repercute en el desarrollo del mismo, por lo cual los programas de rehabilitación y reinserción sociofamiliar, deben reconocer al CP, como un recurso de soporte positivo para el paciente dentro del núcleo familiar. Es frecuente que sea una mujer (generalmente la madre) a quien se le otorga el rol de CP, que parece ser más un rol allanado por imposición social, que una decisión personal, hecho que se debe considerar, ya que realiza una actividad que implica altos niveles compromiso y pudiese representar una carga hostil importante contra quien necesita ser cuidado. Por ello, la sobreprotección es una actitud constante en las relaciones familiares de pacientes psiquiátricos, concretamente entre el CP y el paciente con TLP.

En ocasiones, uno de los padres es seleccionado como la persona de quien los hijos prefieren depender, puede tratarse de la madre si el usuario es varón, siempre será aquel con quien se puede contar. En ocasiones, el padre puede ofrecerse como voluntario, con la esperanza inconsciente de lograr aprobación de los demás, o como respuesta a los sentimientos de culpa, debido a que considera que ha presentado errores en la crianza de su hijo; por otra parte cuando los hijos juegan el rol de CP, son los mayores de edad los que realizan verdaderos sacrificios para facilitarles la vida a sus progenitores, Powell, (1990).

El cuidador que actúa como mártir recibiendo la carga completa de la atención de un familiar, está motivado por sentimientos complejos hacia el enfermo. Frecuentemente, este cuidador desanima a los parientes que se ofrecen a participar en esta tarea y después se siente agobiado, se queja de la incomodidad personal; resultado de las imposibles y extremas demandas que se ha impuesto.

Si la atención se encuentra en manos de un hijo, el enfermo podría ser utilizado como un “peón” en la lucha de poderes dentro de la familia. Powell, (1990).

El CP generalmente tiene en promedio 50 años, la mayoría desconoce la mejor forma para ayudar positivamente a los pacientes; por ello es necesario crear programas enfocados a quienes se consideren con el interés y capacidad de cuidar al enfermo, con la finalidad de facilitar el proceso de aprendizaje y con esto ayudar a la familia a comprender la serie de agresiones que puede manifestar de manera inconsciente o consciente, contra su familiar enfermo.

Es importante el apoyo alternativo de familiares jóvenes para poder compensar aquellas deficiencias que pudieran estar presentes en el CP de mayor edad. Estas sugerencias están plasmadas en la obra de Powell, (1990), elaborada para la dinámica familiar de pacientes con Alzheimer. Sugerencia difícil de cumplir cuando se han roto los vínculos elementales entre el paciente y su entorno familiar y social, generalmente por el desconocimiento y estigma hacia los padecimientos psiquiátricos o afecciones en la salud mental.

El CP comparte en la mayoría de las ocasiones dos responsabilidades: la de ser el principal cuidador del paciente y ser el proveedor económico de la familia. La generación de esta doble responsabilidad, en la mayoría de los casos origina depresión, ansiedad y estrés que también requieren atención. Los teóricos de las relaciones familiares de los pacientes esquizofrénicos, utilizan el concepto de emoción altamente expresada, que de alguna manera también es aplicable en la interacción de las familias con un paciente con TLP. La detección de la elevación en los niveles de emoción expresada, es importante ya que ayuda a tener un conocimiento más profundo de las emociones del familiar y que se manifiestan en niveles superiores de emoción, si se comparan con el resto de los miembros de la familia. Los niveles de emoción expresada frecuentemente son altos en el núcleo familiar de los pacientes psiquiátricos, por lo cual es necesario realizar programas de rehabilitación, considerando no sólo aspectos médicos sino también aspectos familiares, culturales y sociales.

*“El CP no siempre es fácilmente identificable, bien porque se confunde con el ayudante de cuidador que es quien realiza las tareas de ayuda, o bien porque aparece de forma potencial y sólo en caso de necesidad (pérdida brusca de autonomía), ocuparía el puesto que ha decidido asumir”.*⁶

Entonces, el CP para el enfermo es aquel que de forma devota y abnegada se dedica a su cuidado y con quien desarrolla una relación estrecha, y la familia puede seguir funcionando más o menos en los mismos términos. El esquema funciona bien siempre y cuando se den tres condiciones: a) que el CP familiar se identifique con su rol, b) que tenga ciertos momentos de respiro y c) que la enfermedad no sea de tal naturaleza o suponga una carga, que física o psicológicamente haga inviable el cuidado. En ocasiones, todo el funcionamiento familiar está a expensas de las necesidades del enfermo, produciéndose una renuncia generalizada a seguir ejerciendo el tipo de vida que hasta ese momento llevan. La enfermedad invade a la familia sobre todo, a la pareja, Rascón, (1997).

Cuando las familias funcionan con apoyo mutuo la carga del CP se reduce considerablemente. La calidad de la atención mejora, si el enfermo y el CP, obtienen tranquilidad a partir del apoyo emocional que ofrece la red familiar. Las decisiones consensadas en lo referente a la atención en casa o en el hospital, son más fáciles de tomar cuando hay menos fricciones y mayor comunicación entre los familiares. Powell, (1990).

1.3.2 Formas de participación del Trabajador Social con el Cuidador Primario

Las intervenciones con los CP deben estar encaminadas tanto a modificar las actitudes de los allegados, como a dotarlos de estrategias de afrontamiento y solución de problema, para lograr que la influencia del clima familiar sea lo más positiva posible e insistir en reducir las recidivas de la persona que sufre enfermedad mental. Por lo que, se han promovido programas de intervención con familiares. Con estos programas, se trata de mejorar la calidad de vida de la unidad familiar, así como disminuir la tensión en la relación interpersonal.

⁶[Fecha de acceso 09/09/2009]. Disponible en: <http://www.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada2/poster/p3.html>

El primer nivel de intervención familiar se refiere a la sesión de información estructurada. Puede ser información visual a través de medios de comunicación masiva, combinada con una conferencia de un experto; periódicos murales; carteles o folletos; o la sesión organizada, que se le proporciona a familiares y CP sin el proceso de retroalimentación, considerándola por esta razón como la intervención más elemental que existe.

El segundo nivel de intervención con CP es la psicoeducación, que implica la educación sobre un tema específico, paralelamente se hace uso de la observación y el análisis de las vivencias de los participantes; lo cual permitirá generar e incorporar nuevas concepciones de la enfermedad mental y de la vida cotidiana de los familiares. Como es el tema de interés para la presente investigación, se desarrollará ampliamente este modelo de intervención, en el capítulo tres de este trabajo.

No obstante, se debe puntualizar que las familias deben ser apoyadas y cuidadas, brindándoles información, educación, asesoramiento y apoyo para entender la problemática de su familiar con enfermedad mental severa y diseñando estrategias para guiar y mejorar la convivencia, así los CP pueden ejercer el rol de agentes activos en la rehabilitación de su familiar enfermo, Fernández, (2006). Por ello, es indispensable desarrollar a través de la psicoeducación una estrategia para habilitar a las familias, dando a conocer la sintomatología de su familiar enfermo, para evitar la alarma automática cuando le ven menos expresivo y reactivo que antes, para que conozcan que esas dificultades forman parte de la propia enfermedad y que no se deben, al desinterés ni a que él paciente quiera fastidiarles. Sino al contrario, en muchos de los casos se puede registrar que a medida que la persona va restaurando su nivel de actividad y estabilidad, estos problemas tenderán a desaparecer para formar una dinámica familiar estable.

El tercer nivel de intervención con el CP es la orientación familiar, llevada a cabo por un profesional de la salud capacitado en el modelo, cuya función principal será que el CP y/o a la familia a través un proceso de aprendizaje y adaptación a determinadas situaciones identifique problemáticas; busque nuevas formas de interacción que les permita restablecer el equilibrio perdido por la presencia de una enfermedad crónica en uno de los miembros, y los habilite para responder adecuadamente a situaciones de crisis. Debido a que los patrones de respuesta de las familias ante una enfermedad

crónica suelen ser comunes a todas ellas siendo, las más representativas: resistencia a los cambios en torno al manejo de la enfermedad; sentimientos de contrariedad; angustia, culpa, resentimiento, la importancia de la enfermedad; negarse a hablar de la enfermedad dando lugar a un retroceso en la asimilación de la misma por parte, no sólo de la persona enferma sino también cada uno de los integrantes de la unidad familiar; rechazo hacia el sistema sanitario por considerarlo un sistema hostil; rechazo a recibir ayuda psicológica por miedo a ser criticados, a que aparezcan situaciones desagradables en la familia o por miedo a lo que piensen los demás y falta de comunicación entre los distintos miembros que conforman la familia, Fernández, (2006).

Y el último nivel de intervención con el CP es la terapia familiar, que resulta es un modelo de impacto que destaca una perspectiva interactiva que considera a la familia como un recurso y desvanece la tendencia más tradicional al modelo deficitario. Cuando la familia se ve ante la terrible experiencia de tener un miembro afectado por una enfermedad crónica, es lógico que las estructuras y funciones de la familia resulten afectadas y que tengan que vivir un proceso de adaptación; a pesar de esto, el 70% de las familias mejoran en cuanto al funcionamiento y relaciones. Así mismo, cierto grado de ansiedad, angustia, miedo y depresión son consideradas normales e incluso adaptativas, Fernández, (2006).

Al referirse a un modelo de impacto se da por hecho que las familias van a presentar diferentes reacciones ante la enfermedad o la deficiencia. Existen familias que se unen unas más que otras, algunas tienden a aislarse, mientras que otras buscarán apoyo social. Otras familias desarrollarán sobreprotección y ciertas familias se derrumbarán. La respuesta de la familia depende de su sistema de creencias hacia esa enfermedad; del momento evolutivo por el que atraviesa la familia; el estigma social que esa enfermedad lleva asociado; de los propios aspectos de la enfermedad en cuanto a las características del evento presentadas a su inicio, y durante el curso; y si la familia ha tenido o no, experiencia previa con esa enfermedad o deficiencia. A estos factores debe agregarse: la gravedad de la enfermedad o deficiencia, el rol del enfermo, la situación socioeconómica, la capacidad de los familiares para asumir el cuidado del enfermo, recursos externos de apoyo (redes sociales), relación afectiva entre los familiares y la tensión emocional familiar.

Las alteraciones comunes que más ha estudiado la terapia familiar son las alteraciones estructurales (roles y funciones familiares), el impacto emocional (ambivalencias, conspiración de silencio, duelo), y las alteraciones procesuales (el comienzo y según el curso), Fernández, (2006).

1.3.2.1 Intervenciones de Orientación.

La orientación es un modelo en donde se trabaja a nivel consciente, “*el aquí y el ahora*”; a través de preguntas que lleven a la reflexión, en donde los integrantes del grupo llegan a la identificación y resolución de sus problemas, a través de sus propios recursos y redes sociales. Como ejemplo está el modelo “Family Adjustment and Adaptation Response” (FAAR), que considera tres significados básicos: la visión familiar del mundo; los significados compartidos acerca de las situaciones estresantes específicas; y la identidad como familia.

Se concibe la visión familiar del mundo como una abstracción, generalmente la familia no es consciente de dicha visión, la cual se ha desarrollado lentamente y es la más estable. Construye el marco para la identidad familiar y para la especificidad en la definición de las situaciones estresantes a medida que van presentándose. Los significados situacionales compartidos son los más concretos e inmediatos en la consciencia de los integrantes de la familia. Son también los más cambiantes. Cuando las familias tienen a un miembro con una enfermedad crónica la mayor parte del proceso de adaptación tiene que ver con la definición de la situación o la atribución del significado que la enfermedad le ha dado a sus vidas. Con frecuencia esto suele ir seguido de un cambio en los otros niveles del significado, López Larrosa, (2003).

En este nivel de intervención, la forma en que el profesional se comunica durante el proceso de orientación, es una de las herramientas más útiles para la enseñanza de otros: la forma en que el orientador maneje las fallas de la comunicación adecuada y cotidiana, es vital como su forma de representar la interacción real, es común que el papel de orientador se dé en las siguientes circunstancias:

- Servir de modelo en una comunicación coherente siendo claro, preciso y directo.
- Escuchar cuidadosamente.

- Practicar los cinco derechos (1. Ver y escuchar lo que hay aquí...; 2. Decir lo que uno siente y piensa...; 3. Sentir lo que uno siente...; 4. Pedir lo que se desea...; 5. Correr riesgos por propia cuenta...)
- Verificar si se le escucha bien.
- Pedir información cuando las cosas no son claras.
- Pasar mensajes con términos que concuerden con lo que se siente.
- Ser perceptivo con el nivel de comodidad del grupo y con el ritmo que requiere el programa.
- Pasar de lo específico a lo universal, mediante la generalización.
- Pasar de lo familiar a lo menos riesgoso; a lo nuevo y menos familiar.
- Tener paciencia.
- Utilizar metáforas e imágenes, como ayuda para que lo extraño se vuelva familiar.
- Sembrar mensajes de crecimiento siempre que sea posible.
- Emplear cualquier intervención como una oportunidad para incrementar la autoestima en los participantes.
- Expresarse y responder en términos que sean educativos antes que terapéuticos; enfocar el crecimiento y aprendizaje.
- Avanzar pausadamente y poco a poco para que cada experiencia sea un ejemplo de un concepto de comunicación y se explique en detalle.
- Dar a todos la oportunidad de expresar sus opiniones durante una discusión grupal.
- Servir de modelo, de la forma en que lo diferente y lo singular pueden usarse creativamente.
- Utilizar la realidad como base de la toma de decisiones, en vez de basarse en quien tiene la razón o el poder.
- Traducir cualquier solicitud de solución de problemas en elementos del proceso.
- Utilizar todos los métodos mediante los cuales la gente aprende: didácticos, visuales, auditivos, vivenciales, kinestésico o psicodramáticos.
- Aceptar que no todo el mundo está dispuesto o quiere responder a las preguntas que uno le hace (otra manera de destacar un aspecto o de provocar una respuesta emocional podría ser, decir al grupo que se trata de una pregunta retórica).
- Establecer contacto directo con cada persona tan pronto como sea posible y con la frecuencia con que se necesita, mediante el uso del nombre de la persona y manteniéndose al alcance visual y auditivo.
- Emplear una buena dosis de humor y de tacto.

- “Tocar la puerta”, es decir cuando se pida a la gente que participe hay que empezar a hacer algo nuevo (una vez concluida la experiencia, hay que preguntar al grupo qué sintió de acuerdo a lo que hizo).
- Replantear los términos y expresiones que sean negativos e identificados o imprecisos.
- Estar alerta a los indicios no verbales y revisarlos para lograr claridad y comprensión.
- Aceptar y reconocer el dolor cuando haya.
- Estar pendiente de cualquier indicio de divagación o desequilibrio y recuperar el equilibrio y el “hilo” de la sesión.
- Estar consciente de que la fuerza, la buena voluntad, la esperanza y buen humor están presentes, aunque no siempre sean evidentes.
- Puede emplearse el educador, así mismo y usar sus recursos y los del grupo para el crecimiento de él mismo y del grupo.
- Quedarse con lo que le ha sido útil y dejar de lado lo inútil pero aprender de ambas cosas, Sátir, (1989).

1.3.2.1.1 La Intervención en la Educación para la Salud ---

La educación para la salud es otra forma profesional de intervenir, para la que es necesario identificar las tres dimensiones esenciales en el análisis evolutivo-educativo de la familia. Estas dimensiones son: las cogniciones o ideas de los miembros de la familia; el estilo relacional y el entorno educativo. Dichas dimensiones pueden guiar la intervención psicoeducativa en el medio familiar a partir de las tradiciones de educación de la vida familiar y de intervención en el hogar, tal como lo plantea López Larrosa, (2003), el estilo relacional de la familia, constituiría otro de los elementos esenciales de la intervención tanto en la vertiente afectiva, emocional, como en la de control o instrumental.

La educación para la salud es una de las herramientas de la Salud Pública, considerada como la estrategia idónea para la intervención con los CP, que son parte de las familias de los pacientes usuarios de los servicios de atención psiquiátrica. Por ello, se concibe a la Educación para la Salud como las acciones organizadas que constituyen un proceso de educación cognitivo, afectivo y cultural; la cual se preocupa por promover que el paciente use adecuadamente los servicios y siga las indicaciones de su médico; así mismo, se deben tomar en cuenta los cambios en el estilo de vida desde la modificación

de la conducta, pretendiendo cambiar los estilos de vida insanos, Serrano, (1989). Así como para construir prácticas nuevas en las personas y lograr comportamientos sanos tendiendo al autocuidado de su salud integral, García Viveros, (1994).

A partir de estos fundamentos se pensó en la posibilidad de favorecer el cambio de actitudes en las personas con contacto estrecho con pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, estructurando una maniobra organizada, como puede ser un Programa Psicoeducativo, en donde se utilicen técnicas psicodramáticas, fundamentado en los principios de la educación para la salud.

Al respecto, la OMS declara que la Educación para la Salud debe ser vista como un instrumento de la promoción de la salud, el cual conserva una distancia considerable entre concepto regulador y normativo de las estrategias analizadas por los diversos autores, sobre todo de políticas destinadas a combatir la ignorancia de la población, los hábitos inadecuados y costumbres incongruentes con la realidad concreta, Serrano, (1989). Desde la educación para la salud se ha brindado poca atención a los modelos educativos ya existentes, incluso si se quiere reflexionar sobre ello para analizar sus posibilidades, se presentan dificultades para llegar a acuerdos trascendentes, y sucede lo mismo cuando se quiere aclarar el valor de los términos aplicados.

Los indicadores relevantes de un modelo de Educación para la Salud advierten que se deben estudiar ciertas categorías básicas como son: objetivos; análisis de la realidad y orientación metodológica. Por lo que un objetivo general de educación para la salud, sería instalar hábitos más saludables dentro de la población, objeto de la intervención.

La Educación para la Salud es un importante instrumento facilitador del proceso de toma de conciencia individual y colectiva, debe orientarse a facilitar, a la sociedad en su conjunto, a enfrentar los problemas y sus necesidades para obtener un mayor nivel de salud, García Viveros, (1994). Lo relevante en el análisis de la realidad dentro de la educación para la salud, es construir un diagnóstico de la situación comunitaria y/o poblacional.

En suma, la psicoeducación, la orientación y la direccionalidad en la Educación para la Salud, parte de un diagnóstico situacional que incluye el perfil epidemiológico y el

conocimiento de la cultura de salud de la población objeto de intervención, García Viveros, (1994).

Para el diseño de proyectos y programas educativos se partirá del análisis de la realidad, el cual precisa las necesidades detectadas y las demandas registradas en un lapso de tiempo. Considerando la valoración sobre la cultura sanitaria de la población objeto de intervención, donde se va a incidir sobre las costumbres y las limitaciones que marcan a esa población. Frecuentemente resulta ser un juicio indirecto o no reflexivo, pero que juega un papel determinante sobre las opciones de intervención. Tomar como punto de partida el análisis de la realidad el cual va apoyar directamente a la metodología ya que es buen indicador de dicho programa, Serrano, (1989).

En este orden de ideas, para cubrir lo estipulado en la Educación para la Salud, se considera prudente elegir el modelo psicoeducativo que permite la combinación entre el trabajo cognitivo y el trabajo emocional, para lograr la modificación de hábitos inadecuados o cambio de actitudes, ante situaciones problemáticas.

1.4 Necesidad del diseño, elaboración, ejecución y evaluación de un Programa Psicoeducativo para Cuidadores Primarios de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad

La interconexión entre las relaciones familiares y el proceso de salud-enfermedad, es una idea extendida y compartida desde mediados del siglo anterior hasta nuestros días, que se elabora a partir de diferentes fuentes como: experiencias personales directas, con los profesionales de la salud o a través de los medios de comunicación masiva, entre otras, lo que ha permitido identificar que existe una corresponsabilidad entre los involucrados, es decir, entre paciente, familia y sociedad, para que la balanza se incline hacia la salud o hacia la enfermedad. No obstante, en la realidad no se cuentan con alternativas específicas para entender, comprender y abordar dicha interconexión, razón por la cual, generalmente la balanza se inclina hacia la enfermedad y la cronicidad.

Para satisfacer parte de la dificultad en el entendimiento y tratamiento de problemas de salud mental y/o psiquiátricos, se han realizado investigaciones que brinden nuevos paradigmas en el tema. En este orden de ideas, la investigación sobre cuestiones

biológicas y de salud tiene una historia breve, en donde se señala que los estudios parecían haberse olvidado de que las familias están compuestas por personas que tienen cuerpo, pensamiento y sentimiento. Desde entonces, han ido incrementándose los trabajos que conectan los procesos físicos con los eventos psicosociales en la familia. Las primeras investigaciones al respecto, que pusieron en relación a la familia, como contexto social, con los factores psicológicos, fueron las realizadas por Salvador Minuchin y sus colaboradores en la “Philadelphia Child Guidance Clinic”, López Larrosa, (2003), donde se concluye que existen factores predisponentes (que preparan), precipitantes (que aceleran) y perpetuantes (que mantienen) individuales y familiares que se involucran en el proceso de salud-enfermedad, Gelder, (2000).

La comunidad científica y terapéutica ha logrado construir modelos de intervención para identificar y trabajar con los factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes que se involucran en un determinado problema de salud. Específicamente en la manifestación de los factores perpetuantes, se tienen que desarrollar estrategias profesionales que permitan al paciente y su grupo familiar, desarrollar habilidades para la adaptación hacia su circunstancia de salud-enfermedad.

La adaptación es un elemento importante en los modelos en los que se interviene en el proceso salud-enfermedad; en éstos es muy útil ubicar la transición de una situación de crisis a una situación crónica, ya que permite analizar la enfermedad en sus momentos agudos. Posteriormente, se trabaja la adaptación a la enfermedad y la recuperación, que son una de las cinco dimensiones que se deben considerar en el binomio enfermedad-familia. En los casos en que la familia deba adaptarse a una situación crónica, debe ser apoyada por un profesional que le ayude a habilitar sus nuevas condiciones de vida, porque algunas familias sufren problemas para realizar esta adaptación. Los recursos y energía persisten hasta la extenuación de la familia y en muchas ocasiones, sólo en uno de sus miembros hasta provocar el colapso, generalmente identificado como el CP, López Larrosa, (2003).

Existe otra situación importante que es la vulnerabilidad que trata de explicar el por qué unas personas en condiciones similares enferman y otras no, impresiona que ciertos acontecimientos vitales se relacionan con cambios físicos de las personas y la manifestación de enfermedad. Cuando la enfermedad presenta un curso recurrente, el

cuidado diario puede ser menor, pero exige que la familia sea capaz de reorganizarse al producirse una nueva crisis. La acumulación de estas transiciones puede destruir los recursos de la familia.

Existen otras situaciones que también producen incertidumbre en la familia y en el paciente, como lo es la impredecibilidad de los síntomas, la remisión, la recurrencia, o el que la condición de la enfermedad sea poco manifiesta, donde los síntomas no dejan huella externa física, con lo que a veces no se les cree que esté sufriendo la persona, como pueden ser las que se asocian con el impacto a las interacciones evolutivas, López Larrosa, (2003).

Es importante destacar que las familias donde está presente la enfermedad crónica se enfrentan a los mismos retos que las familias donde no está presente la enfermedad crónica, ya que además de las dificultades financieras, la pérdida de la privacidad de la familia, las relaciones con los servicios y terceras personas, las tensiones del cuidado pueden llegar a presentar un estado crítico de angustia. Ante las situaciones anteriormente expuestas, se enfrenta el reto de diseñar un Programa Psicoeducativo, para CP de pacientes con TLP. Teniendo como objetivo: promover cambio de actitudes con respecto al padecimiento y ante el paciente a través de procesos de autocrítica, desculpabilización, la universalidad de las enfermedades mentales crónicas y la desmitificación; para propiciar que los CP identifiquen sus emociones y encuentren explicaciones de sus reacciones. Así como, disminuir los niveles de ansiedad y estrés en los participantes.

Cabe señalar que para el diseño, elaboración, ejecución y evaluación de un programa de intervención psicoeducativa, se deben contemplar los postulados de la OMS:

El Informe de la OMS, plasma catorce Mensajes Fundamentales de la Trascendencia de la Adherencia Terapéutica,⁷ de los cuales se retoman tres mensajes que fundamenta

⁷A continuación se enlistan los 14 Mensajes Fundamentales para la Adherencia Terapéutica de acuerdo a la OMS: "La adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial, de alarmante magnitud; la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente crece a medida que se incrementa la carga de la enfermedad crónica a escala mundial; las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente a los tratamientos a largo plazo ofrecen resultados de salud a mayores costos sanitarios; la mejora de la adherencia terapéutica también aumenta la seguridad de los pacientes; la adherencia terapéutica es un modificador importante de la efectividad del sistema de salud; aumentar la efectividad de las intervenciones sobre adherencia terapéutica puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos; los sistemas de salud deben evolucionar para afrontar nuevos retos; Los pacientes necesitan apoyo, no que se les culpe; La adherencia terapéutica es influida simultáneamente por varios factores; Se necesitan intervenciones adaptadas a los pacientes; La adherencia terapéutica es un proceso dinámico que debe seguirse; Los profesionales de la salud deben adiestrarse en la adherencia terapéutica; la familia, la comunidad y las organizaciones de pacientes: un factor clave para el éxito en la mejora de la adherencia terapéutica. La adherencia terapéutica requiere un enfoque multidisciplinario". OMS, (2004: XI-XII).

la investigación en comento: adherencia terapéutica, trabajo interdisciplinario y grupo familiar primario como un aliado en el proceso de atención. Con la finalidad de lograr una intervención eficaz y eficiente, es importante concebir los tres mensajes referidos de manera sistémica, motivo por el cual el diseño de nuevas estrategias para trabajar a favor de la rehabilitación del paciente y de todos los integrantes de la familia, debe traer consigo un beneficio individual y grupal; es decir, desde el principio de la circularidad en los fenómenos, al desarrollar un programa psicoeducativo para CP de pacientes con TLP, se está construyendo un aliado para que el paciente cumpla con las indicaciones de los profesionistas de la salud. Para lograr esta finalidad, se trabaja en forma directa con los CP para fomentar la aceptación de la enfermedad del paciente, y con ello comprender los factores que se involucran y afectan con la presencia del TLP en un miembro de la familia, evitando de esta manera el sabotaje familiar, fenómeno que puede ser objeto de estudio para otra investigación.

Para incidir en la adherencia terapéutica se tiene que trabajar paralelamente con la participación de la familia, principio clave de la filosofía de la OMS, concibiendo a ésta como un sistema, concepción fundamentada desde los principios de la Teoría General de Sistemas⁸, la cual es una de las aportaciones intelectuales más importantes que se hayan construido en el siglo XX, creada tal vez en respuesta de las limitaciones e inaplicabilidad de los enfoques analítico-reduccionistas y sus principios mecánicos causales. Dicha teoría plantea la necesidad de visualizar el fenómeno desde una perspectiva holística; con la finalidad de comprender en forma integral el fenómeno, así como para diseñar un abordaje pertinente de la situación existente, en busca de soluciones y planteamientos adecuados.

Bertalanffy, (1976), fundamenta con su teoría que al propiciar cambios en un elemento del sistema, todo el sistema sufrirá alguna modificación; entonces, al implementar una intervención psicoeducativa con uno de los subsistemas – el Cuidadores Primarios-, se generará un fenómeno multidimensional al interior de la familia, teniendo como resultado la adherencia terapéutica para mejorar la interacción familiar, y por consecuencia, impactar en el estado emocional del Cuidadores Primarios, disminuyendo los niveles

⁸El biólogo Ludwig Von Bertalanffy (1901-1972) fue quien acuñó el concepto Teoría General de Sistemas (TGS). Argumentó que debería de construirse un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales y ser al mismo tiempo, un instrumento básico para la formación y preparación de científicos.

de estrés y ansiedad, ambas circunstancias se darán como respuesta al trabajo y corresponsabilidad del CP, equipo de salud, y paciente, en el cuidado de la salud mental.

La modalidad de esta propuesta psicoeducativa consiste en proporcionar información sobre el Trastorno Límite de la Personalidad e implementar técnicas basadas en la teoría psicodramática que sostiene que al experimentar la espontaneidad durante la escenificación de las vivencias más significativas, comprenderán el rol de CP, y paralelamente ellos, podrán entender el padecimiento y ser tolerantes con la persona que lo presenta, así como vivir un proceso simultáneo de introyección⁹ de componentes nuevos que les permita modificar actitudes.

La experiencia psicoeducativa más cercana a esta propuesta, se hizo en España, donde se ha trabajado con familiares de pacientes con TLP a través de talleres, que han logrado magníficos resultados para la mejora en la salud mental familiar,¹⁰ la experiencia que se comparte no precisa que técnicas se utilizaron.

Para el diseño de un Programa Psicoeducativo se recomienda tomar en cuenta las siguientes etapas, sin embargo, éste deberá modificarse de acuerdo a la población objetivo a la que se destine, (Ver Tabla 2).

A continuación se describen las doce sesiones que conformaron el Programa Psicoeducativo para Cuidadores Primarios de Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (PPCPPTLP), en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, (Ver Tabla 3).

⁹La introyección “es un proceso psicológico por el que se hacen propios: rasgos, conductas u otros fragmentos del mundo que nos rodea, especialmente de la personalidad de otros sujetos. La identificación, incorporación e internalización son términos relacionados “. [Fecha de acceso 10/09/2009]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Introyecci%C3%B3n>.

¹⁰[Fecha de acceso 28/02/2008].<http://www.idealist.org/if/i/es/av/Program/85711-34> (ALAI-TP)
Asociación Levantina de Ayuda e Investigación de los Trastornos de Personalidad (ALAI-TP), Bergoña, España, 2008

PROGRAMA	SITUACIONES A CONSIDERAR
DISEÑO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Responder a la necesidad sentida de familiares que acuden al Servicio de Consulta Externa (SCE) del HPFA. ➤ Clasificar las demandas expresadas por los familiares en la entrevista de primera vez en el área de Trabajo Social en el SCE del HPFA. ➤ Indicar especificaciones de la problemática en la dinámica familiar de pacientes con TLP. ➤ Definir los criterios de inclusión y exclusión de la población beneficiaria. ➤ Precisar las habilidades cognitivas, técnicas y actitudinales de los profesionales del equipo de salud, para aplicar el Modelo de Psicoeducación, como: conocer las especificaciones diagnósticas del padecimiento; experiencia en el trabajo con grupos psicoeducativos y en la aplicación de técnicas didácticas y psicodramáticas; contar con herramientas teóricas sistémicas que permitan una intervención circular; manifestar una actitud de respeto, tolerancia y retroalimentación para la población beneficiaria e integrantes del equipo de salud. ➤ Capacitación del equipo de salud a través de técnicas de instrucción expositivas, demostrativas (modelaje-técnicas psicodramáticas) y de diálogo-discusión (lluvia de ideas, discusión de grupos, etcétera).
ELABORACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar investigación documental de intervención psicoeducativa con familiares de pacientes diagnosticados con TLP o algún tipo de trastorno psiquiátrico. ➤ Analizar los resultados de la única experiencia psicoeducativa localizada en ALAI-TLP en Bergoña, España (2008), dirigida a familiares de pacientes con TLP. ➤ De acuerdo a la experiencia profesional, y con la finalidad de obtener resultados óptimos en la población objetivo, el equipo de salud decidió utilizar en la ejecución del programa psicoeducativo, la aplicación de técnicas psicodramáticas. ➤ Definir los objetivos del Programa. ➤ Especificar metas a alcanzar. ➤ Determinar el número de sesiones para cubrir los objetivos, y la duración de las mismas. ➤ Seleccionar y distribuir contenidos temáticos. ➤ Enlistar los requerimientos humanos, materiales y logísticos necesarios para la aplicación del Programa. ➤ Crear el material y recursos didácticos de cada sesión contemplada en el Programa.
EJECUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestionar con las autoridades del HPFBA la autorización para la ejecución del Programa Psicoeducativo para familiares con pacientes con TLP. ➤ Tramitar con el Jefe de Servicio de Consulta Externa el espacio requerido para implementar el Programa en comento. ➤ Conformar una base de datos de CP de los pacientes que acuden a consulta en el servicio mencionado. ➤ Convocar a los CP al primer grupo psicoeducativo específico para tratar integralmente el TLP. ➤ Ejecución de 12 sesiones contempladas en el Programa Psicoeducativo.
EVALUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Organización de la evaluación inicial, formativa y final del Programa. ➤ Diseño y aplicación de instrumentos de evaluación inicial y final. ➤ Selección y aplicación de escalas validadas: Escala de Trauma de Davidson (DTS) y Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS). ➤ Aplicación de evaluación formativa a través de técnicas de diálogo-discusión y análisis de contenido, a partir de grabaciones de las sesiones grupales.
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilización del paquete estadístico intitulado SPSS para sistematizar los resultados cuantitativos obtenidos durante el proceso, a través de la estadística inferencial y descriptiva. ➤ Análisis de contenido de la información recabada durante las sesiones, a partir del material transcrito, retomando los testimonios más significativos de los CP. ➤ Clasificación de los datos obtenidos para identificar las actitudes persistentes en los CP hacia los pacientes con TLP.

Tabla 2

A continuación se describen las doce sesiones que conformaron el Programa Psicoeducativo para Cuidadores Primarios de Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (PPCPPTLP), en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, (Ver Tabla 3).

ETAPA	SESIÓN	OBJETIVO
PRIMERA ETAPA (COHESIÓN GRUPAL) En esta etapa se estimula la cohesión y pacto grupal a partir del problema común generándose en los participantes un sentimiento de pertenencia.	Primera sesión	Realizar el encuadre de trabajo, puntualizando los propósitos y alcances del programa por parte del equipo de salud.
	Segunda sesión	Promover la interacción entre los integrantes del grupo; identificación de la relación entre expectativas individuales y propósitos del programa, así como incidir en acciones concretas para el rompimiento de las resistencias.
	Tercera sesión	Esclarecer a través de un proceso de retroalimentación, el desarrollo complejo para llegar al diagnóstico de TLP y explicar cómo se construye el rol de CP; así como descubrir la posición que mantiene el paciente en la interacción familiar.
	Cuarta sesión	Explicar la función biopsicosocial de la familia y dar continuidad al proceso de cohesión. Promover la identificación de los vínculos de dependencia que han construido los CP para ejercer control y poder.
SEGUNDA ETAPA (TRABAJO GRUPAL) El objetivo es trabajar cinco áreas de la dinámica familiar: comunicación afectiva, comunicación verbal, manejo de conflictos, habilidades de negociación y habilidades para el establecimiento de límites, con la finalidad de mejorar la interacción familiar.	Quinta sesión	Focalizar temas familiares a través de la aplicación de técnicas psicodramáticas; identificar los valores familiares propios y los ajenos. Paralelamente se explica la relevancia, naturaleza e impacto de los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos en la atención del TLP.
	Sexta sesión	Identificar los roles que desempeñan en la dinámica familiar los CP; promover la responsabilidad de las acciones y sentimientos; y fomentar la relación empática a través de la comunicación. Trabajar la diferencia entre protección y sobreprotección.
	Séptima sesión	Implementar escenificaciones psicodramáticas ficticias para identificar el desempeño de roles de los CP; y buscar nuevas opciones en el desempeño.
	Octava sesión	Escenificar un problema real de los CP de pacientes con TLP e identificar las diferentes emociones que se producen ante un evento relacional. Aclarar la diferencia entre roles rígidos y flexibles, así mismo la diferencia entre flexibilidad e inestabilidad.
TERCERA ETAPA (CIERRE) El objetivo es concluir paulatinamente, el proceso psicoeducativo, a través de la validación de los aprendizajes significativos expresados por los integrantes; así como la identificación de áreas de oportunidad que trabajarán en su cotidianidad.	Novena sesión	Identificar los roles a través de la escenificación y analizarlos en función de la negociación y manejo de conflictos, con las participaciones de CP, en concordancia con la conducta inestable del familiar con TLP, el público analizará, a través de su propia experiencia, los resultados de la interacción.
	Décima sesión	Crear una escena donde se dé realce a las diferentes formas de establecer límites por parte de los CP.
	Décima primera sesión	Evaluar el programa a partir de lo que cada integrante expresa en función de lo aprendido y promover la toma de decisiones en los CP, para buscar alguna alternativa terapéutica de acuerdo a la demanda expresada durante el desarrollo del programa.
	Décima segunda sesión	Proporcionar opciones institucionales para tramitar atención individual o familiar que deseen tomar los CP. Aplicación de los instrumentos de evaluación final.

Tabla 3

CAPÍTULO 2.

EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

2.1 Antecedentes del diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad

El concepto formal del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es relativamente nuevo en el campo de la psicopatología. Apareció en el Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM) publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría hasta 1980 (DSM-III).

Una vez logrado el estatus oficial de “*trastorno de personalidad*”¹¹, es cuando se incrementa el interés por esta patología. Este estatus se logró a partir de salvar grandes controversias y disputas iniciadas en los años setenta. La nomenclatura oficial y criterios diagnósticos, se acordaron mediante compromisos entre los diferentes Modelos de Intervención y atendiendo a datos empírico-descriptivos.

Sin embargo, la característica “*Límite*” fue reconocida desde principios de siglo XX. En 1938 fue utilizado por primera vez el término “*borderline*” por Stern, (1938), para identificar a un grupo de pacientes externos que no obtenían provecho del psicoanálisis clásico y que no encajaban en las categorías estándar de “*neurótico*” o “*psicótico*”. La psicopatología en ese tiempo estaba conceptualizada como un continuo: “*normal*”, “*neurótico*”, “*psicótico*”. Durante algunos años el término “*bordeline*” fue usado de forma coloquial por los psicoanalistas, para describir pacientes que aún teniendo serios problemas de funcionamiento, no entraban en las categorías diagnósticas utilizadas en ese momento, y eran difíciles de tratar con métodos convencionales.

No obstante, la heterogeneidad de la población denominada “*borderline*” dio pie a la aparición de diversas teorías explicativas: El modelo biológico, que considera que el

¹¹Puede hablarse de Trastorno de Personalidad cuando el conjunto de rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria, presenta una variante que va más allá de lo habitual en la mayoría de las personas, entonces los rasgos de personalidad se muestran inflexibles y desadaptativos que causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. Kaplan, (1999).

trastorno representa un conjunto de síntomas clínicos, cada uno con un origen, curso y pronóstico propio. Propone tres subtipos de borderline: uno relacionado con la esquizofrenia, otro con los trastornos afectivos y el tercero, con trastornos cerebrales orgánicos.

Posteriormente Grinker en 1968, establece cuatro subgrupos de pacientes borderline, como si describiera un continuo desde el border psicótico hasta el border neurótico. Patiño, (1997:233).

Subtipos de pacientes borderline de Grinker
Tipo I: El border psicótico. <ul style="list-style-type: none">A. Conducta desadaptada e inapropiada.B. Problemas con la prueba de realidad y sensación de la identidad.C. Conducta negativa y expresión abierta al enojo.
Tipo II: Síndrome borderline central. <ul style="list-style-type: none">A. Afecto negativo general.B. Compromiso vacilante con otros.C. Actuación del enojo.D. Identidad propia inherente.
Tipo III: Grupo “ <i>como si</i> ” <ul style="list-style-type: none">A. Tendencia a copiar identidad de otros.B. Falta de afecto.C. Conducta más adaptada.D. Relaciones carentes de genuinidad y espontaneidad.
Tipo IV: Border neurótico. <ul style="list-style-type: none">A. Depresión analítica.B. Ansiedad.C. Rasgos neuróticos narcisistas.

Tabla 4

Grinker en 1968, identificó denominadores comunes en el Síndrome Borderline, que se encuentran presentes sin importar el subtipo, como son: a) enojo frenético, b) defectos en las relaciones interpersonales, c) identidad cambiante, d) depresión prevalente, además este autor encontró que estos pacientes no progresaban a esquizofrenia. Patiño, (1997).

En el modelo psicoanalista ya menos ortodoxo, la figura de Kernberg, (1975),¹² tuvo mucha importancia en el camino hacia la conceptualización del TLP. Como resultado de sus estudios se fue hablando cada vez más de una “*estructura de personalidad borderline*” como algo estable y diferenciable, tanto de la neurosis (por la especial combinación y fluctuación de síntomas), como de la psicosis (episodios menos intensos y más cortos ligados a factores estresantes, manteniendo el contacto con la realidad); y que por tanto, esta estructura iba adquiriendo identidad propia.

El tercer modelo es el “*ecléctico-descriptivo*”, también seguido por el DSM-IV. Es de destacar la obra de Gunderson, (1980); que desarrolló la entrevista diagnóstica del trastorno borderline (DIB), utilizada actualmente para diagnosticar el trastorno en pacientes que son objeto de estudios clínicos. El DIB y el DSM-IV recogen los criterios más recientes para definir el TLP.

El cuarto modelo está basado en la teoría biosocial del aprendizaje, propuesta por Millon, (1981); según su teoría, el patrón borderline de la personalidad resulta del deterioro de patrones previos no tan graves. Millon hace hincapié en los diferentes antecedentes y anamnesis de los pacientes borderline. Propone la interacción recíproca de factores biológicos y aprendizaje social en el origen del trastorno.

El quinto es el modelo cognitivo, éste considera al trastorno como resultado de esquemas y patrones cognitivos disfuncionales. Beck, (1990) es su mayor representante.

¹²Otto Kernberg, caracterizó a los pacientes borderline desde una perspectiva psicoanalítica, acuñando el término de organización borderline de la personalidad, para abarcar un grupo de pacientes que mostraban patrones característicos de: debilidad del yo, operaciones defensivas primitivas y relaciones de objeto problemáticas, además de observar una variedad de síntomas como lo son: ansiedad flotante y difusa, síntomas obsesivos-compulsivos, tendencias paranoides, reacciones disociativas, preocupaciones hipocondríacas, síntomas de reconversión, sexualidad perverso-polimorfa y abuso de sustancias. Kernberg estipulaba que el diagnóstico descansaba en un análisis estructural del paciente, el cual revelaba cuatro rasgos clave: 1. Manifestaciones no específicas de debilidad del yo. 2. Tendencia hacia el proceso primario de pensamiento. 3. Operaciones defensivas específicas. 4. Relaciones de objeto patológicas internalizadas.

Linehan, (1993), desarrolló la teoría dialéctica: sostiene que la mayoría de los comportamientos del paciente con TLP se pueden explicar como resultado de errores dialécticos (o de diálogo) entre los polos opuestos en los que a menudo se mueve el borderline. Un ambiente invalidador es considerado como uno de los factores que contribuyen al desarrollo del TLP. La propuesta de Linehan difiere en algunos aspectos de los modelos cognitivo, conductual y biológico clásico, debido a que supone un original y prometedor abordaje terapéutico.

En los modelos comentados predomina la visión de la causalidad (causa-efecto), sin embargo para efectos de este trabajo se retoma la visión de Bernard, (1859), quien planteó otro abordaje, fundamentado en la Teoría General de Sistemas, donde se concibe al organismo como un todo complejo e integrado, que enferma cuando se desequilibra la interacción entre sus subsistemas.

Otro autor, que aporta sobre esta misma perspectiva teórica es García Toro, (1997), quien explica que los marcos conceptuales holísticos, dinámicos basados en la causalidad circular, suponen un mecanismo de acción terapéutico modesto y menos específico. Lo que permite que el manejo terapéutico ayude al organismo, en la medida en que éste, corrija el desequilibrio en los subsistemas donde se localiza la enfermedad.

Ante la complejidad de la enfermedad mental y específicamente del TLP, se reitera como alternativa para la atención de CP con familiares diagnosticados con este padecimiento, el diseño y aplicación de un Programa de Educación para la Salud, de corte psicoeducativo, que por definición es la estrategia idónea para enfrentar el reto en el cambio de creencias y actitudes; entendiendo que: Educación para la Salud, “... es una disciplina formal que genera procesos sociales permanentes, y de acciones intencionales capaces de influir favorablemente en los comportamientos, actitudes, valores y prácticas de las personas para lograr comportamientos sanos, tendiendo al auto cuidado de su salud integral”, García Viveros, (1994:57); situación que fomentará la adherencia terapéutica hacia los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, lo que se torna factible porque el sujeto de intervención son los CP, razón por la cual las investigaciones y publicaciones entorno al TLP están en un buen momento de auge, lo cual da buenas perspectivas para brindar mejores alternativas de tratamiento.

2.2 Generalidades del Trastorno Límite de la Personalidad

Dentro de la psiquiatría, el TLP impone un gran reto para su diagnóstico, así como para su tratamiento psicoterapéutico como psicofarmacológico. Estos pacientes presentan alteraciones en su personalidad, que no les permiten adaptarse adecuadamente a su entorno, generando así múltiples problemas en sus interacciones personales.

En el ámbito de lo cognitivo, el proceso a través del cual se alcanza una visión nueva y distinta de nosotros mismos, es un conocimiento personal que se adquiere a través de un proceso intransferible, donde hacemos consciente lo que está en nuestro inconsciente; para activar este aprendizaje, se requiere control sobre la descarga de los afectos, es decir, el paciente debe ser capaz de aceptar afectos displacenteros.

La introspección intelectual en el paciente se produce cuando es capaz de reconocer que está enfermo y se da cuenta de que sus problemas de adaptación se deben, en parte, a sus sentimientos irracionales. La verdadera introspección emocional se logra, cuando el paciente a través de procesos psicoterapéuticos prolongados, comprende sus motivaciones y sentimientos profundos, lo que le permite cambiar patrones de conducta. Sin embargo, el paciente puede expresar absoluta negación de la enfermedad y echar la culpa a otro, incluyendo factores externos orgánicos e incluso adjudicarlo a algo desconocido y misterioso que está en su interior.

Gunderson, (1991); identificó rasgos específicos, basados en la investigación con características descriptivas: pensamiento casi- psicótico, automutilación, esfuerzos manipulativos suicidas, preocupación acerca del abandono, demandante-pretencioso, regresiones terapéuticas y dificultades en la contratransferencia. También suelen presentar defensas aloplástica¹³, reaccionando al estrés mediante el intento de cambiar el ambiente exterior; mientras que los enfermos neuróticos presentan defensas autoplásticas y reaccionan al estrés cambiando sus procesos psicológicos internos, base de su sintomatología.

¹³Términos que califican dos tipos de reacción o de adaptación, el primero de los cuales consiste en una modificación del organismo solo, y el segundo en una modificación del medio ambiente. Los términos «auto-» y «aloplástico» se emplean a veces en psicoanálisis, en el marco de una teoría del campo psicológico definido por la interacción del organismo y su ambiente, con el fin de distinguir dos tipos de operaciones, una dirigida hacia el propio sujeto y comportando modificaciones internas, y la otra hacia el exterior". [Fecha de acceso 11/05/2009]. Disponible en: <http://www.tuanalista.com/Diccionario-Psicoanalisis/4240/Autoplastico-aloplastico.htm>

La prevalencia del TLP en la población mundial está estimada entre el 9 y 10 %; cabe señalar que este padecimiento se diagnostica con mayor incidencia en mujeres (75 %). Asociación Psiquiátrica Americana, (1995). En México se reporta una prevalencia del 3.7% entre la población general, Biagini, (2005); y en la población clínica, entre el 15 y el 25%, Patiño, (1997); porcentajes con los que concuerdan los datos de la prevalencia del SCE del HPFBA que fluctúan entre el 17 y 19% “. (Ver Introducción del presente trabajo).

La Psiquiatría cuenta con dos manuales de diagnóstico: el CIE-10¹⁴ y en el DSM IV-TR. Los trastornos de la personalidad están codificados en el eje II¹⁵ del DSM IV-TR de la siguiente forma:

Grupo A (Cluster¹⁶ A, trastornos excéntricos).

- Trastorno paranoide de la personalidad.
- Trastorno esquizoide de la personalidad.
- Trastorno esquizotípico de la personalidad.

Grupo B (Cluster B, trastornos dramáticos, emotivos o inestables).

- Trastorno histriónico de la personalidad.
- Trastorno antisocial de la personalidad.
- Trastorno narcisista de la personalidad.
- Trastorno Límite de la Personalidad.**

Grupo C (Cluster C, trastornos ansiosos).

- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
- Trastorno de la personalidad por dependencia.
- Trastorno de la personalidad por evitación.
- Trastorno de la personalidad no especificado.

¹⁴“La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud (en inglés ICD, siglas de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) y determina los códigos utilizados para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y recibir un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Cada una de tales categorías puede incluir un grupo de enfermedades similares”. [Fecha de acceso 11/05/2009]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Lista_de_c%C3%B3digos_CIE-10.

Los pacientes con TLP, ubicado en el Grupo B, frecuentemente requieren tratamiento ambulatorio a largo plazo u hospitalizaciones, por presentar generalmente, mal funcionamiento en su vida, Díaz, (2000). Estos pacientes realizan intentos suicidas recurrentes; 10% de ellos mueren por tal causa, además de tener alta comorbilidad con trastornos afectivos y uso de sustancias. Winokur, (1985) y Torres, (2002).

El TLP, también llamado Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad en la Clasificación Estadística Internacional de los Trastornos Mentales (CIE-10), describe la gama de síntomas específicos, que constituyen una variante alejada de lo que es habitual en la mayoría de personas, en cuanto al conjunto de rasgos emocionales y conductuales constitutivos de la forma de ser. Además en este trastorno de personalidad, dichos rasgos son inflexibles y dificultan la adaptación del individuo al medio en el que vive, tomando en consideración, que muchos de los casos tienden a la cronicidad.

Siempre han existido personalidades que difícilmente se les podría ubicar como neuróticas o como psicóticas. Estas personalidades están predispuestas al desarrollo de psicosis reactivas pasajeras (crisis micropsicóticas). Mantienen una situación ambivalente entre el deseo de la cercanía y la necesidad de apartarse, por ello además de otras causas, pueden sufrir depresión crónica; por tanto, el DSM IV- TR establece los siguientes criterios:

¹⁵Los cinco ejes de la clasificación multiaxial del DSM-IV-TR:
Eje I Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
Eje II Trastornos de la personalidad. Retraso mental.
Eje III Enfermedades médicas.
Eje IV Problemas psicosociales y ambientales.
Eje V Evaluación de la actividad global.

¹⁶[Fecha de acceso 11/09/2009]. Disponible en: http://www.psicocarea.org/dsm_iv.htm.
Los trastornos de la personalidad se encuentran divididos (dependiendo de la fuente que se consulte o de la escuela psicológica que se estudie, puede variar, pero la reconocida oficialmente es la presentada en el DSM-IV TR) en tres grandes grupos o clusters. Dichos grupos a su vez, presentan características similares entre los diferentes trastornos que se encuentran agrupados bajo cada uno de los clusters. Disponible en: <http://www.psicocarea.com/cie10/cie1.htm> . "Cluster es un sistema pensado con finalidad básicamente epidemiológica, por este motivo es menos precisa y por esto mismo, permite mayor juego en la apreciación clínica". [Fecha de acceso 11/09/2009]. Disponible en: http://www.psicocarea.org/dsm_iv.htm

Criterios diagnósticos según el DSM IV-TR, para TLP.

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, a la autoimagen y la afectividad, una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican, con cinco o más de los siguientes ítems:

- A. Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginado.
- B. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre la devaluación y la idealización.
- C. Alteración de identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- D. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo.
- E. Comportamiento, intento o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
- F. Inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo.
- G. Sentimientos crónicos de vacío.
- H. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla.
- I. Ideación paranoide transitoria relacionada con estrés o síntomas disociativos graves.

Tabla 5

Es importante puntualizar que el TLP es un diagnóstico complejo que puede presentar comorbilidad psiquiátrica y/u orgánica, así como dificultades importantes en su funcionamiento social, estas personas disfrutan de pocas satisfacciones debido a su baja calidad de vida; por ejemplo, el TLP puede coexistir con un trastorno de la personalidad narcisista, histriónico, esquizotípico o antisocial. Cloninger, (1993); y Kaplan, (1999).

2.3 Probables causas biopsicosociales del Trastorno Límite de la Personalidad

Se han propuesto diversos factores que se han relacionado con las causas del desarrollo de TLP, Díaz, (2000). Se cree que los factores causales del trastorno pueden ser multifactoriales: entre ellos, niveles bajos de serotonina en el sistema nervioso central; falta de apego temprano por maltrato infantil; alteraciones en los procesos de separación-individuación; o ser sujeto de abuso sexual en edad temprana, Biagini, (2005). Se señalan aspectos genéticos sobre el trastorno, encontrando una concordancia del 7 al 35% entre gemelos dicigotos y homocigotos respectivamente, además de disfunciones cerebrales principalmente a nivel fronto-límbico; así como en el área orbito-frontal, dorso-lateral y pre-frontal de la corteza, esto hasta el momento no ha sido contundentemente comprobado, Bobes, (2004).

Neuro-biólogos, fisiólogos y patólogos, contemporáneos, como: Oliver Sacks, Antonio y Hannah Damasio, Louis Cozolino, V. S. Ramachandran, han realizado investigaciones que aportan elementos para contribuir a la perspectiva, de que el funcionamiento neurológico es una causal del TLP.

Kandel, (2001), ha brindado aportaciones de demostración científica a la psicoterapia, quien reafirma que es innegable que estímulos ambientales modifican la fisiología cerebral y bajo la misma lógica neuroplástica, estímulos brindados en psicoterapia brindan una respuesta similar.

El TLP, cuenta con constructos caracterológicos, fenomenológicos y su correlación neurobiológica. Como son las experiencias vitales adversas tales como “*abuso sexual y físico*” ambientes hostiles o circunstancialidad desfavorable, en especial de forma crónica, pueden activar el sistema hipotálamo-pituitario-adrenal. Los esteroides adrenales interactúan con el sistema serotoninérgico; los cortico esteroides generan un proceso llamado: *dow-regulation* de los receptores serotoninérgicos; la acción parasimpaticolítica en conjunto con incrementos dopaminérgicos y bloqueo, donde es capaz de inducir síntomas disfóricos (depresión, tensión, ansiedad, irritación, agresividad verbal y física, y agitación psicomotora) y disociativos en los pacientes con TLP. Esta respuesta mediada por el sistema colinérgico en las regiones para límbicas.

Los niveles de 5-HIAA metabólico de la serotonina; están reducidos en el líquido cefalorraquídeo (LCR) en respuesta al bloqueo crónico durante el desarrollo cerebral y mediado por productos esteroideos. Estudios por imágenes detallan una reducción de la respuesta serotoninérgica en las áreas límbicas posterior a la descarga afectiva; reducción de la triptófano hidroxylasa, y del transportador de serotonina, cambio en los receptores 5-HT1b, 5-HT1a, 5-HT2a los cuales están asociados a impulsividad. Los pacientes con TLP pueden hacer una descompensación paranoica, con ideas delirantes de referencia, que los hace presentar conductas agresivo- impulsivas ante estímulos afectivos por el incremento de dopamina, en áreas límbicas y para-límbicas.

Aunado a los factores neurobioquímicos que presenta al nacer la persona diagnosticada con TLP; la falta de apego temprano generada por la insensibilidad en sus progenitores, explica la aparición de los síntomas de este diagnóstico, que algunos autores han

intitulado la Teoría de la Negligencia Emocional, la cual se explicará con detalle en otro apartado. No obstante, es importante resaltar que existen pacientes con patologías totalmente diferentes aunque presenten historias similares, pero sólo una porción de éstos, al tener apegos parentales pobres desarrollarán TLP.

En este orden de ideas, Paris, (1993) refiere que la aparición del TLP probablemente se deba a la participación del componente biológico aunado a ciertas deficiencias durante la crianza. Este autor, las clasifica en cuatro posibilidades: la primera de ellas se enfoca en que los problemas en el apego con los padres serán más severas en pacientes con TLP que en aquellos que no tienen el trastorno; una segunda posibilidad podría ser que se presente en una etapa específica en el desarrollo del TLP, una alteración, como podría ser una falla en la crianza o en un estadio durante el cual, el niño fuera específicamente sensible, lo cual es difícil de comprobar por ahora; la tercera perspectiva refiere la interacción entre la vulnerabilidad constitucional y la experiencia infantil. Y por último, si llegara a resultar alguno de los hijos con TLP, podría ser: a) más vulnerable a la falla parental por un incremento de la insensibilidad; b) presentar una necesidad inusitada al afecto parental que no podría ser dada por padres negligentes o; recibir menos afecto por una baja socialización. Es decir, los factores constitucionales podrían producir una respuesta patológica ante la negligencia, esta puede ser la inestabilidad afectiva y/o impulsividad combinada con un componente biológico en uno de los hijos que presente el TLP.

Es posible que dicha falla en el apego parental entre los padres y pacientes con TLP, pudiera darse en la interacción con otros traumas específicos de la infancia. Las interacciones pudieran actuar de dos maneras, en abuso físico y sexual; que pudieran producir problemas en el apego, o el abuso podría ser el resultado, de un inadecuado apego que imposibilita el desarrollo del autocuidado, probablemente se deba a la dificultad para leer o interpretar una relación afectiva sana de una relación afectiva de abuso, por los códigos afectivos poco claros que se han incorporado durante el desarrollo y por la relación parental de insensibilidad.

También Masterson, (2000), observa que este tipo de pacientes crecen con una madre diagnosticada con TLP. Aclara que la madre habiendo sido incapaz de separarse de su respectiva madre, promueve la relación simbiótica con su hijo, o desea tener una

relación de sobreprotección, que favorece la persistencia de la dependencia a fin de mantener su propio equilibrio emocional, siendo incapaz de manejar la individualidad emergente del hijo, pues esto la amenaza, para tal objetivo, despersonaliza al hijo, no puede verlo tal como es, sino que proyecta sobre él, la imagen de uno de sus padres o de una hermana o hermano, percibe a su hijo como un niño perpetuo, o como un objeto, y lo usa para defenderse contra sus propios sentimientos de abandono.

Los padres con negligencia emocional en consecuencia, serán incapaces de responder a la individualidad en el desarrollo del niño, comportándose negligentes afectivos y éste aprenderá a dejar de lado algunas de sus propias potencialidades, para preservar su fuente de suministros, que está en la madre. Entonces, tiende la madre aferrarse a su hijo para impedir la separación, devaluando todo avance hacia la individualización y el desarrollo autónomo, mediante el retiro de su apoyo y la sobreprotección, por lo que interfiere con la separación para mantener a su hijo cerca de ella, estas acciones se intensifican durante la fase de separación- individualización, Basili, (1992). Según esta teoría, entre las edades de uno y medio y tres años, se desarrolla un conflicto en el niño, entre su propio impulso evolutivo hacia la separación-autonomía y la ambivalencia en el retiro de los suministros emocionales y la sobreprotección por parte de su madre, debido a su negligencia emocional.

Para el desarrollo emocional del ser humano se debe considerar la unión psicológica entre el niño y la persona que lo cuida, por lo general resulta ser su madre. El llanto y la risa son elementos de la comunicación afectiva que propician el contacto entre los niños y las personas que los cuidan. Es un vínculo que proporciona una base emocional segura, a partir de la cual se desarrollan las relaciones maduras. Diversas investigaciones demuestran que un vínculo inadecuado, dificulta el desarrollo social y emocional a lo largo de la vida; por ejemplo: si un niño es separado de su madre y tras esa situación no logra establecer otro vínculo seguro que sustituya el que construyó con ella, se perturbará su desarrollo posterior, Álava, (2004).

Ese conflicto inicial representa la cimiento de los sentimientos de abandono, sumamente típicos en los pacientes con TLP y cuyas consecuencias son de alto riesgo, Masterson, (2000). Al mismo tiempo se ha comprobado que no todos los pacientes con TLP, tienen madres con TLP, por lo tanto es importante ubicar la atención en la parentalidad como un factor condicionante o asociado en el desarrollo de este diagnóstico, y no como

determinante, y así mismo abrir la posibilidad de investigaciones al respecto, Bezirgianian, (1993). Por esta complejidad en la relación madre-paciente se recomiendan diversos abordajes terapéuticos para el desarrollo de potencialidades, como es la intervención grupal psicoeducativa.

Es probable que cuando se registren procesos traumáticos durante la infancia, como pueden ser abusos físicos, o mal nutrición, resulte un problema en el desarrollo y el comportamiento en la edad adulta. Las investigaciones han demostrado que dichas experiencias influyen en las actitudes hacia el proceso de aprendizaje, en el concepto que el niño tiene de sí mismo y en la capacidad para formar y mantener relaciones sociales y emocionales en el futuro, Álava, (2004).

Dentro de las manifestaciones clínicas de las enfermedades mentales podemos hablar de síntomas biológicos y psicosociales. Entre los primeros se habla de los síntomas y signos propios de la enfermedad que se trate. Entre los segundos se habla de síntomas y signos psicológicos, conductuales y sociales comunes a varias enfermedades, ya que básicamente se trata de la respuesta a la enfermedad. Ambos grupos de síntomas pueden ser desencadenados y exacerbados en frecuencia y severidad por algunos factores psicosociales que, al igual que la respuesta a la enfermedad, pueden adquirir la forma de varias entidades psiquiátricas y manifestarse como síndromes clínicos, específicos o no, que integran la comorbilidad psicosocial, y que se pueden presentar en forma individual o concurrente.

Dentro del estudio de la crianza de los hijos existe otra teoría llamada el apego seguro, la cual explica la importancia de la presencia del apego seguro y adecuado, Bowlby, (1993). Este autor explica que cuando se presenta una falla en el momento de proporcionar y desarrollar un apego seguro, conlleva a un sinnúmero de alteraciones psicopatológicas. Existe el fundamento en la literatura clínica y empírica de que la sobreprotección o bien, la falta de cuidado en los hijos pueden generar la enfermedad mental, Paris, (1989); y Parker (1996). Otro autor menciona que los pacientes con TLP, tienden a reportar que en su infancia veían a sus padres como anormales en su comportamiento, Gunderson, (1980).

Gómez, (2000), subraya que el trabajador social debe desarrollar habilidades y destrezas para evaluar los factores psicosociales de toda índole, que influyen en la

génesis y desarrollo de la enfermedad mental, haciendo hincapié en las relaciones cercanas de los individuos, es decir, con sus progenitores, hermanos, parejas, hijos, amigos significativos, etcétera, los que pueden constituir una red de apoyo para promover la salud mental.

2.4 Tratamiento integral

El tratamiento para pacientes con TLP se diversifica según pasa el tiempo, y como resultado tenemos un tratamiento multidisciplinario o interdisciplinario, de los cuales sus principales manejos son a base de psicoterapia en diversas modalidades, así como farmacoterapia, esto dependiente siempre de las características del paciente, atacando la sintomatología predominante para tratar de recuperar a funcionalidad constante, París, (2005).

Recientemente se ha reportado que algunas formas de hospitalización psiquiátrica, junto con psicoterapia psicoanalítica individual y de grupo, son superiores al tratamiento usual, Biagini, (2005). En Estados Unidos el 95% de los pacientes con TLP reciben terapia individual, el 56% terapia grupal, con lo que se ha observado estabilidad de la sintomatología y mejoría en la funcionalidad de los pacientes. Bobes, (2004).

El uso de psicofármacos puede tener alguna utilidad en estos pacientes, sin embargo debe recordarse que no siempre los resultados son los esperados, por lo que no se deben generar expectativas por parte del paciente, de la familia y ni del terapeuta, en base al tratamiento; además cuando muestra efectos no es de una forma considerable, por lo que se sugiere antes de iniciar tratamiento con cualquier fármaco, se le precise al paciente y al CP, que el medicamento va a tener algún efecto específico y gradual, Díaz, (2000). A pesar de estas observaciones la medicación se ha vuelto de manera creciente una parte estándar del plan terapéutico global para los pacientes con TLP. Las estrategias de medicación para los síntomas, blanco de los pacientes con TLP son: para síntomas de desregulación afectiva como el intento suicida recurrente, y para síntomas conductuales impulsivos como autolesiones y agresiones a otros, se indican los ISRS (Inhibidores selectivos de la re-captación de serotonina) y moduladores afectivos; para los síntomas cognitivo-perceptuales como alucinaciones o ideas delirantes, se indican los anti psicóticos convencionales a dosis bajas, Patiño, (1997).

Según la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (2007), el tratamiento de elección para pacientes con TLP es la psicoterapia conjuntamente con la farmacoterapia dirigida específicamente a cada síntoma. La psicoterapia individual a largo plazo es útil para los pacientes con TLP, pero hasta el 50% de los pacientes lo abandonan en los primeros 6 meses de tratamiento, Díaz, (2000). También se ha señalado que pacientes que asisten de manera constante a psicoterapia logran más estabilidad que los pacientes que no lo hacen, observándose en una menor necesidad de intervenciones psiquiátricas intensivas. DSM IV-TR (2007). La psicoterapia reduce la psicopatología y mejora la funcionalidad de los pacientes con TLP, con las que desalienta las conductas suicidas y las crisis afectivas manipuladoras, además de promover la reflexión y la creatividad como medios para resolver los conflictos interpersonales. Winokur, (1985).

Con los tratamientos ya mencionados y con la atención de los CP, a través de una intervención psicoeducativa, la cual se desarrollará ampliamente en el siguiente capítulo. No obstante los objetivos generales de esta intervención por parte del trabajador social son: a) incidir en el bienestar o mejora del paciente y de la familia, y b) lograr calidad de vida en el sistema.

CAPÍTULO 3.

LA PSICOEDUCACIÓN: UN MODELO DE INTERVENCIÓN

3.1 Intervención grupal

La intervención grupal permite ver la interacción del profesionalista y también la que se genera entre los integrantes del grupo, denominada “*proceso grupal*”. El trabajo con grupos implica el conocimiento de los fenómenos que se generan entre los integrantes, en donde los individuos funcionan de manera diferente porque al encontrarse dentro de un grupo, sus actitudes y respuestas se encuentran condicionadas por los demás; dando por resultado un ambiente grupal, como un todo que se encuentra dinámicamente formado por la interacción.

El diagnóstico grupal incluye la valoración de los mundos externos e internos del paciente y/o familiar, lo cual se descubre a través de la entrevista entre los integrantes del grupo y el facilitador (trabajador social), situación que permitirá focalizar el área de oportunidad que se tendrá que abordar en el trabajo grupal, con la finalidad de beneficiar a los integrantes. Por ello, en las instituciones de salud es importante la optimización de recursos, tanto de personal como de espacios, así como de la cobertura.

Situación que se puede observar en la modalidad grupal psicoeducativa, la cual permite brindar atención de calidad a un grupo conformado entre 10 y 15 personas, en un período de 90 minutos.

Además de lo ya comentado, existen otras ventajas institucionales para el establecimiento de trabajo grupal: A) para los integrantes del grupo: atención rápida, continente eficaz, reducción del tiempo de espera y acción preventiva. B) para los educadores de la salud: reducción del tiempo de trabajo y observación en condiciones realistas y preparatorias para una terapia ulterior, lo cual favorece una selección más eficaz y una derivación más precisa. C) para la institución: utilización adecuada y óptima de sus recursos humanos, materiales y tecnológicos, así como establecimientos de “puentes” en forma de trabajo grupal.

3.2 Generalidades de la intervención psicoeducativa ---

Existen diversas formas para desarrollar la Educación para la Salud, una de ellas es la Psicoeducación, que es una aproximación terapéutica que consiste en la administración sistemática de información específica acerca de una enfermedad, con el objetivo de mejorar el entendimiento de la misma y las conductas asociadas con ella, para lograr así, el entrenamiento en técnicas para afrontarla mejor, de acuerdo a las definiciones propuestas por: Hogarty, (1991) y Glick, (1994).

El concepto se fundamenta en el hecho de que el estado de salud y la educación, son dos instancias que necesariamente se implican, ya que el educar adquiere valor si consideramos que permite originar y/o desarrollar prácticas sanas que eviten daño a la salud (como una enfermedad). En caso de que ya se haya producido algún daño, permite conocerlo, comprenderlo y participar en su atención para limitarlo. También permite participar en la rehabilitación de las capacidades y funciones que el daño haya comprometido; por lo tanto la Psicoeducación se puede aplicar entre las actividades dirigidas a la prevención primaria, secundaria y terciaria.

Los Modelos de Atención Basados en la Psicoeducación (MABPE), están constituidos por aproximaciones integradas con los principios de la terapia cognitivo conductual, que son operacionales como las habilidades o competencias (conductas) para el manejo de un estresor, que en este caso sería el daño o la enfermedad y su tratamiento, Bauer, (1998). Dichas competencias son básicamente sus focos de atención. Estos modelos conllevan técnicas clínicas que educan acerca de la enfermedad (naturaleza, definición, factores de riesgo, epidemiología, etiología, síntomas, datos de agudizaciones o recaídas); también sobre las intervenciones diagnósticas, opciones de tratamiento y rehabilitación (beneficios, efectos secundarios, tipos de opciones). Así mismo, se trabaja sobre los recursos al alcance en el medio donde se realizará todo el proceso; sobre las consecuencias a nivel biológico y psicosocial del mismo, tomando en cuenta la libertad del enfermo para que acepte su aplicación, Leff, (1990).

Dentro de las aproximaciones terapéuticas, a los MABPE, se les podrían considerar también dentro de los manejos psicosociales, ya que reconocen que una enfermedad se da dentro de un ambiente social (familia, grupo social de pertenencia y/o comunidad),

dicho ambiente puede tener implicaciones en el origen, evolución y pronóstico de la misma enfermedad, Payton, (2003), pero también reconocen que ese ambiente puede funcionar como un agente terapéutico o factor de protección.

Por otro lado, con el advenimiento de los tratamientos comunitarios y el movimiento de la desinstitutionalización, se ha hecho de las familias, agentes principales del cuidado de sus integrantes enfermos, incorporando a esta red de apoyo, en el manejo médico y de rehabilitación de los pacientes. No obstante, esto puede incrementar la carga familiar y generar estrés en el ambiente familiar. Por tanto, se hace necesario que la familia de un enfermo también reciba atención y apoyo por parte de los servicios de salud, razón la cual en este trabajo, el objeto de estudio e intervención son los Cuidadores Primarios de los pacientes que tienen el diagnóstico de TLP.

El **objetivo general** de los MABPE se dirige a: educar al enfermo y a su familia, proporcionándoles conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento integral; favorecer el desarrollo o mejorar las habilidades de adaptación del enfermo y sus familiares a esas dos instancias; y facilitar sus capacidades para participar en forma activa y consciente en el tratamiento, considerando la responsabilidad que tiene cada una de las partes implicadas en ese proceso de atención (paciente-familia-equipo médico). Glick, (1994); Honig (1995); Fristad, (2002); Kernberg, (2003) y Colom, (2003). Todo esto finalmente, para lograr un adecuado manejo de la enfermedad y de la vida en sí misma, mediante la utilización de las capacidades del enfermo y su familia, aspecto que facilita el auto-cuidado y realza la individualidad. Payton, (2003). Idea que refuerza Vieta, (2002), al mencionar que un primer paso para aprender a vivir con una persona que padece una enfermedad, es conocer y comprender el padecimiento y sus repercusiones en el núcleo familiar; nueva visión de intervención interdisciplinaria en el campo de la Salud Mental.

Algunos de los **objetivos particulares** que se han planteado para los MABPE son:

1. Proporcionar información y conocimientos ordenados y sistematizados en forma clara, ágil, oportuna y cierta, sobre las enfermedades y su tratamiento, haciendo énfasis en conocimientos científicos actualizados. Los conocimientos tienen valor funcional en tanto incrementen el nivel o grado de la conciencia de enfermedad, y

se transformen en comportamientos o conductas encaminadas a lograr y desarrollar prácticas sanas para el cuidado de la salud y logren una buena adaptación.

2. Desmitificar la enfermedad y su tratamiento, aclarando mitos y creencias erróneas sobre causas, síntomas, consecuencias, beneficios, efectos secundarios, opciones, etcétera, lo que modifica en forma positiva la actitud hacia la enfermedad

3. Explicar la comorbilidad biopsicosocial que se puede presentar en la evolución de la enfermedad y su tratamiento (respuesta a la enfermedad y su tratamiento, duelo, sentimientos negativos, trastornos adaptativos, negación, culpabilidad, rechazo, discapacidad, etc.).

4. Enseñar a reconocer los signos y síntomas característicos de la enfermedad, así como los de recaídas, agudización y desestabilización, Kernberg, (2003).

5. Enseñar a actuar en momentos de crisis relacionados con agudizaciones, recaídas y desestabilizaciones.

6. Crear o fomentar una alianza terapéutica que promueva una buena o mejor relación de trabajo entre el paciente, el CP, la familia y el equipo médico.

7. Lograr continuidad en el cuidado del paciente, por medio de una mejoría en la comunicación con el equipo médico tratante y la agilización de la asistencia a los servicios médicos pertinentes (servicios de consultas de urgencias o consulta externa programada), aspectos que reflejarían el estado de la vinculación con la institución.

8. Con base al conocimiento, crear un ambiente familiar bajo en estresores y disminuir la carga familiar (comorbilidad psicosocial), esto para fomentar y proporcionar al enfermo y a la familia, un ambiente social que promueva la permanencia, consistencia del soporte y apoyo que proporciona su red familiar, Miklowitz, (2000); Kernberg, (2003).

9. Reforzar las habilidades y competencias familiares, sin enfatizar las deficiencias, mediante el conocimiento sobre elementos alternativos para el manejo de dificultades generadas por la patología específica del paciente, Kernberg, (2003).

10. A largo plazo, se espera lograr una inserción familiar y comunitaria, para integrar de manera gradual al paciente a su rol social (familiar, vocacional, comunitario y laboral), para que logre tener una vida productiva, lo que resultaría una mejoría en su Calidad de Vida (CV), Goldstein, (1978); Miklowitz, (2000); Kernberg, (2003).

Los objetivos de los MABPE se deben considerar, como un proceso continuo que se adapte a la evolución del paciente. Este tipo de manejo se debe iniciar a la par del tratamiento médico, o bien como parte del mismo, tratando que éste sea integral, procurando involucrar al enfermo, la familia y a todo un equipo médico multidisciplinario o interdisciplinario, Hogarty, (1991). También para que se logren los objetivos de los MABPE, el paciente debe estar en situación de estabilidad, de no ser así, difícilmente se alcanzarán cumplir con éstos, ya que sería mayor estrés para el enfermo y su familia intentar lograr metas, si los síntomas y respuestas de adaptación están afectados, Vieta, (2002). A diferencia, el trabajo con la familia se debe implementar lo más pronto posible.

Los MABPE se empezaron a utilizar en padecimientos que pasaron a tener una evolución crónica, por el advenimiento de nuevos tratamientos que prolongaron la supervivencia de los pacientes, como en el caso de algunos tipos de cáncer o como la diabetes. Uno de sus objetivos era mejorar el apego al tratamiento, y por lo tanto incidir de forma positiva en el pronóstico y CV de los enfermos, ya que una mejoría en este aspecto, se relaciona con menor presencia de recaídas, disminución en la necesidad de manejo en hospitalización continua o menor tiempo de hospitalización, si ésta llega a ser necesaria. Otro objetivo era mejorar el control de factores de riesgo y tratar de evitar la presencia de complicaciones. Estos objetivos se plantearon por la falta de conocimiento sobre la enfermedad de parte del paciente y de la familia; que se relaciona con inasistencia a control médico, abandono de los tratamientos y mayor presencia de recaídas, entre otros eventos.

En suma, los **objetivos de la psicoeducación grupal** son congruentes con la terapia individual e incluyen la estabilidad de los pacientes, manejo de la impulsividad y otros síntomas, la presencia de otros sujetos brinda ocasión para que los mismos pacientes establezcan límites y para la interacción solidaria, con lo cual pueden consolidar sus ganancias en el proceso de ayudar a otros.

En psiquiatría se han observado resultados: desde la mejoría en el manejo farmacológico de los trastornos mentales, se ha mejorado el pronóstico y la CV de los enfermos con problemas de salud; no obstante, la falta de conocimientos sobre la enfermedad, se traduce en desapego al tratamiento, abandono del control como paciente ambulatorio y conflictos en la dinámica familiar, lo que se relaciona con problemas en la evolución y manejo del paciente, Miklowitz, (2000). La aplicación de los MABPE en esta área, se inicio en pacientes con esquizofrenia. Hogarty, (1997), dependencia o abuso de sustancias, demencia, ansiedad, trastornos alimentarios y trastorno obsesivo compulsivo. Al respecto, Hogarty, (1991) mencionan que a principios de la década de los noventa se desarrolló una forma sistemática de enseñar a los pacientes con esquizofrenia acerca de su enfermedad, y reportaron una mejoría de hasta un 58% en su estado, aunque no está claro que métodos de evaluación utilizaron.

Otro modelo de Psicoeducación es el intitulado Nebraska, en el que se propone el desarrollo de objetivos específicos y metas precisas por sesión, para desarrollarse en un programa de seis sesiones, con una duración de tres horas cada una. El modelo se enfoca en el manejo de la enfermedad basándose en el reconocimiento de sus síntomas, causas de recaídas, enfatiza la participación en las decisiones acerca del plan de cuidados y proporciona la información médica, tratando de facilitar la elección más acertada para lograr un automanejo más responsable. La evolución de este modelo se focaliza en el cumplimiento y apego al tratamiento farmacológico.

Principios básicos de la Psicoeducación.

Se deben tomar en cuenta los factores educativos, culturales y motivacionales, e incluir los conocimientos básicos sobre la enfermedad en general y la manera de cómo ésta ha afectado la vida del paciente y de su familia. Se debe trabajar sobre la conceptualización de la enfermedad y fomentar la participación activa que es la herramienta primordial de esta aproximación. Vieta, (2002)

La intervención psicoeducativa **en el ámbito de lo familiar** parte de un modelo preventivo (educativo o institucional) con una orientación principalmente primaria o secundaria (pero también terciaria). Con la intervención psicoeducativa se desea prevenir problemas o dificultades en los individuos o familias, pero si no es posible

evitar que los problemas afloren, se puede intervenir psicoeducativamente para tratar de paliar las dificultades ya existentes. En diversas circunstancias, toda actuación parte del análisis de las diferentes variables individuales, familiares y contextuales que pueden estar incidiendo en el proceso que se pretende optimizar, López Larrosa, (2003).

Por otro lado, en estudios para evaluar la eficacia de los manejos psicoeducativos, desde lo cualitativo, por ejemplo: se han reportado menos recaídas en los pacientes que reciben esta aproximación en comparación con aquellos que son manejados en programas de hospital de día o sólo con medicamentos, sin ninguna otra aproximación o intervención familiar, Fristad, (2002); Glick, (1994); Honig, (1995); Kernberg, (2003).

Los expertos han observado que en la actualidad el tratamiento farmacológico es insuficiente para evitar el riesgo de recidivas, y que se obtienen mejores resultados cuando se combina el tratamiento mencionado con una intervención familiar, Fristad, (2002).

Gunderson, (2001), ya señalaba que la introducción de las intervenciones psicoeducativas estructuradas para las familias con un miembro límite, tiene una buena acogida. Este tipo de intervenciones consigue que las familias se impliquen en los objetivos terapéuticos, adquieran habilidades, y, si se aplican correctamente, mejoran la comunicación y disminuyen las hostilidades hacia el miembro límite. Con el fin de cumplir estos objetivos, se enseña a las familias a crear un entorno agradable, tranquilo y previsible en casa.

Por lo comentado hasta ahora, parece fundamentada la importancia de la intervención psicoeducativa en familias con un miembro diagnosticado con TLP. Al respecto, Mosquera, (2004), indica cuatro funciones a llevar a cabo por el profesional encargado de trabajar con las familias:

1. Explicar y conseguir que los familiares comprendan en qué consiste el trastorno, aprendiendo así: qué rasgos y cualidades son propios de la persona y cuáles se deben al trastorno, y cómo pueden ayudar a la persona afectada.

2. Averiguar cuáles son los patrones de interacción que están generando conflictos e interfiriendo o impidiendo la mejoría o recuperación, como pueden ser comentarios invalidantes, provocadores, hostiles, críticos, sarcásticos, conductas de sobreprotección, miedo a que el paciente se suicide, amenazas, chantajes emocionales y ultimátum.

3. Proporcionar a la familia una guía de actuación útil para modificar ese patrón, creando uno nuevo o reestructurando el ya existente, pero siempre respetando, y adaptándose a la naturaleza de la familia.

4. Recordar a los familiares que esto es un proceso lento, y aunque en ocasiones puede parecer largo, es necesario ir paso a paso y no forzar al paciente a hacer “vida normal” antes de estar preparado para ello.

Por otra parte, Fruzzetti, (2004), desarrollaron un estudio piloto consistente en un Programa Psicoeducativo dirigido a familiares de personas con TLP. Basado en la Terapia Dialéctica Conductual, participaron 44 personas representando a 34 familias durante un período de 12 semanas,

El Programa se encuentra dividido en seis módulos, los cuales incluyen ejercicios prácticos y tareas para casa: Módulo 1: Información e investigación acerca del TLP; Módulo 2: Papel de la Psicoeducación, tratamientos válidos, comorbilidad e inestabilidad emocional; Módulo 3: vulnerabilidad emocional; Módulo 4: Habilidades de la familia para mejorar la convivencia familiar; Módulo 5: Cómo validar; Módulo 6: Dificultades en el manejo de habilidades (p. ej., definir los problemas eficazmente; resolución de problemas...).

Los resultados indicaron que los miembros de las familias participantes mostraron una disminución significativa en sus niveles de sobrecarga, mejoría de síntomas depresivos y un aumento de habilidades de afrontamiento. Los autores señalan que dichos cambios se mantuvieron como mínimo 6 meses, tras finalizado el estudio.

La mayoría de los pacientes, de las familias participantes, concluyeron con éxito su proceso grupal, a pesar que el proceso educativo es implícito; es decir, la mayoría de los terapeutas de grupo no ofrecen instrucciones didácticas explícitas en la terapia de grupo interaccional.

Sin embargo, en algunos enfoques de esta terapia la instrucción formal es una parte importante del programa. Por ejemplo, en los primeros trabajos con grupos grandes, dedicaba tres horas a la semana a instruir a los pacientes sobre la estructura y el funcionamiento del sistema nervioso central y la importancia de este material para los síntomas y los problemas psiquiátricos. Kaplan, (1999) desarrolló una forma de terapia de grupo didáctica para pacientes no hospitalizados, en el que dictaba conferencias formales y hacía que estudiaran libros de texto. Linehan, (1993) también les daba clases a los grupos de pacientes y creó un ambiente de aula por medio de conferencias, tareas y calificaciones.

3.2.1 La intervención psicoeducativa con Cuidadores Primarios de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad

El escenario institucional en el cual se propone la implementación de una intervención psicoeducativa para CP de pacientes con TLP, se debe a que la demanda supera la oferta de atención, por lo cual se proponen intervenciones breves debido al flujo de pacientes nuevos que se van incorporando al sistema de atención. En búsqueda de calidad, en dicha atención se conserva el objetivo primordial de generar un beneficio al paciente y la adherencia terapéutica con la participación solidaria de los CP, evitando el sabotaje e incomprensión.

El componente psicoeducativo es parte fundamental en el Modelo de Atención Psicoeducativa, que se materializa en los programas de tratamiento para familiares de personas con TLP. En la Asociación Levantina de Ayuda e Investigación de los Trastornos de la Personalidad (ALAI-TP), en Begoña del Calvario, España, el trabajo con familias se realiza en un contexto de aprendizaje interpersonal, favoreciendo el proceso terapéutico. El principal objetivo que se intenta cumplir es “*mostrar sin culpabilizar*” para poder cambiar. En este orden de ideas, se da la implementación de

un taller dirigido a los familiares, que actualmente sigue activo por la respuesta de las familias de pacientes con el diagnóstico en comento.

El planteamiento que desde la asociación se plasma, es iniciar un taller para las familias que tiene como objetivo poner atención en los comportamientos y actitudes de los familiares, que mostraron en las primeras entrevistas donde se mostraron desorientadas, desinformadas, culpabilizadas y con un papel de padres distorsionado. Por tanto, la principal tarea del taller consiste en ofrecer información y ayudar a reorganizar los roles dentro de la unidad familiar, con base a la idea de considerar a la familia como un agente terapéutico activo en el proceso de tratamiento.

El Taller Psicoeducativo que se implementa en ALAI-TP, presenta el siguiente diseño de grupo:

- Componentes y tamaño grupal: padres de personas diagnosticadas con TLP, hasta un total de 7 parejas de padres.

- Marco temporal: frecuencia quincenal. La duración de cada sesión es de una hora y media, sin embargo, no se aclara el número de sesiones.

-Equipo terapéutico: conformado por terapeuta y co-terapeuta.

-La metodología se circunscribe a una dinámica grupal que facilita el abordaje de los siguientes siete contenidos:

1. Comprender el (TLP).
2. Mitos relacionados con el padecimiento.
3. Dificultades en la adherencia al tratamiento.
4. Establecimiento de límites.
5. Reacciones de las familias que dificultan la relación con el afectado.
6. Dejarse llevar por el contagio emocional.
7. Intervención familiar en crisis.

En el grupo de padres se combinan elementos de apoyo, de toma de conciencia y educativos, como herramientas básicas para la consecución de los principales objetivos que se persiguen en el taller, tales como: un mejor conocimiento del TLP a través de información comprensible, transmisión de expectativas realistas acerca del

curso de la enfermedad, entrenamiento en estrategias de afrontamiento y habilidades de comunicación intrafamiliar, modificación de actitudes disfuncionales y reducción del impacto emocional en los familiares. Los resultados se resumirían en: mejora de la comunicación en el núcleo de convivencia, afrontamiento familiar adaptativo ante las crisis y re-significación de conductas.

3.3 El Psicodrama como técnica en la Psicoeducación ---

La finalidad de retomar el psicodrama para una intervención psicoeducativa es destacar que, el CP al interpretar una escena extraída de su experiencia de vida o de otras personas, de las relaciones espaciales, de la escultura y del drama, es favorecer la expresión de imágenes internas que van más allá de una descripción lineal de la situación que se explica con palabras. Al mismo tiempo permite la expresión metafórica del estado interior, que de otra forma, sería complicada de manifestarse. Los CP tendrán la oportunidad de revivir emociones a través de una situación o de enterarse del contenido interno de la vida de otra persona. También permite que se analicen las circunstancias de una manera distinta, que realicen nuevas introspecciones y elaboren nuevas conexiones e interrelaciones con las personas con quienes tiene convivencia cotidiana.

Para implementar una intervención psicoeducativa tomando en cuenta la parte psicológica y la parte educativa con los CP, se consideró conveniente abordarla desde los principios del psicodrama, en donde se permite el desarrollo de las experiencias traumáticas desde lo vivencial, llevándolo a la escena y no exclusivamente lo expresado de manera verbal.

Dentro del psicodrama se logran identificar los diferentes roles desempeñados en la dinámica familiar, a través de la escena de eventos cotidianos, destacando el rol que cada uno cumple, desempeño que afecta directamente a cada uno de los integrantes de la familia y por ende al paciente con TLP, visto esto de manera circular, principio de la teoría sistémica.

Brevemente se puntualizan algunos principios psicológicos y filosóficos de la teoría del psicodrama.

Moreno, (1993)¹⁷ describe la función del rol en el desarrollo de la personalidad en los siguientes términos:

A medida que la vida social es más diferenciada se exige de cada uno de los sujetos que viva según su rol oficial en la vida. Pero cada individuo sueña con encarnar muchos más roles que los que le son permitidos desempeñar. En el curso de su desarrollo, cada individuo es solicitado por muchos roles, que desearían traducir en actos. Y es la activa presión ejercida por esta pluralidad de roles secretos sobre el rol manifiesto, lo que frecuentemente genera un sentimiento de ansiedad.

El rol es concebido en el psicodrama en forma completamente diferente que en la sociología. Desde el punto de vista del psicodrama, el rol es la manifestación de la totalidad de la persona, en una relación en un momento dado. El rol es la base de la personalidad y se desarrolla en las relaciones interpersonales. Implica una relación con otros, dentro de una situación específica en la que interactúan un rol y un contra rol.

En su teoría del desarrollo infantil, Moreno, (1993), fundamenta y desarrolla sus conceptos básicos (espontaneidad, creatividad, rol y tele), los principios de la metodología del psicodrama y los objetivos del trabajo psíquico mediante el abordaje psicodramático, el cual tiende a favorecer en el individuo la construcción de una versión diferente de su historia, y una personalidad capaz de producir roles más espontáneos. Producir roles más espontáneos quiere decir manifestar una conducta en forma flexible y fluida de relación con los otros y con la vida, lo cual implica mayor armonía en todas las funciones, es decir, recuperar la espontaneidad del niño que se ha perdido con la socialización. Porque el mundo que circunda la matriz de identidad, es el primer universo del niño, y esta etapa termina cuando se abre la brecha entre el mundo de

¹⁷Al crear la sociometría y el psicodrama, con lo que pretende aportar a las ciencias sociales un enfoque igualitario, diferente al pragmatismo positivista, y una disciplina psicoterapéutica que posibilite el cambio y rompa con las "conservas culturales". Moreno intenta una síntesis en la que confluye la psicología positivista y una versión personal de la socialización en la que se amalgaman: un proyecto de transformación social y una revolución cósmica. Esto responde, como él mismo solía afirmarlo, a la insólita combinación de las influencias religiosas católica y hebrea. La utopía de Moreno adquiere sentido al considerar los factores de cambio en el grupo psicodramático. Boria, (2001).

la fantasía y el mundo de la realidad. La separación entre el mundo de la fantasía y el mundo social desempeña un papel central en la teoría moreniana del desarrollo infantil. Cuando el niño pasa del primer universo al segundo, esto es, cuando el niño ya discrimina entre yo y no-yo se abre la brecha entre fantasía y realidad.

El mundo del niño pequeño es un mundo de fantasía, en el que no hay separación entre fantasía y realidad. Paulatinamente empieza a separarlos y sólo en el juego puede conciliar los dos mundos y pasar con fluidez de uno al otro. Esta separación se puede lograr con la implementación de las técnicas psicodramáticas durante el proceso de Psicoeducación con personas adultas. Cuando se separa completamente la fantasía de la realidad, esta brecha puede ser insalvable favoreciendo la producción de roles rígidos hiper-racionales, poco espontáneos, que no permiten fluir ni conciliar los dos mundos, ni conservar espacios como remansos de juego para la fantasía y la "ilusión". Podemos encontrar así, a un sujeto adulto que se coloca alternativamente, en el extremo de la hiper-racionalidad y de la rigidez, o bien, en el de la fantasía lo cual se expresará un desequilibrio de sus funciones y actitudes estereotipadas.

La espontaneidad permite resolver el conflicto con flexibilidad. El juego del psicodrama permite que ambas dimensiones se encuentren en modo natural, de tal manera que se pueda recuperar la espontaneidad y las experiencias básicas, lo cual favorecerá la reestructuración de un yo equilibrado y flexible, capaz de desempeñar roles espontáneos y creativos. Con el juego psicodramático dice Boria, (2001), podemos construir un mundo que responda a nuestros deseos, un mundo ficticio y arbitrario pero que es vivo en el sentido de que la vivencia experimentada en él no es ficticia, pues las emociones son reales.

Moreno, (1993) considera que el yo surge del rol, es decir, en el interior de la relación con el otro. Tesis que refuerza Boria, (2001), al expresar que el otro es fuente de vida relacional. En un primer momento el otro, generalmente representado por la madre y en la relación con ella, se va formando el yo. El rol es la forma operativa en el que el otro (madre) es colocado para proporcionarle al individuo (niño), la satisfacción de sus necesidades básicas, que en un primer momento son sobretodo fisiológicas.

Los roles, dice Moreno, (1993), son en primer instancia psicósomáticos, y el conjunto de ellos, asociados entre sí con vínculos operativos, se podría considerar un yo fisiológico o un yo “parcial”. Del mismo modo, los roles psicodramáticos se agrupan y forman una especie de yo psicodramático; y los roles sociales constituyen una especie de yo social. Éstos son solamente parciales. El yo total se integrará en años posteriores en todo dinámico, cuando se desarrollen vínculos operativos entre los grupos de roles sociales, psicológicos.

Los desequilibrios que acontecen en el agrupamiento de roles – dentro del área de los psicósomáticos o la de los sociales o bien entre ambas áreas –, agrega, Moreno, (1993), ocasiona retardo en la aparición de un yo real o agudizan las perturbaciones del yo.

Los roles psicósomáticos permiten al bebé experimentar el cuerpo, los psicodramáticos la psique y los sociales contribuyen a producir la sociedad. De acuerdo con este planteamiento moreliano, pues, cuerpo, psique y sociedad son partes del yo total.

Por otra parte, los roles pueden estar escasamente desarrollados o bien hiperdesarrollados, casi o totalmente ausentes; o bien pervertidos en una función hostil. La cristalización de roles psicodramáticos también puede producir roles sociales pobres y “esclerotizados”, determinando la formación de sujetos inadaptados a la vida profesional o social. Recuperar espontaneidad permite experimentar roles nuevos y salir del círculo vicioso de los roles del fracaso.

El rol, como hemos visto, hace referencia a la personalidad como la totalidad en donde los diferentes aspectos están relacionados y no son concebidos como fragmentos. Se trata de una categoría conceptual de gran amplitud, ya que integra los diferentes niveles psíquicos, corporales y sociales. Como sabemos posee aspectos individuales y aspectos colectivos, que resultan en una forma operativa en la relación con el otro, implica la forma de posicionarse el sujeto en la relación, involucrando lo corporal, fisiológico, emocional y cognitivo; es decir, la totalidad de las funciones.

El rol como unidad psicogénica es el núcleo de la estructura de la personalidad. El yo se estructura en la relación con el otro. Esta relación es, la matriz de una estructura psíquica espontánea y armónica o, por el contrario, rígida e inadecuada.

Ahora bien, si los roles representan a la totalidad de la persona en relación, es a través de los roles como se manifiesta cualquier tipo de malestar o *“patología”*. La teoría del rol da sustento a la concepción moreniana de *“patología”*, la cual solamente tiene sentido en psicodrama si es extendida en términos de ausencia de bienestar existencial, de espontaneidad y creatividad. Una personalidad espontánea y creativa sería, una personalidad abierta y flexible, capaz de producir creativamente roles satisfactorios para sí mismo y armónicos, con las diferentes situaciones que el individuo tenga que enfrentar, Boria, (2001).

La neurosis, afirma Boria, (2001), se caracteriza por roles psicodramáticos cristalizados, es decir, marcados por una tendencia a repetir estereotipadamente la misma forma de relacionarse con los otros en diferentes situaciones. Aunque también podemos encontrar este tipo de comportamiento, en lo que comúnmente se considera una persona *“sana”*.

Para Moreno, (1993) un objetivo importante del proceso terapéutico consiste en recuperar la espontaneidad, para poder desempeñar roles nuevos en forma creativa. Para ello, es fundamental tomar en cuenta los iniciadores adecuados para cada sujeto en el proceso de preparación para el acto espontáneo, proceso que él denomina *“atemperación”* o *“caldeamiento”*.

El mismo autor afirma que hay personas que no se pueden estimular fácilmente para una tarea, y en ocasiones no se pueden caldear en absoluto, por lo que en cada caso, se requiere de la intervención de iniciadores apropiados a las peculiares necesidades del sujeto. Los estados espontáneos son provocados por diversos iniciadores físicos, por ejemplo: movimientos o ejercicios mentales como puede ser la relajación. Los procesos de atemperación o caldeamiento deben involucrar a la totalidad de la persona (lo social, psicológico y fisiológico).

El psicodrama promueve además un reentrenamiento de roles. Considerando que la personalidad se desarrolla en las relaciones interpersonales y el abordaje psicodramático, tiende a facilitar al individuo la construcción de una personalidad capaz de producir roles adecuados a sí mismo, y a las diferentes situaciones interpersonales en las que se pueda encontrar. La naturaleza del psicodrama permite que los individuos identifiquen las características de sus diferentes roles desempeñados, sin generarles culpa o alguna carga emocional y en consecuencia, presentan la disposición de modificar los roles hasta ahora identificados.

En el grupo psicodramático se trata inmediatamente de crear un clima de espontaneidad¹⁸, para que los miembros del mismo establezcan vínculos espontáneos sobre los cuales se construye el grupo. La espontaneidad permite las relaciones téticas entre los miembros del grupo; es decir, circula un conjunto de sentimientos entre los estados espontáneos de las otras personas. En este sentido Moreno, (1993) dice que las relaciones en el grupo constituyen una matriz del grupo, en donde las relaciones son téticas, conformando lo que el autor denomina “*co-consciente*” y el “*co-inconsciente*” del grupo.

El grupo moviliza un trabajo psíquico instaurando modificaciones a través de un proceso de transformación. Podríamos decir que el grupo constituye una realidad con características propias que actúa como agente de cambio.

En el grupo de psicodrama se dan momentos muy regresivos, porque disminuye el control racional y se suavizan las defensas, sin provocar ansiedad de pérdida de control, pues tanto los miembros del grupo como el director y el espacio físico del teatro del psicodrama, representan la seguridad de la contención (algo semejante a la función del holding¹⁹, de Winnicott, (1990), como un gran abrazo que tiene y contiene.

¹⁸La espontaneidad no es solamente el proceso dentro de la persona, sino también el flujo de sentimientos de dirección del estado espontáneo de otra persona. Del contacto entre dos estados de espontaneidad, que naturalmente están centrados en dos personas distintas, de lo que resulta una situación interpersonal. A la respuesta interpersonal se le denomina tele. En este espacio en el que prevalece la espontaneidad, pero en donde se experimenta también una gran contención, que da seguridad, cada uno de los integrantes de grupo se siente confiado, sin necesidad de defenderse, por lo que permite la expresión de los fantasmas de su mundo interno. Desde que los fantasmas de cada quien se externalizan son compartidos por los miembros del grupo. Moreno, (1993).

¹⁹Holding: es el sostenimiento o sostén. La función del sostenimiento es un factor básico del cuidado materno que corresponde al hecho de sostener (emocionalmente) de manera apropiada, es todo lo que la madre es y hace en este período de dependencia absoluta”, Winnicott, (1990: 23).

Moreno, (1993), pretende transformar las relaciones sociales a dos niveles: el subjetivo individual y el social. Sus conceptos de rol y tele sustentan esta utopía y junto con los de espontaneidad y encuentro, son el fundamento de su metodología de psicodrama. En suma, el psicodrama permite encontrar a nivel microsocia el espacio para experimentar nuevos roles y nuevas formas de relación creativa, lo cual podría incidir para lograr cambios macrosociales.

Frente a una realidad social cambiante y compleja, afirmaba Moreno, (1993), sí bien se puede predecir sociométricamente, a partir de la posición futura en grupos análogos, la adaptación adecuada a situaciones tan diversificadas requiere una personalidad flexible y espontánea.

Al revisar la literatura sobre psicodrama se observa que es al mismo tiempo teoría y metodología, con las cuales se han construido diferentes técnicas psicodramáticas, por ejemplo: la técnica del “Escudo”, la de “Juego de roles”, “Las Máscaras”, “La Silla Vacía”, “La Escena”, “El espejo”. Estas son infinitas, porque se pueden construir conforme a las necesidades y objetivos de los grupos psicodramáticos. Claro está, que existen objetivos generales de los diferentes grupos que se convierten en elementos constantes. Una de esas constantes es el proceso de concientización del sujeto, en relación a la tarea de trabajar con familiares sería: el proceso de concientización sobre el padecimiento de su familiar con TLP, el cual es una forma de ser y de interactuar propia de la persona que tiene el diagnóstico. Otra constante es que se logre reflejar a la persona en su conducta externa, quien no siempre refleja lo que piensa o siente. Concretamente en el trabajo con CP sería el promover procesos a través de la técnica del sociodrama para que encuentren la diferencia entre lo que quieren hacer sentir al paciente con TLP y las acciones que realizan, las cuales desatan otras emociones muy contrarias a las que querían despertar en su familiar.

Existe otro fenómeno en los seres humanos, que se presenta como una habilidad natural, esta es la capacidad de adaptación en los individuos al contexto, pero como todo, tiene sus pros y sus contras. Si el ser humano se adapta a las normas y reglas tendrá la posibilidad de ser aceptado por el grupo social, pero este mecanismo natural también bloquea la diferenciación de los individuos, Goffman, (1963). Con los espacios

psicodramáticos se puede desbloquear el proceso de la diferenciación utilizando las recreaciones (volver a crear) que se pueden construir con el uso de la espontaneidad.

Se presenta también el proceso del enmascaramiento, por ejemplo los ciegos se ponen lentes negros para disminuir el efecto negativo de los ojos en blanco; se dan las cirugías, para disminuir el efecto negativo de la visibilidad. Una persona con dificultad auditiva, propicia sentarse junto a personas que hablen en tonos altos. Es así, también que las personas con un padecimiento psiquiátrico, para no ser estigmatizadas, tratarán por todos los medios de retardar la evaluación médica psiquiátrica, Goffman, (1963). Es posible que el paciente con TLP, también se esfuerce por ser funcional y evitar por todos los medios de que sus crisis emocionales y de existencia no afloren en sus centros laborales, escolares y en sus relaciones de amistad; hasta llegar a negar que está enfermo e interrumpir cualquier tratamiento psiquiátrico indicado durante una de las crisis.

Es frecuente que también la familia niegue la magnitud del padecimiento, y acepte con aparente resignación la interrupción del tratamiento, apelando en muchos de los casos a la “*fantasía*” de que ya sanaron con el tratamiento temporal. También para que el paciente y la misma familia no presente, en sus interrelaciones, el riesgo de ser etiquetada como anormal.

CAPÍTULO 4.

LA FAMILIA Y LA ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL

Comprender el funcionamiento del ser humano en los diferentes momentos de su vida, a través de los diversos roles que ejerce, sólo es posible si se tiene una visión psicosocial del grupo primario en el que se desenvuelve, denominado familia. Partiendo necesariamente de su forma de interacción, acorde a los cambios históricos que sufre como grupo inmerso en un todo, denominado sociedad. Cabe mencionar que las funciones psicosociales²⁰ de la familia en cada etapa de su ciclo vital, están definidas por normas y pautas que garantizan el cumplimiento y satisfacción de dichas funciones, debido a que están influenciadas primero por el tipo de grupo familiar al que pertenece el individuo²¹; y segundo, de acuerdo al contexto socioeconómico predominante.

Se insiste, en que el grupo familiar es el parteaguas para comprender al individuo de manera integral, evaluando los factores de protección y de riesgo en la inhibición o favorecimiento de su desarrollo óptimo. En este orden de ideas, se debe estar observando constantemente la dinámica de las relaciones interpersonales que se presentan en el seno de este grupo, el cual está en cambio continuo que puede generar desajustes, pero si se tiene una dinámica disfuncional, se pueden presentar alteraciones psicológicas susceptibles de generar un trastorno mental; sin embargo, si en el grupo familiar se tienen recursos para afrontar dichos cambios, la “*crisis*” será promotor del crecimiento psicosocial de sus integrantes, Gómez, (2000).

²⁰De acuerdo a Sátir, (1988), las funciones psicosociales de la familia son: 1) Función de maternaje (nutricias, seguridad afectiva y aceptación); 2) Función de paternaje (orientación, estimulación y autoridad); 3) Expresión de emociones; 4) Lenguaje o código de acuerdo al contexto; 5) Papeles aceptados socialmente; y 6) Transmitir la cultura por medio de enseñanza parentales.

²¹La principales tipologías familiares son:

- Tipologías tradicionales: familia nuclear, familia extensa o conjunta; familia ampliada.
- Familias de nuevo tipo: familia simultánea; familias con un solo progenitor o monoparentales; y familias homo sexuales.
- Formas de convivencia diferentes a la familia: díadas conyugales o pareja; estructura unipersonal o ciclo individual; hogar o unidad doméstica. De acuerdo a Quintero, (1997).

Cada organización social, según su momento histórico genera la propensión a que sus miembros desarrollen ciertas enfermedades. La postmodernidad y el neoliberalismo guardan características especiales que fomentan la aparición de trastornos emocionales, específicamente el TLP. Si bien es cierto que existe un componente biológico a nivel de estructura cerebral que va a permitir que se presente dicho trastorno (factor predisponente), no se puede dejar de lado el entramado que se teje entre la salud, lo social, económico y cultural (factores precipitantes y perpetuantes).

La explicación no es simple, sino por el contrario es muy compleja, ya que las personas responden conductual y emocionalmente a las premisas de una sociedad de consumo, la cual marca la demanda de mercancías a nivel mundial. Donde las políticas económicas se centran para promover el crecimiento y desarrollo de una sociedad, obligando a un alto consumo de mercancías. Háblese de personas, empresas y países, aunque esto vaya en contra de la conservación de la especie y del propio planeta.

En esta línea, donde las necesidades no son reales sino creadas, se le otorga un “*nuevo*” valor a las mercancías y por lo tanto, ha modificado el rol de proveedor económico único, incorporándose al mercado laboral a la madre de familia para tener las condiciones de obtener los satisfactores que están marcados por la mercadotecnia y así no estar al margen de la “*postmodernidad*”. Las personas que se encuentran lejos de cubrir estos satisfactores, manifiestan frustración, enojo y rabia, lo que puede propiciar a largo plazo la presencia de algún trastorno afectivo, entre otros, el trastorno depresivo y/o trastorno de ansiedad.

Dicha postmodernidad ha modificado la estructura familiar y creado nuevos tipos de familias, en los que predominan las familias uniparentales donde la crianza de los hijos está encomendada a otros familiares o instituciones sociales que contribuirán al cumplimiento de las funciones psicosociales del grupo primario, las que no garantizan el desarrollo afectivo en los menores; paralelamente encontramos un alto porcentaje de personas adultas que han decidido vivir solas y no aceptan vivir la etapa de la reproducción. También existen nuevas sociedades de convivencia donde se da la relación entre seres del mismo sexo, situación que también limita para la reproducción de la especie humana.

Las exigencias de la postmodernidad provocan la tendencia a vivir en una constante relación de competencia, donde se busca: obtener la mejor casa, mejor empleo, auto más moderno; dando un valor de desechable a las cosas y en algunas ocasiones, también a las personas y a las relaciones con éstas.

Por otro lado, la invasión tecnológica que se ha generado en los últimos sesenta años, principalmente en el desarrollo de la informática y de la más acelerada industrialización, incide claramente en los estilos de crianza de los hijos. En esta primera década del siglo XXI, los artefactos tecnológicos de la era digital se han posicionado como interferenciadores de los vínculos entre los seres humanos, en concreto entre padres e hijos. El joven de fines del siglo XX, de los años noventa, de la era de la informática y de la generación “net”, ya no se relaciona ni busca su identidad y su independencia como lo hacían las generaciones anteriores. Ahora utiliza la tecnología como un instrumento y un vínculo para relacionarse, para pertenecer, estar acompañado, comunicarse, depender, informarse, descubrir y ser “*alguien*” en el ciberespacio virtual, y no en el espacio real, Melgoza, (2002).

Las presiones de la postmodernidad han generado en las relaciones familiares, que se límite o en algunas ocasiones, se pierda la posibilidad de construir vínculos afectivos en la vida cotidiana, ya sea porque madre y padre tienen largas jornadas de trabajo para conservar su puesto y seguir percibiendo el mismo o un mayor ingreso; o por el hecho de que los bienes económicos tienden a ser concebidos cada vez más como posibles fuentes de placer o gratificación; situación que influye en el desarrollo psicológico del ser humano, representando un factor de riesgo en los hijos, para que se precipite algún trastorno de personalidad. Guinsberg, (2001).

Por otro lado, las nuevas generaciones ya no pueden acceder al empleo estable, donde las nuevas leyes laborales permiten la contratación sin posibilidades de aspirar a la seguridad social y a prestaciones económicas; generando la imposibilidad de crear proyectos a largo plazo: como la formación de una familia y/o la adquisición de un bien inmueble; por tanto, en las nuevas generaciones es una constante el vivir al día, sin la posición de compromiso ni con ellos, ni de ellos para los otros.

La ausencia del padre y la madre en los primeros años de crianza podrían dejar en forma permanente un vacío emocional en los hijos, el cual se pretenderá llenar con

diversas mercancías como se ha observado. El imperio de lo efímero predomina, por tanto toda propuesta en términos tradicionales de vida cotidiana y organización sistemática queda fuera, así como también los elementos críticos y morales que se han transmitido de generación en generación en la vida familiar, Guinsberg, (2001). Es innegable que las transformaciones sociales y culturales han incidido profundamente en la dinámica familiar y particularmente en la relación madre-hijo. A partir de estas condiciones de vida, se plantean corrientes psicoanalíticas contemporáneas, que registran un aumento de las patologías escasamente observadas en el pasado, como: aumento en los índices de suicidio, alcoholismo, adicciones, delincuencia, trastornos de la conducta alimentaria, promiscuidad sexual y embarazos en la población joven, Melgoza, (2002), situaciones que tienen consecuencias biopsicosociales en la calidad de vida y en la salud mental de las personas y familias en donde se presentan, por ello, es fundamental enfocarse en la presencia e incidencia del TLP.

Como resultado de la nueva estructura y requerimientos de la postmodernidad, la tendencia individualista no niega sus aspectos negativos que destacan de manera despiadada y objetiva las características del hombre actual, interpretándolas como progresivas, como parte de un proceso que tiende a favorecer su autonomía y grado de libertad. A quienes les ha tocado vivir en el siglo XXI han sido testigos de una revolución individualista, o dicho de otra manera, de una fase de la historia del individualismo occidental. Lo que significa un nuevo modelo de relación humana, en donde el ideal moderno de subordinación de lo individual a las reglas colectivas ha sido destruido, porque el proceso de personalización ha promovido y encarnado masivamente un valor fundamental: la realización personal, el respeto a la singularidad subjetiva, a la personalidad incomparable. Representa una nueva forma de control y de homogenización que se crean simultáneamente, Guinsberg, (2001).

Se hace esta revisión general de la sociedad para precisar la visión sistémica en la que se debe concebir a cada uno de los individuos, quienes se encuentran formando parte de subsistemas y éstos a su vez forman meso y macrosistemas. Los grupos humanos son vistos por la Teoría General de Sistemas (TGS), como sistemas abiertos y dinámicos, en donde un número elevado de elementos son inestables, Bertalanffy, (1976).

Bajo la luz de la TGS²² el hombre es concebido en un momento dado, como un sistema que interactúa con diversas estructuras: neurobiológicas, cognitivas psicológicas, familiares y sociales, dentro postmodernismo; éstas en ciertos momentos pudieran presentar una apariencia de estabilidad, fijas y lineales, sugiriendo causa-efecto en casi cualquier fenómeno que dentro de ellas esté; sin embargo pueden tornarse no lineales e inestables por sí mismas y por la interdependencia que tienen entre sí.

Por consiguiente, el tener cualquier acercamiento de la globalidad envolvente al ser humano y al tipo de estructuras que interactúan con él, permite tener una mejor comprensión de la díada salud-enfermedad, lo que repercute en una intervención benéfica para los pacientes y sus CP, debido a que las personas no nacen de la nada, sino de una familia, la cual vive, a su vez, en un contexto social, que incluye condiciones culturales y económicas determinadas. Estas condiciones van a influir en la construcción de sus expectativas en la forma de producir bienes materiales y servicios; de identificar problemas y de resolverlos; en sus aspiraciones y en la elaboración de sus planes y proyectos de vida, Vargas, (2006).

En suma, la construcción del sujeto depende entonces de lo social y de él mismo, de sus características personales, de su equipo genético, de sus potencialidades y de sus debilidades. Como resultado: el ser humano en sus primeras etapas de desarrollo, aprenderá con su familia de acuerdo al tipo de enseñanza que reciba, así como de manera particular como él asuma dicho aprendizaje; lo que de alguna manera permite explicar que no todos los hijos de una familia tendrán el mismo aprendizaje y el mismo desarrollo, marcándose la diferencia por el inter-juego de los diferentes elementos que *participan dinámicamente en esa construcción histórica. “El apoyo social supone un complejo proceso que implica una interacción entre estructuras sociales, relaciones sociales y atributos*

²²En el marco conceptual sistémico el ser humano es un todo integrado, a la vez cuerpo, mente y comportamiento, inseparable de su contexto y de otros seres humanos, constantemente readaptándose a su medio. Sin lugar a duda condicionado por la interacción de su equipo genético, con su medio ambiente y cultura. Con un margen de libertad que puede incrementarse. La personalidad es el elemento nuclear del hombre que forma parte de sus subsistemas de integración. La personalidad es producto de las interacciones del sustrato biológico humano, con la información proveniente del exterior (ambiente físico, familiar, escolar, de grupos de pertenencia, la comunidad, la cultura en genera y la nación). De ahí que cuando se buscan causas de la patología, la investigación no puede limitarse al estudio de los síntomas y condiciones del individuo, sino es a través de la óptica del sistema total de relaciones, incluyendo su fisiología, su familia y los patrones de cultura. Las alteraciones en cualquiera de estos sistemas interactuantes pueden inducir efectos en cualquiera de los subsistemas. De la Fuente. (1992).

personales. Dentro del mismo grupo, el apoyo mutuo proporcionado por los miembros de la familia y las relaciones familiares, juegan un papel único” Gómez, (2000:15):

Con una perspectiva sistémica y psicosocial, este trabajo está dirigido hacia los CP de los pacientes diagnosticados con TLP, porque son parte de una organización social humana, que evoluciona a partir de la necesidad de sobrevivencia y reproducción de la humanidad, Vargas, (2006).

4.1 La importancia de las relaciones interpersonales en las familias —

Al realizar cualquier estudio de un problema social, se descubre que sin diferenciar el campo que se abarque, las relaciones interpersonales desempeñan un papel crítico. Bowlby, (1993), en sus estudios sobre las primeras relaciones de la madre y el hijo, concluye que el establecimiento de vínculos es inherente a los seres humanos. Si a la madre y al niño los separan, ambos sufren una marcada angustia que se acompaña por la búsqueda del objeto perdido. Si se prolonga la separación, la consecuencia será proporcionalmente profunda a ésta.

Goldschmidt, (2000), basándose en una revisión exhaustiva de las evidencias etnográficas, afirma: *“hambre no es distinta de los alimentos, así como hombre no es distinto a sociedad”*; en las diversas situaciones esto puede expresarse como un deseo de contacto, reconocimiento, aceptación, aprobación, estima o dominio. Cuando examinamos la conducta humana descubrimos que las personas no sólo viven en sistemas sociales, lo que significa que no sólo viven reunidas, sino que también actúan para lograr la aprobación de sus semejantes.

No sólo somos animales gregarios a los que les gusta estar en presencia de sus semejantes, si no que tenemos una propensión innata a ser advertidos, y a ser vistos favorablemente por nuestra especie. No puede imaginarse un castigo más diabólico, si éste fuera físicamente posible, que el individuo se moviera libremente en la sociedad, pero que pasara absolutamente inadvertido para todos sus miembros.

A continuación se mencionarán algunos conceptos clave sobre la vida de relación del ser humano. Sullivan, (1997), sostiene que la personalidad es casi por entero, un producto de la interacción con otros seres humanos significativos. La necesidad humana de estar íntimamente relacionados unos con otros, es tan básica como cualquier necesidad biológica, (considerando el prolongado período de la infancia indefensa), y resulta así mismo, necesaria para sobrevivir. A medida que el niño se desarrolla, en su búsqueda de seguridad, tiende a ser énfasis en sus rasgos y aspectos que son aprobados, y tiende a negar o reprimir los aspectos desaprobados. Eventualmente el individuo desarrolla un concepto de sí mismo (autodinamismo) que se basa en esa aprobación por parte de otros seres significativos.

Puede decirse que el yo, está integrado por la evaluación reflejada. Si ésta fuera principalmente derogatoria, como sucede cuando un niño no es deseado ni amado o un niño que ha caído en manos de unos “*padrastrros*” que no se interesan realmente en él como hijo; fomentará en el futuro adulto, la hostilidad, las evaluaciones desdeñosas acerca de la otra gente, de sí mismo.

Sullivan, usó el término distorsión paratáxica para describir la proclividad del individuo a distorsionar su percepción de los otros. Una distorsión paratáxica ocurre en una situación interpersonal, cuando alguien se relaciona con otra persona basándose no en los atributos reales de la otra, sino total o principalmente en una personificación que existe en su fantasía. Las distorsiones interpersonales tienden a perpetuarse, porque un individuo puede, mediante un descuido selectivo, deformar su percepción hacia otra persona; así es que puede percibir incorrectamente a la otra, como una figura dura y que rechaza. Además, el proceso puede desarrollar gradualmente rasgos de manierismo y conductuales, por ejemplo: servilismo, hostilidad defensiva, o de desprecio, que eventualmente harán que los otros se relacionen con él como lo desea inconscientemente, por ello, el término “*profecía auto-cumplida*” se ha aplicado en este fenómeno. Por lo contrario, en la medida que el individuo logre relaciones interpersonales conscientes promoverá su salud mental.

4.2 La familia, el Cuidador Primario y el enfermo

Actualmente existen diversas teorías, así como estudiosos de la sociedad para explicar cómo se organizan los seres humanos, la clasificación de éstos y su rol en el grupo social al que pertenecen. Uno de estos teóricos es Goffman quien se familiarizó con *“el trasmundo de los desviados”*, realizó un desmenuzamiento del juego social, con el deseo y la necesidad de contar con una teoría que permita entender el comportamiento de los individuos al interior de la sociedad y de los diferentes grupos sociales que la conforman, llamada Teoría del Estigma, que explica como *“La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías”*. Goffman, (1963:11-12).

En cualquier sociedad humana existe un poder económico, ejercido por un grupo social lo que lleva a relaciones de poder; desde este principio Goffman logró analizar las relaciones humanas y las relaciones interpersonales que son categorizadas por la misma sociedad, y a su vez, caracterizan la interacción humana. La interacción se preestablece con normas, con reglas cívicas y pautas, las que llevan a la clasificación de los seres humanos.

El estigma es una marca que informa al otro sobre la identidad. La identidad social puede ser real o virtual. Refiere Goffman, que al tener conciencia de una inferioridad significa que cierto sentimiento crónico, como puede ser el de inseguridad, dificulta el desarrollo y el crecimiento como personas gratificadas. Se considera que los grupos de poder construyen una Teoría del Estigma, que no es otra cosa, que una parte del aparato ideológico, que permite explicar la inferioridad de algunos grupos y de algunos individuos, para legitimar la interacción. Por ejemplo, en su momento los nazis se respaldaron en esta teoría para el exterminio de la raza judía.

Con esta teoría se pretende dar cuenta del peligro que representan las personas que no cumplen con el perfil que la sociedad necesita para *“lograr la superación como especie”*, cuando paradójicamente la misma sociedad, produce y fomenta algunos de los signos sociales para la estigmatización. Encontramos entonces personas etiquetadas como: inválido, bastardo, inmigrante, loco, tarado, drogadicto, mexicano, latino, negro, asiático. Dentro de la identidad personal, encontramos que en la teoría específica,

existe la identidad real y la identidad virtual, cuando es conocida esta discrepancia daña la identidad social del individuo, y pasa a ser una persona desacreditada.

La sociedad emite normas en una forma compleja y multilineal que son presentadas en forma de signos sociales, los cuales propiciarán la regulación del comportamiento y la identidad social, Pero los grupos, categorizarán a los individuos en normales y anormales. La categoría de normal y anormal es estructurada en función de los atributos que poseen los individuos, o que la sociedad considera que tiene y deben tener. Goffman, (1963).

En este orden de ideas, se considera que el estigma ha sido uno de los problemas principales para llevar a cabo los programas de Psicoeducación, la aceptación de la enfermedad es difícil, tanto para el mismo enfermo como para los familiares, el negar la enfermedad por lo tanto, lleva a un mal apego al tratamiento y por consecuencia, un peor pronóstico, por tanto la Psicoeducación ayuda a disminuir el estigma que se genera sobre la enfermedad mental, Goldstein, (1978).

Como refiere este autor, las familias de los enfermos mentales sufren de una forma distinta la enfermedad de uno de sus miembros, pues muchas veces pese al tratamiento farmacológico, las secuelas a nivel psicosocial en el paciente hacen difícil su reincorporación a la vida productiva.

Hablar de familias que tienen un integrante con alguna enfermedad mental es sinónimo de grandes dificultades; las familias necesitan entender qué es lo que pasa con su familiar enfermo. En ocasiones, la conducta de éste, es tan extraña o desjuiciada, que es difícil entender el por qué de estos cambios, y o bien, los familiares niegan que algo sucede, lo relacionan incluso con eventos de tipo místico-religiosos. Esta negación refleja el estigma que existe en la sociedad hacia las enfermedades mentales, el cual se traduce en resistencia a creer que algo no saludable sucede, dejando pasar, en ocasiones, hasta más de diez años para acudir con un especialista, y por lo tanto recibir atención oportuna y adecuada; así mismo, la dinámica familiar ha cambiado o se ha alterado y la patología del enfermo es ya parte de la vida cotidiana, Miklowitz, (1996).

Se ha reportado que en algunos casos, mientras no exista un episodio de agresión auto o heterodirigida, los familiares minimizan el problema y no acuden al médico especialista, Miklowitz, (2000). Otro aspecto de importancia, además del estigma, son los sentimientos de culpa en los familiares, lo cuales pueden estar presentes incluso antes del diagnóstico, y se incrementan cuando se sabe que es una enfermedad psiquiátrica. Honig, (1995).

La familia suele boicotear el tratamiento debido a que muchas veces la falta de información o los mitos que existen acerca de la enfermedad mental, dificultan el entendimiento de la misma, lo que genera un mal apego al tratamiento y frecuentemente los mismos familiares sugieren al paciente que lo abandone, situación que predomina cuando el enfermo es el proveedor económico, Miklowitz, (1996). Por otro lado, en algunas ocasiones el médico tratante no brinda información suficiente sobre la enfermedad o el tratamiento, sólo les indica qué y cómo deben de tomar los medicamentos; mientras tanto la familia y el paciente, viven en la incertidumbre; sin embargo, resulta fundamental hacerles ver que la enfermedad mental generalmente es crónica, y necesita de vigilancia extrema y de gran apego al tratamiento, Fristad, (2002).

Al respecto cabe señalar que sí se ha estudiado el impacto que produce en las familias, el que algunos de sus miembros tenga una enfermedad mental. Se considera que la presencia de una enfermedad mental en un familiar, representa un estresor mayor, con una demanda de habilidades de afrontamiento y de adaptación, incremento en los costos, deterioro de la economía, disolución de relaciones de pareja, disfunción familiar, que también son fuentes de estrés y contribuyen a un pobre control de la enfermedad, Glick, (1994). En familias disfuncionales se generan niveles altos de estrés, que contribuyen a un pobre control de la enfermedad. Por lo que Glick, plantea como necesario, implementar programas psicoeducativos para ayudar a las familias a lidiar con el impacto que representa tener un familiar con un padecimiento psiquiátrico y dar un mejor soporte al paciente.

Otro factor que juega un papel importante en la explicación del rol familiar en el curso de la enfermedad mental de algunos de sus miembros, es la emoción expresada (EE), concepto creado por Brown, (1987), en base a la observación de pacientes esquizofrénicos, concepto utilizado desde 1972, el cual se define como un estado psíquico caracterizado por sentimientos, emociones y actitudes acompañados de una

expresión motor, a menudo intensa, hacia el familiar enfermo. Los datos revelan que tras ser dados de alta los pacientes y regresar a casa, las influencias familiares en relación al grado de EE que se maneje dentro de su núcleo, tiene efectos diferentes: tanto favorables como desfavorables en la evolución de la enfermedad, el cual puede presentar recaídas que ameriten hospitalización si los niveles de EE es alto, Miklowitz, (1996).

La crítica se presenta constantemente como EE, definida como comentarios u observaciones desfavorables sobre la conducta o personalidad del paciente. Otro elemento es la sobreprotección, compuesta por aspectos de consentimientos, autosacrificio, malestar emocional, niveles inapropiados de preocupación y hostilidad, siendo atacado el paciente por lo que interpreta, más que por lo que hace, lo que se traduce en dificultad para tolerar y comprender al enfermo.

Se señala que la EE y las recaídas se relacionan, porque los síntomas de la enfermedad y el comportamiento del enfermo causan malestar psicológico en la familia, y este grupo, para contrarrestar ese malestar altera sus relaciones interpersonales, Miklowitz, (1988). En general, en las familias con alto nivel de EE, con alta crítica, sobreprotección emocional y hostilidad, se observa mayor presencia de recaídas y reingresos hospitalarios, y en familias con bajo nivel de actitudes negativas u hostiles, se observan menores recaídas, Miklowitz, (1998). En este rubro, es importante indicar que Hoffman, (1997), midió la EE antes y después de la psicoeducación, observando una disminución en la EE, repercutiendo en la disminución de recaídas.

Entre los diferentes componentes de los tratamientos psicosociales están el proporcionar información, brindar diferentes formas de comunicación y manifestar una actitud empática, aspectos que son parte de cualquier interacción médica y no sólo de aquellas del equipo de salud mental, Frank, (1997).

Los eventos en la vida y el deterioro o cambios en la función social, se asocian con la alteración en la evolución de algunas enfermedades psiquiátricas y en la necesidad de hospitalizaciones, estando presente el sufrimiento en la persona y sus familiares, Malkoff-Schwartz, (1998). La falta de apoyo social para cumplir con las tomas del medicamento durante una enfermedad grave, puede facilitar el abandono del mismo,

Callahan, (1999). Determinantes culturales de actitud hacia la enfermedad, se sobreponen a factores sociales y socioeconómicos en la accesibilidad del tratamiento, participación y resultado de la enfermedad, Coryell, (1995). Gran parte de las acciones del equipo médico de la salud mental apuestan a la mejora en la funcionalidad, que consiste en el estatus social y ocupacional, así como una buena calidad subjetiva de calidad de vida, es decir, a la reinserción psicosocial del enfermo, Hammen, (1990).

En estos tiempos, la Esquizofrenia, por ejemplo, tiene un mejor pronóstico, a diferencia de otros trastornos en términos de cronicidad de síntomas, los que resultan ser impedimentos severos para el funcionamiento social y ocupacional, Angst, (2004). Los síntomas persistentes o residuales en inter-episodio ocasionan disfunción social que no se resuelve entre los episodios de la recuperación, Gitlin, (1995); Coryell, (1995) sostiene que el 45% de los pacientes psiquiátricos tiene una familia que funciona bien socialmente, el 21% se retira socialmente hablando, el 11% presenta rompimiento familiar total. En relación a las familias de pacientes con TLP, no hay registros específicos que permitan ubicar un panorama de las condiciones familiares, sólo se cuenta con meras aproximaciones de que este trastorno se genera en un medio familiar disfuncional.

La evidencia de que el tratamiento farmacológico en los trastornos mentales, mejora notablemente el curso de la enfermedad y la calidad de vida de los sujetos, es contundente, y en muchas ocasiones lleva a olvidar la importancia de las intervenciones psicosociales, como la psicoeducación, Bauer, (1998).

En especial, para atender a los pacientes con TLP, se indica tratamiento farmacológico para los episodios de depresión, impulsividad y síntomas de los brotes psicóticos; pero se requiere de una intervención psicoterapéutica para el manejo del trastorno de personalidad. Los manejos integrales implican una atención médica adecuada, con programas de información y educación sobre el padecimiento, tanto para el paciente como para la familia, así como de apoyo psicológico, Miklowitz, (2003).

Dentro del manejo en el proceso de recuperación de los pacientes, la Psicoeducación ha tenido un lugar secundario en relación al tratamiento farmacológico, pero se han reportado mejores beneficios de los manejos integrales, dirigidos a los pacientes y

sus familiares, Kernberg, (2003); manejos que incluyen aproximaciones biológicas (fármacos), psicológicas (psicoterapias) y de educación, Colom, (2003).

Se reconoce la relación entre la presencia de recaídas, abandono de tratamiento, inasistencia a consultas, abuso de sustancias, y la presencia de estresores psicosociales, por lo que si los pacientes cuentan con buenas redes de apoyo (familia, pareja, centros de capacitación y centros culturales.) se logrará un mejor control de las enfermedades psiquiátricas y sus consecuencias, Miklowitz, (2003).

En el quinto apartado del primer capítulo de este trabajo, se aborda la detección del CP, donde se definió como: el familiar que tiene un contacto estrecho con el paciente, quien desarrolla una carga por la enfermedad de su familiar, que lo desgasta, sin desconocer la importancia de éste, para la evolución favorable en la mejora.

Sin dejar de lado la importancia que representa este miembro de la familia, se considera que también los CP necesitan del apoyo de otros familiares y de grupos de pertenencia, como amigos, vecinos, empleados de casa, auxiliares de salud personal, hospitales, casas de medio camino o residencias, y finalmente, la propia comunidad, que pueden brindar al CP “momentos de alivio”. Powell, (1990).

En términos generales, se concibe que el CP es aquella persona del entorno del discapacitado que asume voluntariamente el rol de cuidador en el más amplio sentido de la palabra. Está dispuesta a tomar decisiones por el paciente; asimismo, cubre las necesidades básicas de éste, bien de forma directa realizando las tareas de ayuda, o indirecta, determinando cuándo, cómo y dónde se tienen que dar.

No todos los discapacitados tienen CP y para que esta figura aparezca, es necesario que una persona decida de forma voluntaria asumir este papel, cuando esto ocurre aparece de forma real o latente, sin embargo, su designación sigue pautas culturales.

4.2.1 La Comunicación Afectiva

Dentro de las diversas funciones que tiene la familia, se encuentra la de ser una unidad económica que se fundamenta y se desarrolla por medio de las relaciones afectivas

que se presentan entre los integrantes y colaboran con la reproducción biológica y social, Barg, (2004). Por ello, la Comunicación Afectiva (CA). Se concibe como la comunicación compleja, consciente e inconsciente que utiliza el lenguaje del cuerpo para el funcionamiento armónico de la interacción social, la simpatía, el afecto y el rechazo se expresan por lo general por medio de este lenguaje. La importancia de la CA dentro del desarrollo humano, radica en que durante la primera infancia antes de que se sepa hablar o escribir, el contacto corporal es un tema dominante y vital, Álava, (2004).

Dentro de las señales de contacto características en la especie humana se encuentran el beso, el apretón de manos, la mano sobre el hombro, el abrazo en la cintura, la mano en el cuerpo, la mano en la mano, entre otras. Y dentro del contacto visual, están las miradas que comunican tristeza, rechazo, enojo, angustia, alegría y el guiño. En el área que incluye la expresión facial se tiene particularmente la sonrisa, bostezo, puchero, enojo y llanto.

Álava, manifiesta que los psicólogos sociales coinciden en que el lenguaje y la comunicación son elementos centrales en la organización de la vida social. Hay una larga tradición de investigaciones sobre comunicación no verbal, que muestran cómo una compleja, consciente y/o inconsciente experiencia que utiliza el lenguaje del cuerpo, fundamenta el funcionamiento armónico de la interacción social.

Para cumplir con la función social, existe un modelo de familia convencionalmente aceptado y hegemónico en esta sociedad, donde las tradiciones y costumbres tienen un gran peso en esa reproducción de lo social. Se dice que existe un modelo de familia, un modelo de madre, un "ideal" de hijo, un modelo de relaciones familiares que son retroalimentadas por las diversas instituciones que intervienen en la socialización y se traducen en valores transmitidos de generación en generación. Añade Barg, (2004), que no siempre estos valores promueven el desarrollo de sus miembros, sino que en ocasiones los limitan, como pueden ser: el machismo, el "deber" de proveer, la obediencia, ser la "dueña de la casa" o el jefe, la fidelidad, las culpas, el trabajo fuera de casa vinculado frecuentemente a lo masculino, el cuidado de los hijos concebido como responsabilidad exclusiva de la mujer; valores que de alguna manera participan

en la conformación y definición de los diferentes roles así como construcción de género que se desempeñan en la dinámica familiar.

Como ya se ha abordado en apartados anteriores, se conciben tres clases distintas de elementos que influyen en el desarrollo de los seres humanos: las características genéticas invariables para el sujeto, que determinan el potencial físico, intelectual, emocional y temperamental; las características e influencias longitudinales, siendo el conjunto de experiencias de aprendizaje desde el nacimiento; y las relaciones constantes de cuerpo y mente, Sátir, (1995).

Como menciona Sátir, un individuo puede encontrarse expuesto a muchas clases y diferentes aprendizajes importantes. Uno de esos aprendizajes estará enfocado al desarrollo de una auto-identidad y de la condición de persona, como fuente de ese aprendizaje es la familia.

Dentro de las capacidades del ser humano está la de entender el mundo, el niño inventa todo lo que no logra entender, después los recuerdos conscientes e inconscientes de la infancia se convierten en una interesante estructura que combina la verdad y la fantasía; según el grado de disfunción en la comunicación familiar, el niño distorsionará la información en su proceso de entendimiento. Afirma Sátir que en edades posteriores, este fenómeno podría afectar su capacidad para enfrentar la realidad.

Ya en el campo del estudio de las emociones, la familia tiene una amplia y trascendente participación como medio de socialización entre sus miembros. Se dice que el TLP tiene una relación directa con una falla en el cariño y apego, los pacientes límite reportan que sus padres al parecer presentaban insensibilidad hacia sus necesidades, lo que genera también la falla en la relación con el ambiente, la cual se describe como la ausencia de adecuadas introyecciones para atenuar las emociones, que a su vez produce disforia e inestabilidad afectiva, Adler, (1985).

Se ha constatado que las personas que no pueden o no quieren mostrar sus emociones se encuentran muy solas, aún cuando su conducta no siempre revele esta situación. La mayoría de estas personas han recibido heridas terribles además fueron ignoradas durante largos períodos de la infancia. La manera de evitar que vuelvan a lastimarlas es

ocultando sus sentimientos. Se requiere de tiempo para registrar algún cambio: hacia convertirse en un compañero amoroso y paciente, y adquirir una nueva conciencia. Aún así, esto no siempre funciona si la persona afectada no desea ni entiende su necesidad de cambio, Sátir, (1988).

Siguiendo a Sátir, se tiene que, si un niño experimenta sentimientos de abandono durante los primeros meses de vida podría presentar dificultades para establecer relaciones estrechas e íntimas con otras personas, a menos que aprenda destrezas nuevas que replacen las anteriores. Dentro de la familia también al niño se le enseñan las discrepancias en la comunicación, como pueden ser las inconsistencias entre lo que escucha y observa, o entre lo que siente y escucha; es aquí en donde surge la necesidad de interpretar mensajes incongruentes por primera vez. Es frecuente escuchar en las familias frases automáticas como: *“los niños grandes no tienen miedo”*; *“sólo los bebés se quejan”*; *“si hubieras hecho lo que te dije, no te sentirías solo”*; *“deberías de estar avergonzado”*; *“no demuestres tus sentimientos”*; *“sé siempre formal”*.

Las frases anteriores son un ejemplo de los típicos comentarios que permiten tener idea de la enseñanza que se practica en las familias en relación a las emociones. Es frecuente que se ignore que las emociones son la experiencia personal de sentirnos humanos. Sátir dice que, las emociones vibran con la energía vital al interior del cuerpo. Con el fin de que sean útiles, se necesitan valorar, reconocerlas y disponer de medios adecuados de expresión. No puede haber un argumento válido para lo que sentimos. Un individuo siente lo que siente. Se considera que el error más grande es utilizar el sentimiento como fundamento primario de la conducta (estoy enojada contigo por eso te tiro de los cabellos).

En su mayoría, los progenitores no están conscientes de los mensajes incongruentes que transmiten; algunos consideran que deben proteger a sus hijos de los mensajes negativos, por temor a lastimarlos. A decir verdad, los mensajes negativos aún cuando sean mensajes claros de rechazo del niño, son menos perjudiciales para la salud mental del pequeño, que los mensajes mixtos que no puede descifrar. En su mayoría, lo que aprenden los niños, sobre todo lo que aprenden durante los primeros meses de vida no es producto de las palabras, sino del tono de voz, el contacto y las miradas.

Cuando el niño en su primera infancia percibe cierta exclusión por su progenitores, lo vive y/o lo siente como un rechazo, en consecuencia desarrollará una baja autoestima, se estará programando para las frustraciones de la vida y tal vez, experimente que cada vez que no es el centro de una interacción con los progenitores, los dos miembros restantes tienen algo mejor que hacer; por lo tanto, la relación entre progenitores y niño es el primer sitio donde los niños aprenden acerca de la inclusión o la exclusión, y cuál es su lugar en el mundo. Sólo que este aprendizaje sea modificado por enseñanzas subsecuentes y diferentes, las lecciones asimiladas modelarán su personalidad, Sáter, (1995).

La necesidad de una intervención psicoeducativa en el núcleo familiar de la persona con TLP, se origina por la alta frecuencia de situaciones en las cuales los familiares llaman al terapeuta para pedir información sobre qué le está pasando al paciente, o para saber los motivos que le pueden llevar a reaccionar de una u otra manera. Generalmente, no entienden cómo la situación ha podido llegar hasta tal punto. Así, puede haber personas que se sienten superadas por el día a día, con su propio hijo, padre, hermano o pareja y que refieren haber perdido la estabilidad del hogar. El manejo terapéutico con el paciente, ayuda a la familia, concebida como un sistema, para que corrija el desequilibrio en el subsistema en donde se presenta el diagnóstico, Bertalanffy, (1976).

La explicación puede encontrarse en la misma patología que se caracteriza por comportamientos y actitudes hacia la familia, amistades y pareja, basados en la idealización y cambio repentino a la devaluación junto con temores a un abandono irreal, en el cual la persona se siente perdida y despreciada. En este contexto, son frecuentes las amenazas e intentos suicidas, como ya se ha puntualizado en las posibles causas del padecimiento, considerando elementos de los diferentes síntomas.

La convivencia en las distintas familias se ve afectada cuando hay una persona que, de alguna manera, no se adapta o no encaja con el resto del sistema familiar. Este desajuste entre paciente y familia se convierte en un círculo vicioso que se refuerza con cada interacción y que parece no tener salida. Así, el sistema familiar se descompensa porque, aunque unos acaben cediendo, otros acaban volviéndose cada vez más rígidos y estrictos y otros se apartan en la medida de lo posible; esta explicación corresponde

a los principios de la Teoría General de Sistemas²³. En este sentido, las personas con TLP generan, en la mayoría de los casos, una alta carga emocional para los miembros de la familia, situación que se agrava especialmente cuando aparecen amenazas e intención suicida. Los padres frecuentemente se sienten culpables debido a que los afectados por el padecimiento, de manera significativa, culpabilizan o censuran de su condición clínica.

En el mundo de las emociones y el afecto es necesario desarrollar la comunicación afectiva para lo cual es indispensable contar con cierta sensibilidad. En contraposición, la insensibilidad en los padres hacia sus hijos genera serias deficiencias en el desarrollo intrapsíquico que paralelamente interfieren con el reencuentro de objetos sustitutos para reemplazar a las imágenes parentales perdidas. Las relaciones interpersonales de los individuos límites, con frecuencia son caracterizadas por registrarse sensibles al rechazo, probablemente se deba a que se reprograma una recapitulación de los momentos y de las experiencias ante la insensibilidad de los padres. Al reeditarse la disolución en cada relación, se genera más disforia, que a su vez alcanza niveles intolerables. Si el paciente intenta controlar la disforia, entonces es probable que presente un acto fallido, es así como se pueden explicar diversas conductas en el paciente que tienen como función disminuir los efectos de la disforia.

Para los pacientes con TLP, la automutilación es descrita como una liberación de sentimientos dolorosos para evadir así la despersonalización y los intentos suicidas, los que tienden a explicar la manera final de escapar del dolor psicológico, Paris, (1988). Lo cual demuestra las grandes dificultades para generar afecto y por lo tanto la imposibilidad de comunicarlo, en las familias donde se diagnóstica TLP a uno de sus miembros, es difícil desarrollar la comunicación afectiva y asertiva. Si estas dificultades no son identificadas por el familiar se vive en un conflicto constante que mantiene una

²³El biólogo Ludwig Von Bertalanffy (1901-1972), fue quien acuñó la denominación, en 1976: "Teoría General de Sistemas". Consideró que debería constituirse en un modelo de integración entre las Ciencias Naturales y Sociales; ser al mismo tiempo un instrumento básico para la formación y preparación de los científicos de la posmodernidad. Algunos de los conceptos básicos de la Teoría General de Sistemas, son: los sistemas cerrados; sistemas abiertos y dinámicos, en donde un número elevado de elementos son inestables. Aunque cerca del equilibrio pueden comportarse en forma estable, pero compleja, (homeostasis), el alejamiento del equilibrio supone que estos elementos entran en una dinámica nueva, no lineal, posibilitando la aparición de las llamadas "bifurcaciones". Esto condiciona una auto-organización de manera diferente, generando así una fractura en el comportamiento global del sistema, ya que la zona (subsistema) que ha cambiado, adquiere un funcionamiento diferente, coherente y cualitativamente nuevo que interactúa y compite con el resto del sistema que los engloba y con otras estructuras, lo que lleva a cambios en todo el sistema. Engel, (1980).

relación compleja y poco gratificante para ambas partes, se dice que existe negligencia emocional en los progenitores por no contar con la suficiente sensibilidad para darse cuenta del sufrimiento de uno de sus hijos, Paris, (1993).

4.2.2 La Comunicación Verbal

Para continuar entendiendo la comunicación afectiva denominada también analógica, y definir la Comunicación Verbal (CV), intitulada digital, se enlistan los cinco axiomas de la comunicación humana: 1) La imposibilidad de no comunicarse; 2) Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación; 3) La puntuación de la secuencia de hechos; 4) Comunicación digital y analógica; 5) Interacción simétrica y complementaria, Watzlawick, (1985). Los axiomas son llamados, por el mismo autor, como propiedades simples de la comunicación que encierran consecuencias interpersonales básicas, tales propiedades participan de la naturaleza de los axiomas dentro de un cálculo hipotético de la comunicación humana. Una vez ubicados los axiomas pueden servir para identificar posibles patologías.

El axioma de la comunicación verbal se enfoca en el contenido del mensaje, y explica que para que se dé la comunicación entre los seres humanos existe una gran diversidad de procesos de simples a complejos, a nivel cerebral, conectados con los órganos específicos como son las cuerdas vocales y el órgano auditivo. La comunicación verbal y la afectiva no se pueden separar porque pertenecen a un continuum, el hombre es el único ser vivo que utiliza ambas formas de comunicación. Actualmente este hecho no ha sido completamente comprendido, pero se da cuenta de la gran importancia que tiene. Los logros civilizados, resultarían impensables sin el desarrollo de un lenguaje verbal. Sobre todo asume particular importancia en lo que se refiere a compartir información acerca de objetos y a la función de continuidad temporal inherente a la transmisión del conocimiento, Watzlawick, (1985).

Los seres humanos para comunicarse alternan el rol de transmisor y de receptor de contenidos --fundamentalmente de palabras articuladas--, para que se dé el proceso de comunicación, el cual, como ya lo mencionamos es inseparable de los procesos de la CA. Como hace mención Watzlawick, la comunicación verbal cuenta con una sintaxis

lógica sumamente compleja y poderosa, para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación.

Se ubican diversas teorías sobre la función de la sociedad, del estrés, de la familia, de la cultura y su interrelación con los componentes biológicos en el desarrollo de los Trastornos de Personalidad; pero todas identifican como factor importante el papel de las redes sociales, manifestadas específicamente en la familia, en el apoyo social y la comunicación social. Ejemplo de ello son la Teoría General de Sistemas de Bateson y la Teoría de la Comunicación Humana de Watzlawick, que aclaran que existen familias que dan mensajes contradictorios e incongruentes, por ejemplo en los mensajes verbales de padres hacia los hijos; en relación con sus comportamientos, actitudes, sentimientos y comunicación afectiva, que hacen a los hijos retraerse hacia estados psicóticos (dobles mensajes).

Algunos teóricos mencionan que la vida en familia genera el medio más adecuado para la crianza de los niños, que en condiciones óptimas se satisfacen las necesidades biológicas y psicológicas para su proceso de socialización. Por ello, la familia puede ser una unidad social que hace posible el crecimiento de sus miembros y desarrollo de capacidades, su potencial y habilidades básicas para el logro de su independencia; pero también puede ser un espacio de sufrimiento, arbitrariedad, injusticia, opresión, pena, amenaza, violencia y abusos sexuales, de acuerdo a lo que refiere Perrone. Se piensa que poco a poco se procesa la alquimia de la construcción de la identidad y la individuación, o por lo contrario se procesa la indiferenciación y alienación, ante la idea de que ahí donde circulan los afectos más grandes también emergen y se producen los sufrimientos más intensos, Perrone, (2005).

Se considera a la comunicación en su sentido amplio, como el segundo componente básico del funcionamiento familiar, por lo que se toma en cuenta para entender la dinámica familiar: cómo los miembros de la familia experimentan sus relaciones interpersonales, su capacidad para expresar intimidad, la manera como intercambian información, los significados que dan a su comunicación y la capacidad de los miembros de la familia para utilizar las palabras de manera adecuada; lo anterior constituye el conjunto de factores determinantes para ejercer una buena comunicación, elemento fundamental

para la vida familiar sana; por tanto, cualquier intervención debe analizarse e incidir en el proceso de la comunicación familiar.

La comunicación es funcional cuando el interlocutor declara o solicita de una manera clara y directa. La intención y el resultado concuerdan y en caso contrario, es posible acudir a la aclaración. Por lo contrario, en una familia disfuncional la comunicación es indirecta, poco clara y rara vez aclarada; por ejemplo los comunicadores disfuncionales cuando relatan una experiencia, suelen hacer comentarios incompletos, distorsionados o generalizados de manera inadecuada, Sátir, (1995).

Siguiendo a Sátir, a la forma de comunicación poco clara, también se le denomina como doble mensaje, que invariablemente tiene efectos nocivos sobre la familia, sus integrantes están condicionados a relacionarse a través de ellos, tienen grandes posibilidades de desarrollar problemas por los efectos de la comunicación. Los miembros se tornan confusos y perplejos porque son incapaces de interpretar los mensajes que están recibiendo. La inhabilidad para interpretar los mensajes causa incapacidad para comentar las contradicciones y a veces para percibir las discrepancias. A este fenómeno se le ha denominado "*doble liga*". Un menor criado en un sistema de dobles mensajes y confusiones, se vuelve enfermo emocionalmente, porque está creciendo dentro de un sistema neurótico de comunicación. A decir verdad, no se puede fomentar la seguridad, el amor y la autoestima bajo estas circunstancias.

La forma como las familias resuelven su comunicación es un reflejo de la autoestima de los miembros y en consecuencia, proporciona información adicional sobre la falta de armonía y la disfuncionalidad del sistema familiar. En las familias donde existe una baja autoestima generalizada, el temor a exponer las áreas de vulnerabilidad o de experimentar la pérdida del amor impide una comunicación clara de las emociones o cuestionamientos íntimos.

Quien responde siempre del mismo modo puede desarrollar síntomas físicos; el que responde para complacer a los demás y ocultar el conflicto, puede sufrir alteraciones del sistema digestivo; quien pretende ocultar su vulnerabilidad al tratar de controlar a los demás y al mostrarse en desacuerdo de manera indiscriminada, lo que le brinda la sensación de ser importante, a pesar de sus sentimientos internos de soledad y fracaso,

a la larga se encontrará afectado de los tejidos y músculos; existen otras personas que convierten todos los aspectos de la vida en un aspecto emocional, que omite al yo interior y garantiza el adormecimiento de las emociones, suele padecer de trastornos de los líquidos orgánicos; y las personas que fingen que las tensiones no existen, enfocando su atención en otra cosa ajena a lo presente y a las emociones, pero por dentro el individuo se siente poco importante y querido, suelen presentar alteraciones del sistema nervioso central, las diversas formas de comunicación corresponden a diferentes conductas aprendidas, que se iniciaron en la cuna con la interacción con los progenitores, cuando el niño o la niña dependía por completo de sus progenitores para sobrevivir, Sátir, (1995).

Todo tipo de comunicación puede ser modificable y lograr su renovación mediante un proceso de transformación y atrofia. Por ejemplo, la inculcación transformada puede convertirse en la capacidad para ser asertivo, para defenderse. Sátir afirma que la mayor parte de las familias que se comunican con congruencia, presentarán la capacidad de resolver los problemas que surgen y por lo contrario, la mayoría de las familias que se encuentran en conflicto presentan dificultades de comunicación que pueden jugar un papel significativo en la disfunción que les orilló a pedir ayuda.

En suma, si un CP considera que la comunicación con sus hijos reviste una gran importancia, pero dicha comunicación está por los suelos, entonces deberá prestar gran atención a este problema estresor y dedicarle tiempo para trabajar sobre el mismo, Amezcua, (1999).

4.2.3 El Manejo de Conflictos

El significado de conflicto lo restringen en los diccionarios de psicología como *“El estado emotivo doloroso producido por una tensión entre deseos opuestos y contradictorios”*. Rodríguez, (1989:15).

Los conflictos entre humanos, es decir los interpersonales, se consideran como una madeja de interacciones acompañados de tensiones emocionales. Una de las

maneras más comunes de experimentar el conflicto es el estrés²⁴. El conflicto puede ser un índice de la vitalidad e inquietudes positivas y constructivas de un grupo, de una familia o de cualquier asociación humana. Para que se presente un conflicto se dan simultáneamente hechos externos, adicionalmente se consideran las vivencias y las significancias de los integrantes del grupo humano donde se presenta el conflicto. En la naturaleza y en la cultura ningún aspecto o elemento se sustrae al conflicto. La vida, las relaciones humanas, los negocios, la educación, la política y el desempeño profesional tienen en común, que su desarrollo se da a través de la superación de los conflictos, Rodríguez, (1989).

Para el manejo y resolución de un conflicto es importante identificar las áreas del fenómeno y ubicarlo durante un momento adecuado, las cuales son de orden físico, biológico, psicológico, intrapersonal, interpersonal, social y organizacional; en este último están comprendidos los de orden familiar, debido a que la familia es un “*laboratorio*” donde el ser humano aprende e incorpora pautas de comportamiento, valores, emociones, normas sociales, significados; y sobre todo, es el espacio donde se incorpora la forma de manejar y resolver los conflictos de la vida cotidiana.

Siguiendo a Rodríguez, (1989), el sujeto puede o no, darse cuenta de la existencia y funcionamiento de los conflictos conscientes e inconscientes, por ejemplo: cuando una madre rechaza a su hijo y reacciona con actitudes de sobreprotección.

Desde el análisis psicológico y antropológico del conflicto, tenemos la siguiente clasificación: conflictos entre eventos deseables (conflicto de “*atracción-atracción*”, cuando se tienen dos o más opciones y se debe elegir solamente una), es frecuente que se presenten este tipo de conflictos en las diferentes etapas del ciclo vital de la familia por ejemplo cuando el subsistema fraterno está cursando la etapa de adolescencia, los hijos están en búsqueda y formación de un proyecto de vida profesional, por lo cual se puede volver un conflicto la selección de la escuela, del grupo de amigos, o bien, de

²⁴Palabra inglesa que combina dos elementos: presión y tensión. Estos vocablos fueron contruidos para definir situaciones de orden físico, y sólo por una metáfora se usan ahora comúnmente como presiones, tensiones y conflictos de la psique [Fecha de acceso 11/09/2009]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/charlymelo/manual-de-conflictos>

la carrera ha elegir; conflictos entre eventos desagradables (conflictos de “*evitación- evitación*” donde ambas opciones resultan indeseables), este tipo de conflictos se pueden presentar cuando los hijos “*tienen*” que cumplir con una norma establecida por el subsistema ejecutivo, ya que de no hacerlo, recibirían otra reprimenda, por ejemplo: el llegar a un horario determinado a casa después de una fiesta con el grupo de pares, y de no acatar la disposición, los hijos serían sujeto de sanción; conflictos entre un evento deseable y otro desagradable (conflicto de “*atracción- evitación*”, se acepta una opción pero probablemente generará resultados molestos), por ejemplo, cuando el subsistema ejecutivo tiene una invitación para compartir tiempo como pareja con otras personas, pero por cumplir el rol parental, alguno de los dos (padre ó madre), no acudirá, Rodríguez, (1989).

Conflictos institucionalizados como: las polémicas entre partidos políticos, religiones, sindicatos e intereses de los patrones de una iglesia, en caso de la familia, la discusión sobre temas debatibles que están determinados por el ciclo vital, por ejemplo en la adolescencia hablar de religión es sinónimo de represión, sino existe flexibilidad y respeto al punto de vista de cada integrante; y *conflictos no institucionalizados* que se refirieren a la interacción de los seres humanos en la vida cotidiana no normada, como por ejemplo, la elección de un deporte, tipo de música o “hobbie”, diferente al que tradicionalmente venía desarrollándose en familia.

Conflictos horizontales y oblicuos; los primeros se dan entre personas del mismo nivel jerárquico, como por ejemplo las disputas que se da entre los padres para negociar la crianza de los hijos; y los segundos, entre personas de diferente nivel jerárquico, como por ejemplo, la repartición de labores domésticas en el grupo familiar. Es importante señalar que en el grupo familiar se construyen ambos tipos.

Otra clasificación es la de los *conflictos primarios y secundarios*, los primeros se resuelven cara a cara; los segundos, a través de otra persona, como por ejemplo, los hijos, de acuerdo al ciclo vital de la familia, enfrentarán un conflicto primario cuando su madurez psicológica y cronológica les permita resolverlo sin intervención de los padres, y tendrán un conflicto secundario, cuando el subsistema fraterno está travesando la etapa de la crianza.

Por otro lado, se encuentran los conflictos favorecidos por altos niveles jerárquicos, que se dividen en: *conflictos vividos directamente* y *conflictos inducidos*; ejemplo de los primeros es cuando la persona al tomar una decisión propia, tiene como resultado un conflicto interpersonal, por ejemplo: un hijo adolescente, al no cumplir con sus obligaciones escolares por frecuentar a su grupo de pares, generará un malestar con los padres; los segundos se enfocan por ejemplo: cuando los padres deciden divorciarse y afectan directa o indirectamente la vida de los hijos, quienes muchas de las veces, resultan ser utilizados como botín o como elementos de coalición.

Por último, el psicólogo Rodríguez, (1989), plantea los *conflictos reales y simbólicos*; en donde los primeros representan situaciones reales, cuyo valor se percibe de manera directa; y los segundos manejan elementos simbólicos. Ejemplo de los segundos, son los movimientos de grandes magnitudes que se dan a través de un símbolo como puede ser el movimiento hippie, que se generó a raíz de los símbolos de amor y paz, lo cual es reflejo de una “*cosmovisión*” diferente entre cada subsistema que conforma la familia.

En el manejo de conflictos se contemplan tres modos: *la negociación, la mediación y el arbitraje*. Estos tres modos para el manejo de conflictos se caracterizan por una cierta institucionalización del reglamento del conflicto. Para los conflictos familiares se encuentra diversas leyes, reglas, códigos y tradiciones que rigen estos modos, Touzard, (1981).

La *negociación* es un procedimiento de discusión que se da entre las partes en conflicto, por medio de representantes y cuyo objetivo es el de llegar a un acuerdo aceptable por y para las partes involucradas. La negociación se utiliza a menudo en un marco más o menos codificado y normativo, para que de manera más o menos precisa, según sea la situación adversa, se regulen las condiciones en las que han de emprenderse y desarrollarse las discusiones.

La mediación se trata de una negociación entre las partes en conflicto, en presencia de una tercera, con carácter neutral, cuyo papel consiste en facilitar la búsqueda de una solución para el manejo del conflicto. El mediador no tiene ningún poder para imponer una solución a los involucrados, sino que es considerado como un catalizador.

Frecuentemente son las partes en conflicto que las resuelven, el recurrir a un mediador es por encontrarse la negociación empantanada.

El tercer modo que describe. Touzard, (1981), es el llamado *arbitraje*, en éste, las partes en conflicto se someten al juicio de una tercera parte, para resolver su caso adverso. En este modo, la tercera parte goza entonces de todo el poder para formular una decisión, porque su acción tiene fuerza de ley y las partes en conflicto, deben acatarla; porque el árbitro tendrá el poder de decisión. Por el contrario el mediador tiene un papel exclusivamente funcional. De acuerdo a los casos, el arbitraje es obligatorio o facultativo; en caso de llegar a un callejón sin salida en las negociaciones, y las condiciones de aplicación del arbitraje las fija la ley. Por lo tanto la negociación y la mediación son casos privilegiados para el campo de la psicología, trabajo social y la terapia familiar; toda vez que se definen situaciones de conflicto cuya solución está en manos de las partes adversas y deriva de la interacción entre ellas.

Para que los CP de pacientes con diagnóstico de TLP, distingan la existencia de conflictos, es necesario que descubran los grados de responsabilidad de las partes e identifiquen la importancia de manejarlos; para ello, se considera conveniente que participen en un proceso de psicoeducación para adultos, el cual no tiene la función de una enseñanza académica, magistral, intelectualista, sino como un aprendizaje vivencial, activo, participante y práctico. No se debe tener la visión de enseñar grandes cantidades de conocimientos, sino la intención de fomentar el análisis de actitudes y habilidades. El aprendizaje debe concebirse como la posibilidad de desarrollar destrezas y promover cambios de actitud, Rodríguez, (1989).

4.2.4 Las Habilidades en la Negociación

La negociación comparte con la conversación muchas de sus convenciones (reglas) pero la diferencia está en que dispone de una gama más estrecha, de actos de habla, presenta reglas de procedimientos más estrictos y un objetivo definido. No perdiendo de vista que la necesidad de la negociación nace de la existencia de un conflicto por sencillo que sea.

La diferencia entre negociación y conversación radica también, en que la primera incorpora dos elementos complementarios al objetivo o propósito que subyace en la actividad lingüística, ya que: existe algún grado de desacuerdo u oposición entre los participantes, el cual debe resolverse; otro, es el que existe la necesidad de producir alguna acción o decisión de principio, Mulholland, (2003).

Por lo tanto, la negociación hace uso de las convenciones de la conversación, pero también adquiere las suyas propias para lograr su meta. Así mismo sirven para la negociación los objetivos que tiene la conversación de establecer un vínculo al compartir ideas y actitudes, para lograr una satisfacción personal, porque uno ha sido capaz de hablarle a los demás y exponer ante ellos, sus puntos de vista.

Es importante advertir que con mayor frecuencia el producto final de los objetivos de la negociación se trate de acciones. Significa que pueden presentarse malos entendidos, porque las palabras o frases empleadas tendrán significados diferentes para cada participante. Las conclusiones obtenidas del proceso de negociación han de llegar en forma de acuerdos verbales, hay que asegurarse de tomar las medidas para que los acuerdos sean explícitamente entendidos para ambas partes.

La calma es indispensable, porque en una negociación se requiere que los participantes modifiquen y adapten sus puntos de vista, tal vez sea necesario que pierdan en una discusión, lo que se convierte en un momento amenazante si no es encarado con la sensación de que se trata de una rutina, Mulholland, (2003).

Durante la negociación el hablante pretende: ajustar, adaptar, corregir, modificar y omitir aquellos elementos inaceptables para la mayoría o, en caso de una negociación polarizada, inaceptable para una de las partes; así mismo se requiere de presentar habilidades para jerarquizar las cuestiones representadas, clasificar y elegir las que puedan agruparse para formar un todo aceptable, para formular el acto comunicativo final.

Por otro lado, el oyente responde con los siguientes procesos: advierte cuales son los actos principales de los demás (proponer, sugerir, informar, desechar o disputar). Mulholland propone que se analicen los criterios emplean los participantes para establecer cuáles son los actos principales y cuáles son los secundarios. Así mismo

advierte identificar qué actos no ejecutan los demás (esta observación puede resultar muy significativa); situaciones que permitirá a los participantes discernir que ideas apoyar o rechazar.

En toda interacción humana, ya sea que se trate de una discusión, un debate formal o una negociación estará presente, en primer plano, una imperante necesidad personal de preservar la propia imagen y, en segundo plano, una firme preferencia social por el acuerdo o, en peor de los casos, por un desacuerdo tolerable. Los dos planos están interconectados, y ambos influyen en la formulación de la más alta proporción de la conducta lingüística producida en la interacción.

Entonces el significado de acuerdo, es la presencia de un espíritu educativo en los encuentros sociales. Este permite reconocer cuáles son los propósitos de la otra persona y no intentar obstaculizarlos más de lo necesario para sostener los nuestros. Esto quiere decir “sí” cuando uno quiere decir “no” pero alude a que se oculta la fuerza de un disenso, tal vez encubriéndolo ante formas lingüísticas ambiguas o indirectas, o tal vez dejando en claro ante el otro que uno no coincide, pero sin plantear una confrontación.

Se dice que se está preparado para negociar, cuando una persona que quiera resolver los problemas intentará: identificar los intereses, los recursos y las capacidades de la otra parte; generar opciones; y tratar las cuestiones distributivas como un problema compartido.

Es importante aclarar que si se desea que las negociaciones en las que se participa sean realmente exitosas, no se deben ver nunca en términos de ganador/perdedor. Triunfar en una negociación es por lo tanto, llegar a una situación en la que cada una de las partes pueda decir “he triunfado”; es más creíble que cada una de las partes se sienta llevada a expresar “hemos triunfado”. Por consecuencia para triunfar es preciso querer ganar haciendo ganar al otro. Si la negociación es un éxito para las dos partes, crea confianza, y es la preparación para un terreno favorable para otras negociaciones. Desde siempre, es sabido que el intercambio de la negociación no permite ganar del todo, Ovejero, (2004).

Tres razones importantes llevan a considerar la negociación, incluso ahí donde las órdenes constituyen una forma posible de tratar con los subordinados: la primera es que la gestión por edicto puede ser eficaz, particularmente cuando la interdependencia es grande; la segunda es que, incluso cuando las órdenes son útiles, éstas forman sólo una parte del mundo del directivo; y la tercera es que el ejercicio formal de la autoridad es en sí mismo, una parte de una negociación más amplia. El conflicto, la dependencia y las posibilidades de estrategias oportunistas revelan nuevamente que la negociación es un importante componente de la tarea interna del directivo. Situaciones que se observan en el grupo familiar, conceptualizándose en este trabajo, al directivo como al subsistema ejecutivo.

De acuerdo a Ovejero, todo negociador que quiera tener éxito debe cumplir con su papel, con estas ideas en la mente: no debe haber ganador ni perdedor, negociar no es imponer las ideas propias y ceder no es perder.

Entonces negociar es simple y llanamente asumir la vida diaria con todas las oposiciones, todas situaciones de probar y enriquecer las ideas y las opiniones. Es el momento de situarse, valorarse, con relación a los otros, brindándoles la oportunidad de hacer lo mismo. Por lo tanto, dar ocasión para progresar y obtener más posibilidades de preparar el futuro en lugar de sufrirlo. El éxito en la vida tanto a nivel interpersonal como familiar, depende en una buena parte del éxito como negociador. Los interlocutores de una negociación no presentan los mismos tipos de preocupación, la pasión se mete luego de por medio, levantando un muro de desconfianza entre los negociadores, les impulsa a suponer mutuamente toda clase de intenciones ocultas, según afirma Ovejero.

En suma, la negociación no es en particular una fórmula que evite a ciencia cierta un conflicto, no olvidemos que la civilización de la negociación abre la posibilidad de otra cultura, debido a que la sociedad en la que se vive actualmente, desde hace años ha enseñando a las personas que los problemas se sufren o bien, se resuelven de manera de violenta: por lo que se propone desarrollar una nueva forma de interacción, en donde la negociación permita que las ideas se confronten y no que las personas se enfrenten. Y la que afirma que el enriquecimiento de los seres y de las colectividades que éstos forman, se logra tanto por el intercambio de sus productos como de sus

ideas, mientras que el enfrentamiento las hace retroceder. Los expertos en el tema afirman que el saber vivir juntos, es saber negociar.

4.2.5 Las Habilidades para el Establecimiento de Límites ---

Se entiende como límite, la frontera o la regla de donde a donde se le permite llegar al menor en formación. Los límites son la fuerza vital, dinámica e influyente en la vida familiar. Los límites tienen que ver con el concepto del deber, que forma una serie de códigos que adquieren importancia tan pronto como dos personas deciden vivir juntas. Los límites primordiales son en relación al dinero, a la realización de tareas, a la solución de necesidades individuales y al castigo de las infracciones, cuando se trastocan valores. Es importante aclarar que existen reglas o límites para todos los factores que permiten que los individuos vivan juntos en la misma casa y que crezcan o que dejen de hacerlo, Sátir, (1988).

Continuando con Sátir, para las familias el acto de sentarse a discutir las reglas parece novedoso, y a menudo resulta muy esclarecedor, este ejercicio puede ofrecer nuevas e interesantes posibilidades para encontrar formas de convivencia aún más positivas. Es común encontrar padres enfurecidos porque se desobedece un límite y suelen decir: “él conoce los límites”, realizando una revisión profunda se descubre que el adolescente no tenía claridad de dichos límites. No siempre se justifica suponer que los demás conocen las reglas. Si se analiza el inventario de reglamentos con la familia se encontrarán los motivos de malos entendidos y diversos problemas de conducta. Existen otros tipos de reglas que se encuentran implícitas y son más difíciles de percibir. Éstas conforman una fuerza invisible y poderosa que se entreteteje en las vidas de todos los miembros de la familia.

La vida en familia ofrece una gran diversidad de experiencias visuales y sonoras. Algunas de ellas generan alegría, otras dolor y tal vez unas generen un sentimiento de vergüenza, si los miembros de la familia no pueden reconocer y comentar las emociones evocadas; éstas quedarán ocultas y lesionarán las raíces del bienestar familiar.

En otras familias hay una regla familiar que sólo permite hablar de las cosas buenas, correctas, adecuadas y relevantes. Por lo tanto deben omitirse muchos aspectos de la realidad actual de la familia. Lo que promueve un estancamiento en el desarrollo y al parecer todos parecen niños y no pueden opinar. El resultado de esta dinámica es que algunos niños mienten; otros, desarrollan un profundo desprecio por los padres y se alejan de ellos.

Lo grave es que, al mismo tiempo desarrollan una baja autoestima que se manifiesta en impotencia, hostilidad, estupidez y soledad. Lo relevante es que cualquier situación que una persona vea o escuche, dejará su huella en ese individuo, quien de manera automática trata de encontrar una explicación interior al acontecimiento. Se ha observado, si no existe la posibilidad de confirmar la explicación, entonces ésta se convierte en la “realidad”; sin embargo la “realidad” puede ser objetiva o equivocada, pero el individuo, fundamentará en ella sus actos y opiniones, Sátir, (1988).

Los límites familiares abarcan todas las conductas de los miembros de la familia, que deben o no, manifestarse en condiciones determinadas; existen las reglas abiertas como pueden ser la hora de llegada y/o de acostarse y el trabajo en casa; y las reglas encubiertas y tácitas que todos los miembros de la familia conocen y nunca mencionan, como puede ser, por ejemplo: el nunca hablar del problema de alcoholismo del padre; nunca referir al primer marido de la madre; ó mencionar al hijo mayor quien se ahogó cuando tenía tres años. Por ello, al valorar a una familia, se deben explorar varias reglas que se aplican al interior sistema familiar. En el caso de las familias con pacientes diagnosticados con TLP, cabe señalar que el establecimiento de límites es complicado por la naturaleza biopsicosocial del padecimiento.

En las familias en las que nunca se manifiesta negatividad y en las que todos deben parecer felices en todo momento, tratan de obedecer una regla inhumana. Cómo es posible estar siempre felices sin importar lo que suceda, semejante regla provoca el ocultamiento de las emociones, el aislamiento y la falta de intimidad. Además un individuo que obedece esta regla podría sentirse culpable al no ser feliz debido a que desobedece un precepto familiar. Es importante precisar que cuando la negatividad es dirigida hacia las propias emociones contribuye a reducir, aún más la autoestima.

Las familias que aceptan adaptaciones continuas a la vez que sus integrantes pasan por distintos ciclos de vida y encuentran distintas vicisitudes existenciales; existe la fe esencial de que, aún cuando los cambios no sean positivos, llegarán tiempos mejores. Por otro lado, en la familia disfuncional el cambio suele representar una amenaza y la principal preocupación es conservar el statu quo, o condición actual de las cosas. En algunas familias, sólo los padres comparten información importante; en otras más, se comparte la información que resulta incompleta o distorsionada o mal interpretada, lo que ocasiona muchos problemas a los miembros del grupo; en estas familias lo más frecuente es que no se permita cuestionar o preguntar lo que alguien no comprende, situación que reproduce una comunicación disfuncional, Sátir, (1995).

Cuando los integrantes de una familia no tienen libertad para expresar lo que piensan, sus percepciones y emociones pueden quedar enterradas en el interior y ocasionar dificultades a largo plazo. Las familias que permiten la expresión de emociones, si éstas se consideran adecuadas, o si la edad o el sexo son los adecuados. Lo anterior niega la validez de la experiencia del individuo, en algunas familias se permiten expresar sólo las emociones positivas; las negativas deben ocultarse, en definitiva no pueden ser expresadas por el temor al rechazo, al ridículo o a la lástima a otro individuo.

Las reglas familiares que rigen las manifestaciones de afecto e ira son de particular interés para mantener o perjudicar la salud mental. Las reglas que rigen la expresión de la ira también son muy significativas. Algunas familias rechazan la expresión de la ira y la consideran peligrosa; otras, opinan que la ira es adecuada en ciertas condiciones y no en otras; o bien, adecuada entre algunos miembros de la familia y no con otros. Por otro lado, ciertas familias parecen estar siempre en ebullición por la ira. Los hijos de las familias que expresan poco afecto tienden a ser agresivos entre ellos, tanto física como verbalmente, es decir, la necesidad de contacto es tan intensa que si no puede manifestarse de manera positiva, surge distorsionado, como ira y peleas, Sátir, (1995).

A manera de aclaración, cuando las reglas son poco claras y están mal interpretadas, el problema es una comunicación deficiente, es cuando se requiere de algún tipo de intervención psicoeducativa o terapéutica para que los miembros de la familia desarrollen sus habilidades de comunicación en distintos niveles, paralelamente se debe hacer conciencia entre los integrantes, de sus dificultades y promover la oportunidad para

experimentar nuevas formas de comunicación, Pérez, (1981), para poder instalar límites en forma suave pero firme y clara. Cabe resaltar, que lo descrito anteriormente, es una característica persistente en la relación entre CP y pacientes con TLP.

El papel del ts como educador es importante, para habilitar a las familias que tienen reglas poco claras, inadecuadas, o que no se adaptan a la situación actual del ciclo vital familiar; que promuevan su valía como grupo, y aprendan a cuestionar la validez de las reglas establecidas, lo que les permitirá rechazar y modificar aquellas que contribuyan al conflicto familiar.

En este sentido, es necesario realizar una intervención muy hábil con el establecimiento y ejecución de las reglas familiares, cuya función principal es proteger la autoestima de uno o varios miembros de la familia. Estas reglas suelen funcionar sin que los afectados tengan conciencia de ellas, y pueden ser abordadas con el trabajo de intervención, siempre y cuando los miembros de la familia se sientan en riesgo y tienen la estabilidad como grupo para hablar de la situación que les incomode, por lo que aceptarán renunciar a la pseudo-protección que ofrecen las reglas hasta el momento establecidas, y aprender una manera diferente de organizarse, Sátir, (1995).

4.3 Función psicosocial del Cuidador Primario

Entre los factores psicosociales que influyen en los síntomas biológicos se encuentra el estrés y la forma que puede adquirir la respuesta al mismo. Dicha forma puede ser de ansiedad, depresión o alteraciones en la conducta. El estrés produce una sensación de displacer que se suma a la sensación de discomfort propio de la enfermedad, y producen deterioro en las actividades sociales y recreativas de la persona, lo que puede provocar o incrementar algún tipo de aislamiento. Sin embargo el aislamiento social también se explica, porque algunas de esas actividades pueden experimentarse a su vez como fuentes de estrés, el que demanda adaptación, y los pacientes pueden intentar evitarlas en forma consciente o inconsciente, Rascón, (1997).

Entre los síntomas psicosociales se habla de un proceso que se puede desarrollar en el paciente, su familia y el equipo de salud que les proporciona atención y asistencia

médica: la respuesta a la enfermedad, puede considerar a la misma enfermedad un estresor que demanda una respuesta de adaptación. Esta respuesta y la forma que puede adquirir, tiene un componente intrapsíquico, conductual y social. El componente intrapsíquico se refiere a la percepción, pensamiento y emoción que constituye la experiencia subjetiva de la enfermedad. El componente conductual se refiere a todas las acciones y respuestas observables del sujeto a la enfermedad que padece, sus síntomas y su manejo médico. El componente social se refiere a la interacción del sujeto enfermo con sus redes de apoyo (familia, amigos, comunidad y sociedad), así como con el personal médico y paramédico que lo atiende. Por otro lado esta respuesta a la enfermedad puede resultar adaptativa o desadaptativa. Se considera que es una respuesta adaptativa, cuando la enfermedad se puede percibir como un fenómeno que se intercala en el curso de la vida, y como un proceso que demanda resolución para proporcionar alivio, tranquilidad y equilibrio, Otto, (2003).

También se puede considerar una situación que pone a prueba la capacidad del sujeto para estar aislado (física y emocionalmente) de sus redes de apoyo, pues suele existir la necesidad de manejo en hospitalización continua, conferir a extraños el cuidado (aspecto de dependencia) y aceptar un rol de enfermo (aspecto defensivo de regresión). Todo este proceso implica que la enfermedad debe ser comprendida, y que el paciente debe proceder para alcanzar una dirección correcta de resolución (estilo adecuado de afrontamiento), y lo ideal es que el proceso resulte en una reorganización, síntesis, progresión y regeneración del impulso vital que debe reafirmar la vida y restablecerla lo más posible al nivel previo al desarrollo del proceso del padecimiento, Miklowitz, (1999).

Una respuesta adaptativa se manifiesta por acciones de autoprotección caracterizada por la búsqueda de atención y adherencia a un tratamiento. Sin embargo, sólo responden en forma adaptativa a la enfermedad sujetos que son: prácticos para detectar problemas, que cuentan con estrategias y tácticas potenciales para resolverlos, y que son optimistas, flexibles y vigilantes, Otto, (2003).

Desde luego muy pocos pacientes tienen estas características y generalmente se presentan respuestas desadaptativas a las enfermedades. En una de estas respuestas, la enfermedad puede ser percibida como una vicisitud que viene a interrumpir el

curso del ciclo vital en cualquiera de sus puntos; como un castigo por haber sido una persona negativa y haber llevado un determinado estilo de vida; o como una amenaza de desintegración y destrucción narcisista; así como una amenaza de pérdida del mundo externo (muerte). También como un anuncio de múltiples pérdidas y como una fuente de estrés, con repercusiones físicas, psicológicas y sociales, antes de que se produzca una posible muerte, la que no sólo afecta al paciente sino a su familia, grupo y posiblemente a su comunidad, Miklowitz, (2000).

Una respuesta desadaptativa ocurre también, cuando existe incapacidad para afrontar la enfermedad, de ahí que se postule que los sujetos que presenta una respuesta de ésta, se caracterizan por: no lograr iniciar acciones para su propio beneficio; adherirse firmemente a ideas preconcebidas; usar excesivamente la negación; y generalmente son pasivos, inflexibles, sugestionables y con tendencia a desarrollar un desequilibrio o conflicto intrapsíquico ante un estresor. Por otro lado, existen ciertos aspectos que se consideran relevantes y que también pueden influir en la respuesta ante la enfermedad; estos aspectos son de índole biológico (naturaleza, severidad y posible curso de la enfermedad, así como el órgano y funciones corporales afectadas); de índole psicológico (madurez de las funciones yoicas y de las relaciones objetales, tipo de personalidad, aspectos de las relaciones interpersonales e historia médica, significado simbólico específico de la enfermedad, del órgano y de las funciones afectadas, así como el estilo de afrontamiento que utiliza el paciente); y de índole social (ambiente social, nivel socioeconómico, cultural y de funcionamiento social, dinámica de las relaciones interpersonales y actitud de la familia hacia la enfermedad), Pérez, (1981).

Dentro de los aspectos de índole biológicos en la respuesta específica a la enfermedad mental, en primer lugar está el hecho de que este tipo de enfermedades se asocian con las emociones y afectos, y se puede relacionarse con la locura, como ya se comentó en el desarrollo de este trabajo, se enfrentan al estigma de la enfermedad mental. Tanto a nivel biológico como psicológico, si la enfermedad debuta con un cuadro de agitación psicomotriz de apariencia catastrófica, puede producir una gran ansiedad en la familia. La ansiedad es un fenómeno que tiene una función adaptativa de alerta ante un peligro, y condiciona una conducta de autoprotección que produce búsqueda oportuna de atención, Otto, (2003).

No obstante por la naturaleza de los síntomas, se busca atención de urgencia y se desarrolla una gran ansiedad, la que hace que se cuestione sobre el grado y extensión de la enfermedad que puede padecer la persona y da pie a especulaciones, en base a las ideas preconcebidas, sobre un diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico, aspectos que pueden resultar amenazantes para la integridad y bienestar biopsicosocial del paciente y personas relacionadas en forma directa con él, Gómez, (2000).

Durante la evolución y progresión de la enfermedad el estrés que se genera, puede originar también ansiedad, que se puede atribuir a la pobre tolerancia del paciente al malestar e incapacidad que produce o pueda producir la misma enfermedad; a la necesidad y pérdida del control sobre la salud, vida familiar, social, laboral y recreativa; así como a la imposibilidad de controlar el manejo médico y su recuperación. Por todo esto, el paciente puede mostrar interés excesivo por su estado, y la ansiedad, puede adquirir la forma de una crisis de angustia o ataque de pánico, así como de una hipocondría, donde el sujeto demanda atención o acude al hospital ante el más mínimo síntoma o percance que se relacione con su estado de salud, generando un sub utilización de los servicios de atención médica, Miklowitz, (1998).

En este sentido, no se debe omitir que en los trastornos emocionales se altera el afecto, lo que se puede identificar con la disminución sustancial y/o cambio del humor y la autoestima, así como con la presencia de síntomas psicósomáticos.

En la Depresión, como en la Ansiedad, o en el TLP se considera un proceso adaptativo involutivo de autoprotección, sin embargo cuando la respuesta es desadaptativa produce incremento de los síntomas propios de la enfermedad, del aislamiento social y favorece el desarrollo de trastornos conductuales, caracterizados por cambios en los patrones de conducta que pueden originar actitudes autodestructivas o de dependencia (pasividad con disminución del potencial para buscar atención oportuna y para participar en la misma atención delegando a otros responsabilidades), Gunderson, (1991).

La enfermedad no sólo afecta al paciente, sino también a su sistema familiar y particularmente al subsistema de pareja. En esos niveles también se puede desarrollar una respuesta a la enfermedad desadaptativa. Se han reportado niveles altos de ansiedad y depresión en las familias y parejas de los sujetos con una enfermedad,

lo que se atribuye a las siguientes causas: mal afrontamiento del problema por parte de los miembros del núcleo familiar; cambios de rol entre los miembros de la familia; que el paciente utilice la enfermedad para manipular a su familia y despertar en la misma sentimientos de culpa; excesiva dependencia del enfermo y a una delegación de responsabilidades severa, Rascón, (1997). Por otro lado la presencia de disfunción familiar puede influir de manera negativa en la evolución del enfermo, ya que representa un estresor que se suma a la enfermedad y su tratamiento médico.

En la respuesta a la enfermedad, también es conveniente hacer referencia a un aspecto considerado de índole social que comprende ciertas implicaciones y manifestaciones clínicas, la relación médico-paciente. Esta situación de relación interpersonal puede resultar conflictiva por ciertos aspectos que pueden adquirir significado dentro de la clínica psiquiátrica, psicológica y conductual, e implica a la respuesta a la enfermedad, por parte del personal médico que atiende al enfermo y que puede resultar adaptativa o no. El paciente pone su vida en manos del médico quien pasa a ser una figura central en su vida (relación de dependencia), y puede esperar que éste sea cuidador, confidente, consejero y terapeuta, alguien que puede potencialmente brindarle confort y reducir su ansiedad (en base a un proceso transferencial), es decir el médico se puede percibir, tanto por el paciente como por la familia de éste, como un yo artificial y auxiliar que puede proporcionar soporte emocional para afrontar el estrés que representa la enfermedad y su manejo, Miklowitz, (2003).

Para el médico, el paciente plantea una amenaza a su aparato psíquico, pues éste puede representar un conflicto ante su propia expectativa de padecer pérdidas por adquirir una enfermedad o reactivar duelos previos no resueltos (contra-transferencia) y generarle ansiedad u otros afectos y emociones negativas, por lo que puede tratar de evitar la implicación emocional con el paciente y su familia, y como resistencia a la identificación con ellos desarrollar barreras emocionales (mecanismos de defensa), sobre todo sí el paciente y sus familiares presentan una respuesta a la enfermedad desadaptativa. Por esta situación se puede explicar la sub-detección de problemas psicosociales en pacientes con TLP y con otras enfermedades de evolución crónica o mortales, Paris, (1988).

En algunas ocasiones cuando se presenta el proceso señalado en el médico e incluso en el personal paramédico, se solicita la intervención de otros profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales), pero la interconsulta puede representar en el profesionalista, un sentimiento de culpa por el fallo en afrontar al equipo médico, sus responsabilidades de atención a la salud mental del paciente y el fallo en cubrir tanto las expectativas de éste como de su familia; o bien, se puede solicitar la intervención de un equipo de salud mental porque el paciente y su familia ya se han catalogado como conflictivos, porque presentan una respuesta a la enfermedad desadaptativa y se muestran demandantes de mayor atención. No obstante, si la solicitud de la interconsulta se da con estos procesos subyacentes se deteriora la relación médico-paciente, que es un elemento importante en el manejo de los problemas de salud. Se ha reportado que los pacientes que confían en el cuidado de su médico presentan menor psicopatología y por lo tanto mayor satisfacción con su tratamiento. No obstante, en la mayoría de los casos el psiquiatra considera que la psiquiatría es la única con perspectivas humanitarias, compasión y principios éticos para afrontar los problemas psicosociales de los pacientes, pero la atención a la salud también debe incluir aproximaciones a la salud mental desde una perspectiva interdisciplinaria, Gómez, (200).

En suma, la expresión clínica de los factores psicosociales que influyen sobre los síntomas biológicos de las enfermedades mentales, y una respuesta a la enfermedad desadaptativa en todas las personas implicadas en un proceso de salud/enfermedad (el enfermo, su familia, CP, redes de apoyo y personal médico y paramédico), puede tomar la forma de alguno de los padecimientos del espectro de los trastornos de ansiedad o afectivos (crisis de angustia, trastorno de angustia, ataque de pánico, fobia, episodio depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno por estrés agudo y alexitimia), de alguno de los trastornos adaptativos (trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido, con ansiedad, con alteración del comportamiento o mixto), o de otros problemas que son objeto de atención médica, como los factores psicológicos que llegan a afectar al estado físico, comportamientos desadaptativos: como autodestrucción o incumplimiento terapéutico; procesos de duelo complicado y problemas de relaciones interpersonales a nivel familiar; con las redes de apoyo y en la relación médico-paciente, Leff, (1985).

Existe una numerosa bibliografía en donde se registran los abordajes para apoyar a los familiares de pacientes esquizofrénicos, pero en relación a los CP de pacientes con TLP se ha localizado escasa información. Cualquier enfermedad mental provoca impacto en todos los miembros de la familia, lo que es inevitable. Se ha descrito que la familia presenta ante el paciente psiquiátrico estrés, éste se asocia a la convivencia cotidiana con el paciente que presenta estas características, la falta de apoyo los limita y la ausencia de alternativas los hace sentirse “atrapados” y los cansa para seguir ayudando a su ser querido, que le provoca tanta angustia y desesperanza.

Teóricamente los familiares cuentan con diversos recursos para apoyar al paciente. Se ha observado que al inicio de la enfermedad, los CP y la familia responden con angustia y miedo, porque se presentan en las conductas cambios severos e inexplicables, y desconocen si el paciente recobrará sus funciones normales. Algunas familias sienten culpa, convencidos de su responsabilidad en la enfermedad, sin embargo, la estigmatización de las enfermedades mentales por parte de la sociedad contribuye a generar mayores sentimientos de frustración e ira. La familia también se ve obligada a reconocer la cruda realidad de tener un miembro con un trastorno de la personalidad y hacer el duelo por las expectativas y los sueños con respecto al paciente. El CP y la familia perciben claramente que lo que le ocurre al paciente, rebasa y sobrepasa los recursos de respuesta a las dificultades que conocía y utilizaba hasta ese momento, por lo que siente que se pone en peligro su bienestar, teniendo como resultado que el estrés generado, repercute en todos los integrantes de la familia: enfermos y sanos.

Crea situaciones de hundimiento de baja satisfacción y autoestima en la pareja y hasta conductas desviadas en otros miembros de la familia. La enfermedad mental produce siempre problemas de adaptación en la familia. Las demandas generadas por la incertidumbre, el desasosiego que trae consigo la convivencia con el enfermo psiquiátrico, son muchas y dolorosas. El paciente no es el culpable de estas consecuencias. La convivencia familiar con el enfermo psiquiátrico no produce siempre estos efectos con la misma gravedad y de idéntica forma. Una misma enfermedad mental, puede ser para una familia intolerante, ó para otras, más o menos llevadera; dependiendo de los recursos cognitivos, afectivos, materiales, sociales y de los entrenamientos que posean para afrontar contingencias nuevas, sobre todo de cómo se perciba subjetivamente el hecho de la enfermedad. En ocasiones la familia se queda tan desmotivada, que todo

lo ve “negro” y no siente momentos gratificantes en su vida, en el ámbito intelectual, afectivo, emocional, y social. De puertas afuera, su casa se verá aislada, despreciada, relegada, con una ruptura de su estatus anterior. De puertas adentro se desquebraja el equilibrio personal de sus miembros y el nivel de relaciones entre de ellos se deteriora, Fernández, (2006).

Por lo antes abordado se considera necesario el diseño de estrategias, que les permitan a las familias salir de esta crisis emocional, que las lleve a la reorganización teniendo en su interacción cotidiana a un enfermo psiquiátrico en rehabilitación. Porque resulta patente que las situaciones negativas se viven a lo largo de toda la vida, desde que la familia descubre que entre sus integrantes hay un miembro con un padecimiento psiquiátrico. Pero estos hechos familiares no se viven en forma estática, ni de la misma manera, entre sí. Hay momentos mejores y crisis peores, he aquí algunos, Gómez, (2000):

- Cuando la familia cae en la cuenta de que el hijo es un enfermo grave.
- Cuando en la escuela les dicen que no lo pueden aceptar o entender, porque es una persona “difícil” y que debe ser atendida por profesionales en la salud mental.
- Cuando los padres se descubren impotentes, sin recursos, ni entrenamientos para afrontar la situación nueva, que aparece sin avisar.
- Cuando hay que internar temporalmente al enfermo.
- Cuando la sociedad lo rechaza, lo estigmatiza y le bautiza como “loco o peligroso”.

Estos y otros son escalones que bajan hacia sótanos oscuros y degradados; tanto los pacientes como sus familiares; y la sociedad, no valora a los enfermos como tales, quienes enfrentan diversos problemas en forma permanente, Goffman, (1963).

4.3.1 La Actitud ante la enfermedad mental

Desde el tiempo de los griegos hasta la edad media, aquellos que se comportaban de una manera peculiar, eran etiquetados como locos y tontos; no fue si no hasta el siglo XVII, cuando estas personas “anormales” fueron consideradas como una amenaza pública y confinadas en instituciones especiales. La conceptualización de la locura

como una enfermedad mental y la introducción del modo médico a las formulaciones psiquiátricas, ocurrieron a final del siglo XVIII y condujo al nacimiento de la psiquiatría actual, Padilla, (1987).

A partir de los 50's del siglo XX, los estudios sobre actitudes hacia la enfermedad mental se volvieron más frecuentes sobre todo en EUA, ya que la población continuaba pensando, de acuerdo a los viejos estereotipos, y persistiendo el rechazo como en antaño.

Antes de continuar con la especificidad de la actitud ante la enfermedad mental, por procedimiento se definirá el concepto de actitud: existen distintas definiciones de actitud, desde su abordaje inicial por la Psicología Social, algunas contienen menor o mayor complejidad. La mayoría de los estudiosos sobre este tema, actualmente estarían de acuerdo en definir las actitudes como: "*evaluaciones globales y relativamente estables que las personas ejercen sobre otras personas, ideas o cosas que, técnicamente reciben la denominación de objetos de actitud*". Morales, (2007:459). Las evaluaciones o juicios generales que constituyen la actitud, son algunas de tipo positivo, otras pueden ser negativas y también existen evaluaciones o juicios generales con carácter neutral, las cuales pueden variar en su extremosidad o grado de polarización.

La actitud de carácter neutral también llamada de indiferencia y ambivalencia está caracterizada por la ausencia de actitud, en donde la persona considera al objeto de actitud como algo irrelevante. Al hablar de evaluaciones y juicios globales ambivalentes hace referencia al acto de una persona que experimenta simultáneamente evaluaciones y juicios, tanto positivos como negativos hacia dicho objeto de actitud.

Las actitudes constan de tres componentes básicos: *el pensamiento, lo afectivo y lo conductual*. Lo cognitivo incluye los pensamientos y creencias de la persona acerca del objeto de actitud. El componente afectivo comprende los sentimientos y emociones asociados al objeto de actitud. Finalmente, el componente conductual agrupa las omisiones, las intenciones o disposiciones a la acción, así como los comportamientos dirigidos hacia el objeto de actitud, Morales, (2007).

Como afirma Morales, se pueden ubicar distintas clasificaciones de las actitudes de acuerdo a su función: de organización del conocimiento; instrumental o utilitaria y de identidad expresión de valores.

Una de las teorías que explica la importancia constitutiva de la actitud fundamenta el papel de las creencias. Esta teoría es la llamada: la acción razonada, que se basa en un modelo general y es identificada a través del binomio: expectativa-valor, que parte de la premisa de que toda actitud está determinada por las creencias que se tienen acerca del objeto actitudinal. Este modelo alcanza a describir algunas de las creencias que pueden aportar a la formación y al cambio de actitudes, pero no alcanza a especificar los procesos psicológicos que median la relación entre actitud y conducta, como menciona Morales.

El mismo autor explica que *“las actitudes optimizan las relaciones de los individuos con su entorno, maximizan los “premios” y minimizan los castigos. Dicho de otro modo, a través de las actitudes podemos conseguir lo que queremos y evitar aquello que no nos gusta, contribuyendo de esta forma a crear sensaciones de libertad y competencia. Katz, 1960, citado por Morales (2007:462).*

La mayor parte de las conductas se producen de forma espontánea y las actitudes guían la conducta a través de procesos psicológicos automáticos, en la medida en que una actitud relevante llega a la memoria, la correlación con la conducta asociada con dicha actitud es probable que se produzca en forma automática, con mínima o nula deliberación previa, por parte de la persona, Morales, (2007). Por otra parte es importante reconocer que estos procesos psicológicos no son cien por ciento mecánicos, porque las prácticas no son meras ejecuciones de los hábitos producidos por la educación familiar, escolar y por la introyección de reglas sociales. Es cierto que los hábitos tienden a reproducir las condiciones objetivas que los generaron: un nuevo contexto, la construcción de nuevas posibilidades históricas diferentes, permiten organizar las disposiciones adquiridas y construir nuevas prácticas transformadoras. Del Valle, (2001).

El concepto de actitud es utilizado para denotar la suma total de las inclinaciones, disposiciones, predisposiciones y sentimientos del ser humano; prejuicios o

desviaciones; nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas, y convicciones sobre cualquier tópico específico, entonces una opinión puede simbolizar una actitud, Padilla, (1987).

Después de precisar los componentes básicos del concepto de actitud, se puede bosquejar una definición la actitud hacia la enfermedad mental: es la predisposición del individuo adquirida directa o indirectamente, que lo conduce a una posición positiva o negativa hacia de la enfermedad mental. Esta predisposición en interacción con características posesionales y situacionales lleva al individuo a actuar frente a la enfermedad mental, dentro de un continuo, que varía desde una respuesta favorable a una desfavorable.

En estudios diferentes se ha encontrado que la influencia de variables sociales y demográficas están ligados a ciertas actitudes²⁵, por ejemplo: un alto nivel de educación y niveles jóvenes en cuanto a la edad, están ligadas a una actitud positiva, en cuanto al nivel socioeconómico los resultados son debatibles. En México de los pocos estudios realizados están el de Heller, (1980), que fue un estudio transcultural entre mexicanos y estadounidenses, encontrando diferencia entre ellos, sobre todo la influencia del estado de vida, percepción de la enfermedad mental y del tipo de ayuda solicitada para resolver el problema, por esta misma época llevaron a cabo al sur de la ciudad de México, una investigación y uno de los resultados sobresaliente fue que la percepción de la enfermedad mental está relacionada con la visión de la agresividad y elementos peligrosos,. En otros trabajos realizados sobre la población de Tampico, establecieron diferencias en la identificación de la conducta anormal, Natera, (1987).

Las razones más importantes, de los estudios identificados sobre la actitud ante la enfermedad mental, eran básicamente el conocer las actitudes de la población en general hacia la enfermedad mental; otra es que a partir de la 2° Guerra Mundial, se observó un aumento en la problemática referida a la enfermedad mental, siendo necesario extender más información sobre las características de la enfermedad y a

²⁵Son diversos los procedimientos diseñados para medir actitudes los que podrían clasificarse en dos categorías: procedimientos directos, y los procedimientos indirectos. Los primeros son aquellos en los que se pregunta directa y explícitamente por los juicios y evaluaciones que fundamenta la relación con un objeto de actitud. Los segundos tienen como objetivo el conocer las evaluaciones de las personas sobre el objeto de actitud sin preguntar directamente por él". Morales, (2007: 477).

través de numerosas investigaciones, conocer los efectos de esta información, para así mejorar los servicios y canalizaciones de los casos a la atención especializada.

Hasta 1960 los estudios reportaron una actitud de rechazo hacia el enfermo mental, que surgía primordialmente de ideas, de que el comportamiento del enfermo mental era impredecible, ya que por un lado era agresivo y por otro no podía ser responsable de sus actos.

A finales de los 60's e inicios de los 70's un grupo de investigadores siguieron encontrando, actitudes negativas hacia el enfermo mental, en este grupo estaban Phillips en 1967, Fisher y Farina en 1979, Sarbing y Mancuso en 1970, Olmstead en 1976, Fracchia en 1976 y Mc.Lean en 1979. Todos ellos concluyeron que las campañas por esclarecer la enfermedad mental fracasaban. Morales, (2007).

Tomando en cuenta la definición general de actitud desarrollada en párrafos anteriores, se debe considerar como base un marco conceptual, que plantea que las actitudes están integradas por tres componentes: uno cognitivo, uno afectivo y uno conductual, que corresponden a las creencias, afectos e intenciones conductuales, respectivamente. Bajo este marco se propone la existencia de una cadena causal, en la que el comportamiento está determinado por las intenciones de desarrollar una conducta específica; ésta depende de las actitudes y, a su vez, son función de las creencias sobresalientes. La premisa básica es que se tienen ciertas creencias acerca de la enfermedad mental, que determinan las actitudes, o sea, la predisposición a reaccionar de determinada forma y desarrollar conductas específicas al respecto", Morales, (2007).

Con los elementos desarrollados, se puede plantear la posibilidad de que las actitudes pueden ser modificables, sobre todo a través de programas diseñados bajo fundamentos teóricos, de experiencias sometidas a procesos sistematizados, como es la propuesta de intervención psicoeducativa, a través del PPCPPTLP.

4.3.2 La carga global en el Cuidador Primario

El concepto de carga ha sido considerado en forma relevante a nivel psicológico y social, pero adolece de suficiente elaboración teórica, dicho concepto se remonta a principios de los 60's, concretamente a un trabajo realizado por Grand y Sainsburys en 1963, citados por Montorio, (1998), dicho estudio fue diseñado para identificar los efectos que tiene sobre las familias, el mantener en la comunidad a pacientes psiquiátricos como parte de la asistencia psiquiátrica comunitaria que se estaba implementando en Gran Bretaña en aquellos años.

La convivencia con la familia repercute de una manera importante sobre el curso de cualquier enfermedad, y en un trastorno mental mayor, es trascendente esa convivencia, es interesante identificar los parámetros de influencia y cómo regula estos efectos la familia. En estudios de esquizofrenia se ha demostrado que la carga familiar se refiere al estrés emocional, social y económico que la enfermedad impone sobre la familia, esto es registrado y reportado generalmente por el CP y es asociado con resultados clínicos y psicosociales bajos.

El concepto de carga es utilizado como un término integrador que hace referencia a la totalidad de la experiencia de cuidado para con un familiar o amigo enfermo, incluyendo los efectos en el bienestar físico, psicológico y socioeconómico, así como la capacidad de afrontar y ajustarse a dicha circunstancia.

Hoenig, (1965) realizó la primera distinción del constructo, dividiendo en carga objetiva y carga subjetiva. El propósito de la división fue enfatizar la diferencia entre las repercusiones observables y las reacciones emocionales que presenta el CP a consecuencia de proporcionar el cuidado.

Este autor, menciona que la carga objetiva hace alusión a ciertas conductas disruptivas de la enfermedad mental que causan problemas familiares y se hacen menos tolerables, debido al agotamiento del CP. Además, se encontró que una o más de las siguientes conductas enfadan en un 60 por ciento a los cuidadores: hostilidad, agresividad, irritabilidad, costumbres ofensivas, aislamiento y conductas que requieren una supervisión constante del CP.

Otros estudios, incluyen que son problemas identificables, potencialmente verificables asociados directamente con el paciente y en los miembros de la familia que pueden afectar aspectos físicos y mentales y son un factor de riesgo para desarrollar alguna enfermedad crónica esta carga incluye problemas económicos debido al tratamiento psiquiátrico; interrupción, en la vida cotidiana; restricción en la vida social y alteraciones en las relaciones interpersonales debido a la demanda de proporcionar cuidado.

La carga objetiva se define por la descripción de todo lo que la familia soporta como consecuencia de la enfermedad de uno de sus miembros. Cualquier alteración potencialmente verificable y observable. Operativamente se hace referencia a las alteraciones en el trabajo, vida social, el tiempo libre, tareas en casa, las finanzas y las interacciones dentro y fuera de la familia²⁶.

Carga subjetiva es la sensación de soportar una obligación pesada y opresiva, se reporta como una reacción subjetiva del cuidador ante las tareas que asume por el hecho de cuidar al paciente. Pero también la carga subjetiva puede ser producida por factores subjetivos no relacionados directamente con las tareas asumidas por el cuidador, ni por los comportamientos del paciente. Por ejemplo, la angustia por el hecho de que el paciente nunca llegará a ser lo que hubiera podido ser. Además, se distingue dos áreas de carga subjetiva:²⁷ salud física y mental; malestar subjetivo:

²⁶Descripción de algunas de las esferas afectadas: Tareas de la casa: cuando un miembro de la familia se ve imposibilitado para cumplir sus tareas, otro tiene que asumirlas. Si además el otro miembro de la familia asume las tareas adicionales además del cuidado, supervisión y control del paciente, se ve obligado a abandonar o delegar en otro sus funciones actuales y habituales en el hogar. Relaciones familiares: las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia de los enfermos mentales suelen volverse tensas debido a la aparición de nuevas obligaciones hacia el familiar enfermo y la necesidad de asumir más tareas de la casa. Relaciones sociales: la estigmatización puede inducir a mantener el secreto e incluso ocultar y negar la enfermedad. En ocasiones para conseguirlo se rompe el contacto con los familiares y amigos hasta perder todo contacto social y toda posibilidad de ayuda por su parte. Esta falta de apoyo social hace a los familiares del enfermo más vulnerables a padecer problemas de ansiedad y depresión. Tiempo libre y desarrollo personal: la sobrecarga de tareas no sólo limita las relaciones sociales, sino también cualquier posibilidad de desarrollo personal o vocacional. El tiempo libre desaparece y con él, las oportunidades para desarrollar las aficiones, deportes y/o vacaciones. La economía: los ingresos económicos de la familia se reducen, en primer lugar por la pérdida de capacidad de trabajo del enfermo. En segundo lugar es frecuente, que la necesidad de cuidar al enfermo disminuya también la capacidad de trabajar en los otros integrantes de la familia; por otra parte los gastos aumentan, tanto por las necesidades especiales de cuidado, de los pacientes, como por las conductas destructivas de los mismos sentimientos de pérdida. Todos estos sentimientos se combinan, originados algunas veces por la propia enfermedad y otras por los cambios que ésta produce en la vida de los CP. Hoening, (1965).

²⁷Una de las áreas afectadas es la salud: tanto la salud física y la mental de los CP por la presencia de un enfermo mental grave en el entorno familiar. La salud física puede alterarse por agresiones del enfermo o por alteraciones psicosomáticas: pérdida de apetito, ahogo, dolor de cabeza, de estómago y accidentes discapacitantes. La salud mental se altera y aparecen síntomas de tensión, ansiedad, irritabilidad, insatisfacción o depresión. Dentro de la carga subjetiva se considera también el malestar subjetivo que incluye una gran variedad de sentimientos negativos y emociones: culpa, incertidumbre, ambivalencia, odio, angustia, compasión y sentimientos de pérdida. Todos estos sentimientos se combinan, originados algunas veces por la propia enfermedad y otras por los cambios que ésta produce en la vida de los CP. Hoening, (1965).

sentimientos y emociones negativas. También se puede entender en términos de los sentimientos familiares a consecuencia de brindar cuidado y la atención emocional, incluyendo sentimientos como estigma, pérdida, miedo y preocupación que surgen de afrontar una enfermedad mental.

La naturaleza cíclica de la enfermedad mental (estabilidad-recaída-estabilidad-recaída) origina preocupación y dificultades en las personas que brindan cuidado al enfermo. En las ocasiones que el paciente se encuentra estable y funcionando adecuadamente o se encuentra bajo un tratamiento, aparece en la familia un sentimiento de esperanza y tranquilidad; mientras que en los momentos que aparece la sintomatología se viven como terribles, desagradables y desoladores.

Existen familiares que desempeñan una gran labor sin manifestar problemas de adaptación a este rol de CP. Mientras que otros no proporcionan ningún cuidado al paciente y refieren elevados niveles de angustia y malestar por la enfermedad.

Se ha mencionado que la carga subjetiva está relacionada con la carga objetiva, pero en ciertos CP pueden presentarse altos niveles de carga objetiva, debido a que aún se están adaptando a los cambios de su rutina y pueden sentir bajos niveles de carga subjetiva; mientras que otros cuidadores pueden reportar carga objetiva baja pero alta carga subjetiva porque aparentemente se registran cambios abruptos en su rutina y por ello reportan mayor carga subjetiva.

Los efectos mediáticos y contextuales de las características sociodemográficas, tales como la edad de los padres, años de educación, estado marital, el sexo del paciente y el rol, pueden influir en los sentimientos de carga. Por ejemplo, cuando los padres comparten el hogar con los pacientes, es más probable que provean mayor cuidado directo y supervisión pero al mismo tiempo experimentarán mayores disrupciones de vida ante la enfermedad de sus hijos.

En el cuidado por parte de los padres hacia el paciente, diversas investigaciones han reportado que los cuidadores de mayor edad presentan mayor carga. Parece ser que hay un incremento en la carga en los padres de mayor edad (40-50 años) por la advertencia de su propia mortalidad, pues experimentan las limitantes propias del envejecimiento.

El sexo del cuidador es otro factor relevante ya que se menciona que los cuidadores del sexo femenino reportan una mayor carga pues encuentran el cuidado más estresante, ya que por cultura es asignado de manera natural el rol. Aunado a lo anterior, se aumenta la percepción de carga si el cuidador es separado o viudo ya que la gente casada o con pareja experimenta menor carga.

Se ha mostrado que el género del paciente contribuye a la carga experimentada por los cuidadores; los pacientes masculinos la incrementan, ya que en los reportes de los cuidadores sobre su ejecución actual y actividades sociales se encuentran mayor déficit; en cambio, se reportó que las mujeres con enfermedades mentales graves llevaban acabo una serie de tareas, a pesar de presentar síntomas psiquiátricos serios.

Aparentemente un paciente joven puede ser causa de mayor carga en los cuidadores, ya que su incapacidad para mantener un trabajo remunerado (área ocupacional) y por ende no tener ingresos (área económica), provocará dependencia económica de la familia, lo que genera una gran tensión entre los miembros de la misma.

Otro elemento de interés, es el aspecto cultural en las madres latinas, es el rol asignado de cuidadoras, lo que las conlleva a experimentar altos grados de estrés en el manejo de la enfermedad; lo que se hace aún más difícil por las condiciones sociales adversas, como son los escasos recursos económicos y el ser madre soltera.

Sin dejar de lado las condiciones estresoras que se definen como factores de origen externo y que no están bajo el control del cuidador, pero que repercuten de manera importante en el mismo, es relevante señalar que en la interacción con el medio ambiente y por ende en la relación que tiene con su familiar enfermo.

Si los cuidadores reciben educación respecto a la enfermedad, pueden prepararse y anticiparse al declive del paciente más fácilmente, así como aceptar la atención hospitalaria, cuando la situación se vuelve inmanejable; pueden sensibilizarse respecto a la importancia de prevenir la posible presencia de la sintomatología, ya que ellos mismos parecen darle gran importancia a la dimensión del conocimiento cuando aceptan de manera consciente la responsabilidad del paciente.

Se sugiere que una reducción significativa de la carga, puede esperarse sobre todo después de una intervención psicoeducativa, encontrándose un mejoramiento, en los siguientes campos:

- La tolerancia de los cuidadores hacia la conducta del paciente (como puede ser el generar altos niveles de actitudes positivas, hacia el paciente y lograr niveles bajos de evitación y resignación).
- Apoyo práctico provisto por las familias que nace de su red de apoyo social.
- El curso de la enfermedad del paciente (sugerido por el menor número de hospitalizaciones, en el período de seguimiento, comparado con el del año precedente).
- La mejora reflejada en el funcionamiento biopsicosocial del paciente.

Al precisar el concepto de carga, carga objetiva, carga subjetiva y los aspectos más relevantes que se involucran en el cuidado del paciente psiquiátrico, permite el identificar áreas de oportunidad que el ts puede retomar para diseñar estrategias de intervención psicoeducativa, que atiendan de manera integral la demandas de las familias, concibiendo al paciente como elemento de un sistema.

Para concluir este apartado, existe otro término que nos brinda un panorama de la problemática específica del CP denominada *“colapso del cuidador, que engloba un síndrome geriátrico que representa el costo físico, psicológico, emocional, social y económico que puede experimentar la familia o el cuidador primario de un paciente discapacitado o con una enfermedad crónica. La importancia en la identificación y tratamiento temprano del cuidador colapsado radica en el incremento de su propia movilidad y mortalidad; y es que el cuidador con altos niveles de agotamiento está en alto riesgo para desarrollar trastornos afectivos como ansiedad y depresión, los cuales tendrán que ser buscados en forma intencional por el trabajador de la salud”* Fuentes, A. (2010:1).

Se habla de colapso del cuidador cuando éste ha estado sometido a un agotamiento producido por la sobrecarga de su capacidad y recursos; que resulta ser un costo oculto, desde la búsqueda y adherencia al tratamiento del paciente psiquiátrico. Por lo que los CP deben ser identificados en la consulta de primer contacto, como pacientes en potencia. De acuerdo a la alta incidencia de trastornos afectivos entre cuidadores, de manera rutinaria, se debe de localizar la presencia de estos padecimientos y de

las áreas de oportunidad de cada caso, para la detección oportuna tanto para el CP como para el paciente. Fuentes, A. (2010), por lo tanto, para cubrir esta detección, la aplicación de PP, son una herramienta valiosa en la promoción, prevención y tratamiento de desajustes emocionales y problemas de salud mental.

4.3.2.1 El estrés y ansiedad en el Cuidador Primario ---

El estrés es la presión que experimenta el ser humano en relación a su entorno, que lo tensiona por falta de una respuesta adecuada. El ser humano también puede autoproducirse el estrés, al crear una forma negativa y pesimista de ver la vida. Este fenómeno es un hecho inevitable de la vida. Afecta a todas las personas y una cierta dosis es necesaria para promover el buen funcionamiento de éstas. Demasiado estrés llega a producir un problema de salud entre otros, puede ser el trastorno de ansiedad.

Dentro de los factores principales que producen el estrés se encuentran el enfrentar la experiencia al cambio, especialmente el cambio repentino y desagradable; muchos cambios o muy drásticos producen tensiones nocivas. Como: pérdidas personales, o cambios en: las condiciones de vida familiar; laboral; económica; o bien, la presencia de una enfermedad grave o accidentes; como es natural pensar en el estrés no sólo va a afectar al miembro que lo padece sino desde luego afectará a cada uno de los integrantes de la familia en mayor o menor grado, hasta el momento de llegar a debilitar el sistema de defensas biopsicosociales.

Muchas de las teorías sobre lo que ocurre bajo condiciones de un prolongado estrés son especulativas. Hans Selye define el estrés caracterizado por un síndrome específico consistente en presentar cambios inducidos en forma no específica, que se presentan dentro del organismo. El estrés es una configuración definida de procesos biológicos que se desencadena por uno o muchos factores, por lo que se le llama también síndrome general de adaptación. Citado por Amezcua, (1999).

En otro estudio realizado, se observa que el progenitor que más cuida de los hijos es el que se percibe como más cálido y menos controlador, aclarando que en contraposición existen las familias sesgadas, en las cuales se observa que existe una relación muy

estrecha del sexo opuesto. Se da la rivalidad entre progenitores que llevan al individuo hacia un estado de estrés y muy probablemente lo lleva a la enfermedad mental cuando hay una pobre capacidad adaptativa.

De acuerdo a Amezcua, cuando está presente en alguno de los miembros de la familia un trastorno de personalidad, en primer lugar se dificulta aceptar la enfermedad mental por todo el estigma que lo rodea y en segundo lugar el desconocimiento de los síntomas, magnitud de la enfermedad, pronóstico y posibilidad de control. Encontrándose el CP sin herramientas para lograr la mejora en la calidad de vida, lo que resulta ser un reto individual y colectivo. Es entonces, cuando se debe examinar la conducta actual y aprender a mejorarla así como fijarse metas para cambiar. Por lo tanto, es indispensable que el CP identifique sus principales estresores, la importancia de éstos y su afrontamiento actual, teniendo presente estos tres pasos se dice que está en vías de controlarlo.

Al hacer referencia a la ansiedad, se está hablando de una reacción ante el proceso de adaptación que prepara al individuo para dar una respuesta adecuada, ante un conjunto de situaciones que se consideran importantes para la persona, sobre todo aquellas que ponen en juego la imagen o prestigio ante los demás. El reaccionar con cierto grado de ansiedad es natural, puesto que ayuda a prepararse para poner en marcha los recursos, la energía suficiente para activarse y obtener un resultado adecuado, para conservar la posición adquirida.

Se puede decir que cualquier persona ha experimentado en algún momento de su vida, algún nivel de ansiedad, que resulta ser una sensación de aprehensión difusa, desagradable y vaga que suele ir acompañada de síntomas físicos (dolor de cabeza, palpitaciones, opresión del pecho, molestias gástricas e inquietud, por ejemplo). La forma e intensidad en la que se presentan los síntomas en cada persona es variable, Vargas Álvarez, (2007).

Cuando se activan las alarmas en falso, es cuando ya no se ubica la reacción como saludable; en ocasiones se activan sin saber muy bien la causa, o porque se le da una importancia exagerada a una situación o a una respuesta fisiológica que se dispara con la misma ansiedad. Las mujeres, como grupo, registran mayor puntuación en los

tests de rasgos de ansiedad, o nivel general de ansiedad, que los hombres, Cano, (2005). Comenta Vargas Álvarez, que la ansiedad es una señal de alerta, es un miedo generalizado sin objeto, es una anticipación a un daño en el futuro.

Siguiendo a Cano, cuando una persona lleva un tiempo prolongado, sometida a condiciones de estrés de nivel considerable, tiende a desarrollar niveles más altos de ansiedad. El alto nivel de ansiedad que mantiene a lo largo del tiempo, será la primera señal de peligro, que se presenta en los diversos ambientes, como puede ser el ambiente familiar en donde existen problemas de salud crónicos y degenerativos.

Menciona Cano que presentar un elevado nivel general de estrés puede ser considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad (crisis de ansiedad, agorafobia, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático y trastorno de ansiedad por abuso de sustancias). La ansiedad patológica es distinta por su forma de presentación, la cual es de mayor intensidad, con mayor exageración, desencadenada sin motivo aparente y se experimenta repetidamente a lo largo del tiempo, Vargas Álvarez, (2007). Cuando una persona tiene un trastorno de ansiedad, presenta componentes tanto físicos o somáticos y emocionales, los cuales le trastornan la vida diaria con alta intensidad, con exagerada frecuencia, a veces por semanas, meses o hasta años.

Diversas investigaciones han llevado a la conclusión de que el comportamiento y actitudes de los padres hacia los hijos son muy diversos, y comprende desde la educación más estricta hasta la extrema permisividad, de la calidez a la hostilidad, o de la implicancia ansiosa a la más serena despreocupación. Dichas variaciones en las actitudes generan muy distintos tipos de relaciones familiares.

4.4 Sobreprotección-rechazo y Culpa: Actitudes frecuentes en los Cuidadores Primarios de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad

De acuerdo a los diferentes estilos de crianza se puede mencionar que la relación que sostienen los padres permisivos y los padres autoritarios, no fomentan la llamada Zona

de Desarrollo Próximo (ZDP), ya que los padres autoritarios están más pendientes de los errores de sus hijos que de lo que potencialmente podrían realizar; y en los padres permisivos no existe claridad sobre las capacidades del hijo ni de sus limitaciones, por lo que no promueven una relación que estimule la regulación y menos promueven el fomentar la formación de estrategias de autorregulación. Los padres asertivos sí promueven el desarrollo de la ZDP.²⁸

Sin perder de vista que toda familia se encuentra inmersa en un contexto histórico social amplio, en donde imperan las leyes del capitalismo globalizado en el cual se gesta y se regulan las formas determinantes de ejercer la maternidad, paternidad, crianza y educación en las familias, y es sabido por todos, que la familia se encuentra dentro de un sistema sociocultural globalizante, que influye en los estilos de crianza de los padres, debido en parte a las creencias predominantes sobre la efectividad de ciertas tácticas educativas, que corresponden a las metas y expectativas de los padres con relación a las interacciones entre padres e hijos. Greenfield, (1998).

En el meta-análisis de los resultados de diversas investigaciones, describen que las creencias, los valores en la familia y las prácticas de crianza, permeaban las relaciones del padre y madre con sus hijos; inclusive indican que estos resultados demuestran la manera en que la cultura contribuye a la formación de las prácticas de crianza. Giles, (2005).

En las diferentes sociedades humanas la familia, teóricamente debe cumplir la función vital de la reproducción en su sentido amplio, para lo cual brinda protección a sus miembros de carácter físico, económico, social y psicológico. Horton, (1989).

La psicología del desarrollo ha descrito dos factores que determinan la cualidad de la crianza, los cuales son el afecto y el control. La crianza ideal consiste en promover suficiente soporte emocional y afectivo para construir el apego y la autonomía suficiente, para que posteriormente se presente la separación de los miembros del subsistema

²⁸El concepto de zona de desarrollo próximo, introducido por Lev Vygotski ya desde 1931, es la distancia entre el nivel de desarrollo efectivo del alumno (aquellos que es capaz de hacer por sí solo) y el nivel de desarrollo potencial (aquellos que sería capaz de hacer con la ayuda de un adulto o un compañero más capaz). Este concepto sirve para delimitar el margen de incidencia de la acción educativa. [Fecha de acceso 11/09/2009]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/ZDP>

hijos (subsistema fraterno), Paris, (1993). Las actitudes, valores y conductas de los padres influyen sin duda en el desarrollo de los hijos, al igual que las características específicas de éstos, influyen en el comportamiento de los padres.

En la mayoría de los casos la hostilidad paterna o la total permisividad por ejemplo, suelen relacionarse con niños muy agresivos o rebeldes; y por el contrario, al existir una actitud cálida y restrictiva por parte de los padres suele dar como fruto niños con comportamiento disciplinado y razonable, Álava, (2004).

De acuerdo a diversos estudiosos de la familia, han construido diferentes clasificaciones y estilos para impartir la crianza y la educación de los hijos. Para fines de explicar la sobreprotección se retoma la clasificación de los padres permisivos o inconsistentes. Brown, (1987), quienes realizan una clasificación de los distintos estilos de relación paterna: padres autoritarios o directivos, padres permisivos o inconsistentes y padres asertivos o que apoyan (relación saludable). Porque de acuerdo a la opinión de Holden, (1989), aclara que los diversos estilos de crianza influyen directamente en el comportamiento de los seres humanos.

Los padres permisivos o inconsistentes se comportan de una manera afirmativa y altamente tolerantes y “bondadosos” hacia los caprichos y acciones de sus hijos. La creencia del saber ideológico del padre permisivo es dar a su hijo extrema libertad mientras no se mate. La concepción de libertad para el padre permisivo significa ausencia de restricciones, no existe conciencia del proceso de independencia que tiene que vivir el hijo, Baumrind, (1973).

Los estudiosos de la familia coinciden en que una característica de la educación permisiva es que los padres presentan dificultades para instalar límites en la conducta de los hijos, quienes terminan haciendo lo que los hijos quieren, Corkille, (1991). Los efectos de este estilo de crianza son desastrosos sobre los hijos, los cuales están más perturbados que los hijos de los padres autoritarios, fallan por ejemplo en considerar los derechos de los otros, su relación social se conflictúa y tienen problemas en ajustarse a los límites del mundo social exterior. Con frecuencia esperan de los demás le satisfagan sus caprichos como lo hacen sus padres e invariablemente tienden a frustrarse. En este tipo de relación permisiva los hijos se aferran a no renunciar a los

privilegios y poder, que los padres les han otorgado con facilidad; circunstancias que no conducen ni propician la responsabilidad, madurez, autocontrol y autodisciplina, lo cual eventualmente los llevan al rechazo y consistentemente al fracaso de la mayoría de las áreas de funcionalidad.

Existen cuatro patrones universales que utilizan las personas para resolver la amenaza del rechazo. Al sentir y responder a la amenaza, una persona que no desea revelar debilidad tratará de disfrazarla, a través de alguna de las siguientes formas:

1. Aplacar, para que la otra persona no se enfade.
2. Culpar, para que la otra persona la considere fuerte (si el compañero se marcha será por culpa suya no mía)
3. Calcular, para enfrentar la amenaza como si fuese inocua, la autoestima personal se oculta detrás de impresionantes palabras y conceptos intelectuales.
4. Distraer, para ignorar la amenaza actuando como si no existiera (tal vez si actúo así suficiente tiempo, desaparezca).

Es frecuente que los cuerpos aprendan a reflejar los sentimientos de valía personal sin darse cuenta. Si la autoestima está en duda, los cuerpos expresarán esto mediante manifestaciones físicas, Sátir, (1988)

Los hijos en este estilo de crianza presentan pobre tolerancia a la frustración, tienen dificultad al enfrentar los desafíos, presentan complicaciones para considerar los puntos de vista de los otros y existen fracasos frecuentes en las tareas cognoscitivas. Los padres que ejercen este estilo de crianza, presentan un pobre desarrollo para el apoyo y la función de guías, lo cual repercute en el desarrollo de la autorregulación afectiva.

En el proceso de regulación rumbo a la autorregulación, se identifica que los padres comprenden por apoyar y guiar diferentes concepciones, algunos padres se abocan de acuerdo a su concepción, a resolver ellos mismos los problemas de sus hijos, lo que define la relación permisiva y de sobreprotección; otros en función de su entender, responden dando aportaciones de elementos para que el hijo construya alternativas, lo que definirá la relación asertiva; y otros padres, tienden a dejar que los hijos se enfrenten solos con sus propios recursos y limitaciones a la situación problemática, lo

que determina la relación permisiva e inconsistente. En función de estos enfoques, se van conformando los estilos de crianza o de relación padres-hijos y presentan efectos cualitativamente diferentes en el desarrollo de la personalidad de los hijos.

Desde la teoría del amor, se explica la existencia de madres dominantes y posesivas y la relación que guardan con el hijo, la cual será de sometimiento por entero a su voluntad, el control y dominio constituyen un objeto natural de satisfacción para este tipo de mujeres, Fromm, (1973: 65).

Es posible que la actitud familiar explique los reingresos, recaídas y abandono del tratamiento, entre otros aspectos. Lo anterior se apoya en estudios previos, Hollingshead (1958), hicieron un estudio cuyos datos finales refieren que las actitudes de la familia determina dos situaciones: ¿Quién entra en el hospital? y ¿Quién dentro del hospital, mejora o se deteriora?

Podemos decir que la culpa es una vivencia interna, más o menos consciente, de haber violado una o algunas normas familiares, morales o sociales: una prohibición de no hacer algo o una exigencia de hacer algo, y por lo mismo, aparece el miedo al castigo y al rechazo. Se produce una pérdida de autoestima que es dolorosa y en algunos, tan intensa, que se registra como un aniquilamiento psíquico.

Esas normas familiares han sido incorporadas en la mente desde la más temprana infancia. En la relación con los padres (u otros adultos significativos), el niño va aprendiendo que hay conductas que reciben aprobación y premios y otras que, por el contrario, producen enojo, rechazo o castigo. Se constituye su “*conciencia moral*” que será la que aprueba o desaprueba sus pensamientos, sentimientos y acciones.

Dice Narramore, (1974); que la mayoría de la gente no apela al castigo físico, lo sustituye por un dolor o amenaza mental de castigo. Esto se manifiesta en diversos síntomas, cuyo sentido es el intentar manejar esa vivencia dolorosa, a continuación se enlistan algunos de ellos:

1. Autocondena: que puede generalizarse a toda la vida de la persona. Siente que todo lo hace mal y por tanto es digna de castigo por parte de Dios, la ley,

la iglesia, etc. Tampoco pueden perdonarse a sí mismas.

2. Autocastigo: acusaciones generalmente sin una base real que pueden llevar, por ejemplo, a accidentes de todo tipo, a fracasos en distintos áreas (trabajo, pareja, familia, estudio, etc.), incluso en casos extremos, llega a favorecer las infecciones o los desórdenes alimentarios.

3. Conducta de tipo ejemplar: es un intento (muchas veces inconsciente) de aplacar sentimientos de culpa.

4. Hostilidad y críticas indebidas: proyecta sobre otros, la hostilidad que le generan sus propios sentimientos de culpa, y produce duras críticas de actitudes en los otros, pero que son semejantes a las que realiza. Sería “la paja en el ojo ajeno”.

5. Incapacidad de decir “no”: temen tanto el no lograr aprobación que aceptan todo, aún cuando ello, le signifique un compromiso o esfuerzo que exceda sus posibilidades.

6. Necesidad de actuar siempre bajo presión: las cosas se acumulan y ello aumenta el sentimiento de culpa, pero éste paraliza.

7. Poner siempre a los demás antes que a uno mismo: han aprendido que todo es deber y responsabilidad.

8. Intento de ganar el perdón mediante regalos para ocultar la culpa: padres ausentes; que cometieron infidelidad; que castigaron injustamente pero no lo reconocen.

9. Sentido de inferioridad por no lograr lo que exige su “Yo Ideal”: en esta cultura en donde “tanto tienes tanto vales”, la falta de trabajo, de progreso, de determinados bienes, de juventud, belleza, delgadez extrema, etc. produce culpa.

10. Justificar las acciones para negar la culpa: la persona se dice a sí misma cosas similares a éstas: “bueno, no es tan grave”; “si otros lo hacen no puede ser tan malo”; “en verdad no quería hacerlo, quise hacer lo mejor”.

Como puede observarse, en algunos párrafos se citan pasajes de la Biblia, ello debido a que, la Religión principalmente, ha utilizado la culpa como elemento represor que regula las acciones y pensamientos de las personas, frente a un ente superior “Dios” que se halla en posición de juzgarlas como “buenas” o malas” y por consiguiente, de castigar y/o perdonar.

La culpa será saludable, cuando se concibe como responsabilidad que permita brindar a los involucrados en una situación familiar, la posibilidad de corregir los errores que se relacionan con la salud mental; y es enferma, cuando afecta la salud integral de la persona, debido a que ningunos de los involucrados identifica, acepta y modifica conductas y actitudes en la interacción familiar.

CAPÍTULO 5.

CAMBIO DE ACTITUDES EN LOS CUIDADORES PRIMARIOS ANTE EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

5.1 Metodología

5.1.1 Pregunta de investigación

¿La participación de los Cuidadores Primarios en un Programa Psicoeducativo, influirá en el cambio de las actitudes y disminuirán los niveles de estrés y ansiedad, frente al paciente con Trastorno Límite de la Personalidad?

5.1.2 Objetivos

5.1.2.1 Objetivo general

Analizar el cambio en las actitudes, así como la disminución en el nivel de estrés y ansiedad ante el paciente con Trastorno Límite de la Personalidad, a través de la participación de los Cuidadores Primarios en un Programa Psicoeducativo.

5.1.2.2 Objetivos específicos

1. Comparar las actitudes de los Cuidadores Primarios ante el paciente con Trastorno Límite de la Personalidad, antes y después de su participación en el Programa Psicoeducativo.
2. Comparar los niveles de estrés y ansiedad registrados por los Cuidadores Primarios ante el paciente con Trastorno Límite de la Personalidad, antes y después de haber participado en el Programa Psicoeducativo.

5.1.3 Hipótesis

“Si los Cuidadores Primarios de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad participan en un Programa Psicoeducativo, entonces cambiarán sus actitudes y disminuirán sus niveles de estrés y ansiedad ante el paciente”.

5.1.3.1 Variables:²⁹

Variable Independiente

VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADORES ³⁰	SESIONES PSICOEDUCATIVAS	TÉCNICAS
PROGRAMA PSICOEDUCATIVO	CONOCIMIENTOS SOBRE EL TLP.	1, 3, 4, 5, 6, 11 Y 12	EXPOSITIVAS. DIÁLOGO-DISCUSIÓN. PSICODRAMÁTICAS.
	IDENTIFICACIÓN DE ACTITUDES QUE GENERAN MALESTAR EN EL CUIDADOR PRIMARIO.	1,2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11 Y 12	
	INTERACCIÓN FAMILIAR.	1,2, 3, 4,5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 Y 12	

Matriz de análisis 1

A partir del marco teórico, se definen los parámetros que permitirán la medición de los indicadores de cada una de las Variables, con el siguiente procedimiento: En primer lugar, se elaboró una definición conceptual tanto de la Variable Independiente como de las dos Variables Dependientes; de los Indicadores que integran las áreas a evaluar, y de las definiciones de dos palabras claves, que guían el proceso metodológico: Actitudes y Cuidador Primario. Posteriormente, se construyó la definición operacional de cada uno de los elementos puntualizados.

²⁹Una variable es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse y observarse. Una variable origina una causa y simultáneamente o posteriormente es efecto”. Hernández, (2003: 143).

³⁰Como se puede observar en la matriz de análisis número 1, durante el desarrollo de las 12 sesiones los indicadores de la Variable Independiente, fueron ejes de intervención constante para poder cubrir adecuadamente el objetivo general del Programa Psicoeducativo, el cual es: “Que los familiares identifiquen, a través de procesos psicoeducativos, las emociones que les generan sus pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, lo que puede promover el cambio de actitudes ante el paciente y la enfermedad, paralelamente se espera reducir sus niveles de ansiedad y estrés; así como encontrar dentro del grupo, alternativas de solución ante situaciones que enfrentan”

Definición conceptual de Programa Psicoeducativo (Variable Independiente):

Un Programa Psicoeducativo (PP), es un documento que ordena la secuencia de las acciones para lograr objetivos en el campo de la educación para la salud, que se construye a partir de un modelo de atención, denominado psicoeducación; que es directriz del proceso, mediante el cual se pretende modificar ideas, creencias sentimientos y conductas de determinada población, en relación a un tema de salud de interés común; tomando en cuenta los factores: psicológicos, educativos, culturales y motivacionales; e incluye conocimientos básicos sobre la enfermedad específica y la manera en que ésta, ha afectado la vida del paciente y de su familia, tal como lo manifiesta, Vieta, (2002), quien también puntualiza que se debe trabajar sobre la conceptualización de la enfermedad y fomentar la participación activa de los involucrados, que es la herramienta primordial de esta intervención psicoeducativa, que también repercute en la adherencia terapéutica.

Definición operacional de Programa Psicoeducativo (Variable Independiente):

Para efectos de esta investigación y en concreto, de la Variable Independiente, se diseñó un Programa Psicoeducativo de doce sesiones, fundamentado en el modelo de intervención psicoeducativa, el cual aborda los campos: cognitivo y psicosocial, que permiten transmitir conocimientos a través de la comprensión de éstos; y se promueve además, el cambio en la interacción familiar y social. Para ello, se implementaron técnicas de información integral sobre el padecimiento (síntomas, diagnóstico, pronóstico y comorbilidad del TLP) que facilitó la exploración de emociones en la interacción entre el CP y el paciente. Así como la implementación de técnicas psicodramáticas (vivenciales) para explorar la interacción familiar y experimentar el entrenamiento de roles (dramatizar escenas del pasado, y una nueva, donde el CP puede entrenar cambios en sus conductas de la vida cotidiana), con la finalidad de que éste adquiera herramientas para enriquecer, modificar o recrear el rol que ejerce, con la intención de formar nuevos vínculos interaccionales entre los miembros del grupo familiar. También, a través del psicodrama, se exploró el conflicto por medio de la acción, porque uno de los objetivos de esta técnica es: trabajar la realidad interna para entenderla, describirla y modificarla, y de esta manera, promover el cambio en las actitudes de los CP. Es relevante puntualizar

que durante las doce sesiones se fomentó entre los CP el ejercicio constante de la comunicación afectiva y verbal.

Variable Dependiente 1

VARIABLE DEPENDIENTE 1	INDICADORES DEL CEICACPPTLP Y CEFCACPPTLP	REACTIVOS DEL CEICACPPTLP Y CEFCACPPTLP	TÉCNICA
ACTITUDES DEL CUIDADOR PRIMARIO FRENTE AL PACIENTE CON TRASTORNO CON LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.	COMUNICACIÓN AFECTIVA	5, 6 Y 7	ENTREVISTA GRUPAL ESTRUCTURADA
	COMUNICACIÓN VERBAL	11, 18 Y 19	
	MANEJO DE CONFLICTOS	8, 9 10, 17, 20, 21 Y 22	
	HABILIDADES PARA LA NEGOCIACIÓN	12 Y 23	
	HABILIDADES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LÍMITES	13, 14, 15, 16	

Matriz de análisis 2.

Definición conceptual de Comunicación Afectiva:

La Comunicación Afectiva (CA) es la comunicación compleja, consciente e inconsciente que utiliza el lenguaje del cuerpo para el funcionamiento armónico de la interacción social; la emoción y el afecto que se expresan por lo general, a través de este lenguaje, Álava, (2004).

Definición operacional de Comunicación Afectiva:

La Comunicación Afectiva, es la que utiliza el CP cuando expresa sus emociones, a través de los movimientos corporales: gestos, ademanes, posiciones del cuerpo, contacto táctil y visual, silencios y tonos de voz, conscientes e inconscientes. Cuando describe sus sentimientos y emociones, puede lograrse su registro. La CA fue evaluada, por los reactivos 5, 6 y 7 de los cuestionarios: Cuestionario de Evaluación Inicial del Cambio de Actitudes en los Cuidadores Primarios de Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (CEICACPPTLP) (Ver Anexo 3) y el Cuestionario de Evaluación Final del Cambio de Actitudes en los Cuidadores Primarios de Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (CEFCACPPTLP) (Ver Anexo 6), lo mismo se realizó con los otros cuatro Indicadores, de la Variable Dependiente 1. El reactivo 5 evalúa las dificultades del CP para expresar emociones, y por lo tanto, hará consciente lo inconsciente, sobre

todo en el ejercicio de la CA, para permitir la expresión de las emociones. El reactivo 6 mide la tendencia del CP a expresar sus emociones o de reprimirlas; mientras que el reactivo 7, es para hacer mensurable el desbordamiento emocional del CP ante el paciente con TLP, cuando se presenta una emoción altamente expresada.

Definición conceptual de Comunicación Verbal:

Los seres humanos para comunicarse alternan el rol de transmisor y de receptor de contenidos --fundamentalmente de palabras articuladas-- para que se dé el proceso de comunicación; el lenguaje verbal es inseparable de los procesos de la comunicación afectiva o analógica, es decir, son inherentes a la Comunicación Verbal (CV) cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones, Watzlawick, (1985).

Definición operacional de Comunicación Verbal:

La Comunicación Verbal se define para efecto de la Variable Dependiente 1, como los recursos con los que cuentan los CP para verbalizar sus ideas; de acuerdo a su opinión registrada en los reactivos 11, 18 y 19 de los cuestionarios de evaluación utilizados. El reactivo 11 fue construido para medir la intención de ejercer una comunicación vertical, donde se marca la imposición de parte del CP sin presentar la flexibilidad para el intercambio de los roles de receptor y transmisor y promover la retroalimentación. El reactivo 18 fue diseñado para evaluar si el CP cuenta con una comunicación clara. Y el reactivo 19, fue incluido para cuantificar la dificultad que tiene el CP para darse a entender, desde lo semántico y lo relacional, con el paciente con TLP.

Definición conceptual de Manejo de Conflictos:

Los conflictos son desacuerdos difíciles de enfrentar, que generan un choque antagónico, además contienen componentes conscientes e inconscientes: el sujeto puede o no darse cuenta de su existencia y funcionamiento, es decir, cuando los elementos del conflicto están en el plano inconsciente, de principio la persona negará la existencia de éste. Por ejemplo: cuando una madre rechaza a su hijo y reacciona con actitudes de sobreprotección, Rodríguez, (1989).

Los conflictos entre humanos, es decir los interpersonales, se consideran como una madeja de interacciones, acompañados de tensiones emocionales. La manera más común de experimentar el conflicto es con estrés. El conflicto puede ser un índice de la vitalidad e inquietudes positivas y constructivas de un grupo, de una familia o de cualquier asociación humana. Para que se genere un conflicto, se ponen en juego las vivencias y significancias de los integrantes del grupo humano que tienen el conflicto, y simultáneamente, se involucran hechos externos como la naturaleza y/o la cultura; en este orden de ideas, es importante mencionar que ningún aspecto o elemento se sustrae al conflicto. La vida, las relaciones humanas, los negocios, la educación, la política, la familia y el desarrollo profesional, tienen en común, que su desarrollo se da a través de la superación de los conflictos, Rodríguez, (1989).

Definición operacional de Manejo de Conflictos:

Para esta investigación, el Manejo de Conflictos (MC) es el acto de los CP al afrontar los problemas complejos y difíciles que se les presentan en el transcurrir de la vida, y sobre todo en la interacción con los pacientes con TLP, para superarlos y evolucionar, a través de recursos cognitivos y emocionales adecuados.

Operacionalmente el MC, se evaluará comparativamente con los resultados que se obtengan de la aplicación de los cuestionarios, utilizando los reactivos 8, 9, 10, 17, 20, 21 y 22. El reactivo 8 tiene como propósito valorar en el CP, la reacción de llanto ante los problemas que genera el paciente con TLP. El reactivo 9 cuantifica con qué facilidad se enoja el CP, cuando no puede resolver un problema que provoca el paciente. El reactivo 10 tiene la función de medir la frecuencia de ideas de violencia que se presentan en el CP ante el familiar con TLP, cuando este último, en apariencia desea resolver sus problemas. El reactivo 17 evalúa si el CP, ya perdió el interés y responsabilidad para cuidar del paciente. El reactivo 20 hace mensurable la opinión del CP, en relación a la capacidad de entender, o de manipular que tiene su familiar con TLP. El reactivo 21 mide el entendimiento del CP ante las conductas que le desesperan del paciente; y por último, el reactivo 22 cuantifica qué tanto el CP, piensa y siente que el paciente hace lo posible por desesperarlo.

Definición conceptual de Habilidades para la Negociación:

La negociación comparte con la conversación muchas de sus convenciones (reglas) pero la diferencia radica en que dispone de una gama más estrecha, de actos de habla; presenta reglas de procedimientos más estrictos y un objetivo definido. No perdiendo de vista que la necesidad de la negociación nace de la existencia de un conflicto por sencillo que sea. Mulholland, (2003). Se sabe de la importancia de la negociación para avanzar en los logros de la vida, pero no es una capacidad natural en los seres humanos, sino que es una habilidad que se desarrolla y que tiene gran cantidad de componentes socioculturales.

Definición operacional de Habilidades para la Negociación:

Las Habilidades para la Negociación (HN) son los recursos con los que cuenta el CP para tomar y respetar acuerdos en la interacción con el paciente con TLP, los cuales deben desarrollarse en los espacios de socialización, sin existir algún límite en la edad para promover su despliegue. Este indicador se define y mide a través de los resultados que se obtengan de la aplicación de los cuestionarios, observando la flexibilidad que posee el CP para acordar reglas de convivencia con el paciente con TLP. Los reactivos que miden este rubro son: el 12 y 23. Con el primer reactivo se valora si el CP sólo presenta problemas con el paciente para negociar; y el reactivo 23, mide la frecuencia con la que el paciente espera que el CP le resuelva sus problemas.

Definición conceptual de Habilidades para el Establecimiento de Límites:

Se entiende como límite, la frontera o la regla de donde a donde, se le permite llegar al menor en formación; o bien, es la regla para regular toda interacción humana, para fijar la frontera y respetar a la otra persona con la que se está teniendo una relación interpersonal. Los límites son la fuerza vital, dinámica e influyente en la vida familiar. Las Habilidades para el Establecimiento de Límites (HEL) tienen que ver con el concepto del deber, y el formar una serie de códigos que adquieren importancia, tan pronto como dos personas deciden acompañarse durante la vida, y desarrollan sus capacidades para construir, definir, aclarar y respetar dichas fronteras, Sátir, (1988).

Definición operacional de Habilidades para el Establecimiento de Límites:

Las Habilidades para el Establecimiento de Límites, de la población sujeto de estudio, se refieren a las competencias propias de los CP para instalar, respetar y reconocer la existencia de normas de convivencia familiar. Los reactivos 13, 14, 15 y 16 miden este rubro. El reactivo 13 valora la frecuencia en la que el CP accede a realizar compromisos que corresponden al paciente. El reactivo 14 mide la dificultad del CP para negarse a realizar alguna función que le corresponde al paciente y que él pide que le ayude. El reactivo 15 calcula la frecuencia con la que el CP, le resuelve los problemas al paciente con TLP. Por último, el reactivo 16, cuantifica el grado en el que el paciente consigue hacer lo que desea, aunque el CP se oponga.

Variable Dependiente 2:

Con la segunda Variable Dependiente, se midieron los niveles de estrés y de ansiedad de los CP, se subdivide y grafica en dos matrices de análisis, debido a que tanto el nivel de estrés como de ansiedad, tienen indicadores específicos.

VARIABLE DEPENDIENTE 2ª	INDICADORES BASADOS EN EL DSM-IV	REACTIVOS ESCALA DE DAVIDSON	TÉCNICA
NIVEL DE ESTRÉS DEL CUIDADOR PRIMARIO FRENTE AL PACIENTE CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	MALESTAR PSICOLÓGICO	2, 6,7,8, 9,10,11,12,14, 15, 16 Y 17	ENTREVISTA GRUPAL ESTRUCTURADA
	RESPUESTAS FISIOLÓGICAS	3, 5,13, 14, 16 Y 17	
	PROCESO COGNITIVO	1, 3, 4, 5,6,7, 8, 12, 15 Y 16	

Matriz de análisis 3.

VARIABLE DEPENDIENTE 2ª	INDICADORES BASADOS EN EL EXAMEN MENTAL	REACTIVOS ESCALA DE HAMILTON	TÉCNICA
NIVEL DE ANSIEDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO FRENTE AL PACIENTE CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	MALESTAR PSICOLÓGICO	1, 2, 3, 4, 6, 14	ENTREVISTA GRUPAL ESTRUCTURADA
	RESPUESTAS FISIOLÓGICAS	1, 2,4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13	
	PROCESO COGNITIVO	5	

Matriz de análisis 4.

Definición conceptual de Ansiedad:

Cuando una persona está durante un tiempo prolongado, sometida a condiciones de estrés de nivel considerable, tiende a desarrollar niveles más altos de ansiedad, Cano, (2005). El alto nivel de ansiedad que mantienen las personas a lo largo del tiempo, será la primera señal de peligro, que se presenta en los diversos ambientes, como puede ser el ambiente familiar, en donde existen problemas de salud crónicos. La ansiedad, es una sensación de aprehensión difusa, desagradable y vaga que suele ir acompañada de síntomas físicos (dolor de cabeza, palpitaciones, opresión del pecho, molestias gástricas e inquietud, por ejemplo). La forma e intensidad de los síntomas es variable en cada persona, Vargas Álvarez, (2007).

Definición operacional de Ansiedad:

Se define operacionalmente a la ansiedad, como el conjunto de estados frecuentes e intensos de angustia que presenta el CP, manifestados en su ser biopsicosocial. Para la evaluación de esta Variable Dependiente, se utilizó la Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS), aplicada tanto en la evaluación inicial como en la final. Los resultados obtenidos de dicha aplicación, se dividieron en los siguientes indicadores: malestar psicológico se evalúa con los reactivos 1, 2, 3, 4, 6 y 14; las respuestas fisiológicas con los reactivos 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13; y el proceso cognitivo con el reactivo 5.

Para el manejo de la hipótesis, también se definieron las palabras clave: Actitudes y Cuidador Primario.

Definición conceptual de Actitudes:

Con base en un marco conceptual desarrollado, Fishbein y Ajzen, citado en Morales, (2007), plantea que las actitudes están integradas por tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual, que corresponden a las creencias, afectos e intenciones conductuales.

Las actitudes son “*evaluaciones globales y relativamente estables, que las personas ejercen sobre otras personas, ideas o cosas que, técnicamente reciben la denominación de objetos de actitud*”. Morales, (2007: 459). Las evaluaciones o juicios generales que constituyen la actitud, pueden ser positivas, negativas y juicios generales con carácter neutral. Morales, (2007). Continuando con la tesis de este autor, se definen seis indicadores objetivos de la fuerza de las actitudes que son: extremosidad o polarización, accesibilidad, ambivalencia, estabilidad, resistencia y predicción de la conducta.

Definición operacional de Actitudes:

Para fines de la investigación, las actitudes se definen como las formas de pensar, sentir, actuar y la disposición para aceptar o rechazar la interacción social por parte del CP ante el paciente con TLP, observadas y estudiadas comparativamente a partir de cinco áreas: CA, CV, HN, MC y HEL. La evaluación de las áreas referidas, se realizó a través de la aplicación de los cuestionarios CEICACPPPTLP y CEFCACPPPTLP. (Ver definiciones operacionales de cada área o indicador en la operacionalización de la hipótesis).

Definición conceptual de Cuidador Primario:

El Cuidador Primario (CP) es el sujeto que asume el cuidado de la persona enferma, por lo general es la pareja quien ocupa este puesto, o algún familiar cercano. Su designación sigue pautas culturales en virtud de las cuales, son las mujeres las que ejercen ese rol. El enfermo encuentra alguien que de forma devota y abnegada se dedica a su cuidado, con quien desarrolla una relación estrecha, con esto la familia puede seguir funcionando más o menos en los mismos términos, habiendo asegurado el lugar del enfermo y con mínimo gasto de energía por su parte (sólo en momentos ocasionales de alivio). Al parecer el esquema funciona bien siempre y cuando se den tres condiciones: que el CP se identifique con su rol; que tenga ciertos momentos de respiro; y que la enfermedad, no sea de tal naturaleza o suponga una carga, que física o psicológicamente haga inviable el cuidado y que llegue el CP al colapso. En ocasiones, todo el funcionamiento familiar está a expensas de las necesidades del enfermo, produciéndose una renuncia generalizada a seguir ejerciendo el tipo de vida que hasta ese momento llevan, porque la enfermedad invade a la familia y a la pareja sobre todo, Fernández, (2006).

Definición operacional de Cuidador Primario:

Para efectos prácticos de la investigación, se convierte en Cuidador Primario, el familiar, identificado por el paciente, como la persona con la que existe mayor relación y apoyo. Es decir, para la conformación del grupo de intervención psicoeducativa, cada uno de los CP fue elegido por el paciente, por el grado de confianza y vínculo emocional que el paciente mantiene con éste. Por lo tanto la aplicación de los instrumentos de investigación social, fue precisamente a las personas elegidas por los pacientes y no necesariamente resultó ser su proveedor económico.

En suma, para construir un enlace técnico metodológico entre la Variable Independiente (Programa Psicoeducativo) y la Variable Dependiente 1 (Actitudes del Cuidador Primario, frente al paciente con Trastorno Límite de la Personalidad): se aplicaron: el CEICACPPTLP, antes de participar en el PP; y el CEFCACPPTLP, en la última sesión, al concluir el PPCPPTLP. El mismo procedimiento técnico-metodológico, se desarrolló entre la Variable Independiente referida, y la Variable Dependiente 2 (Nivel de estrés y ansiedad). Para tal efecto, también se aplicaron tanto en la evaluación inicial como final, las siguientes escalas de evaluación: Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS) (Ver anexo 4) y Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) (Ver anexo 5). (Ver incisos 5.1.4.1. y 5.1.5.).

5.1.4 Tipo de estudio

Se trata de un estudio cuasi experimental, longitudinal, de corte cuanti y cualitativo.

5.1.4.1 Instrumentos de evaluación y medición

En primera instancia se diseñó la Cédula de Identificación, para el registro de los datos socio-demográficos de los CP (Ver Anexo 1).

Posteriormente se diseñaron³¹ los cuestionarios, se pilotearon con 15 CP, se realizó la validación de constructo y aplicó el CEICACPPTLP, para la evaluación inicial y el CEFACAPPTLP para la evaluación final. Fueron elaborados con formato de escala tipo Likert, con la participación de expertos en el campo de la salud y de la sociología del Departamento de Investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y por la tesista; con la finalidad de evaluar las áreas de interés: Comunicación Afectiva (CA); Comunicación Verbal (CV); Manejo de Conflictos (MC); Habilidades para Negociación (HN); y Habilidades para el Establecimiento de Límites (HEL)

Para la presente investigación se diseñaron los instrumentos: CEICACPPTLP y CEFACAPPTLP; en función de las áreas que se consideran importantes en la interacción entre los sujetos de investigación y las personas que presentan el diagnóstico de TLP. Cabe señalar que este instrumento aún no ha sido validado estadísticamente, sin embargo, para fines de la investigación, se decidió su aplicación.

Los instrumentos CEICACPPTLP para la evaluación inicial y el CEFACAPPTLP para la evaluación final, constan de 23 reactivos. A continuación se describe lo que se quiere investigar con los cuatro primeros reactivos que se incluyen en ambas versiones, y que hasta el momento no han sido explicados debido a que no son parte de los indicadores de las actitudes: El reactivo 1, de medición ordinal, arrojó la información para detectar los motivos, que con mayor frecuencia, generan conflicto en los CP. El reactivo 2 de medición ordinal y el reactivo 3 de medición nominal, evaluaron el conocimiento e información que cada CP ha obtenido de parte del personal de salud del HPFBA respecto al TLP. El reactivo 4, de medición ordinal, permitió detectar el interés que presentó cada uno de los CP, para participar en el PPCPPTLP. A partir del reactivo 5 hasta el 23, todos de medición intervalar, evalúan las actitudes de los CP ante el paciente con TLP, en las cinco áreas objeto de investigación del presente estudio.

³¹En la búsqueda de un instrumento validado, que cubriera los objetivos planteados para esta investigación, se encontró únicamente el Cuestionario sobre Actitudes ante la Enfermedad Mental (CAMI) sin embargo, su aplicación se consideró no pertinente puesto que no permite evaluar los cambios en la actitud de los CP, desde la perspectiva que se ha definido para este estudio. La escala CAMI evalúa la actitud ante la enfermedad mental desde un enfoque general que consta de cuatro áreas de evaluación: autoritarismo, benevolencia, restricción social y percepción de la salud mental en la comunidad. Se trata de un cuestionario que fue diseñado por Taylor M.J. et al en Toronto, en el año 1969. Este cuestionario ha sido utilizado por diversos investigadores, como Ávalos García 1991 y Lozano García, 1992.
[Fecha de acceso 23/08/2010] Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?pid=so717...script=sci...

Cabe señalar que por necesidades de la investigación, en el instrumento CEFCACPPTLP, los verbos utilizados en las preguntas se redactaron en tiempo pasado; además se agregó la siguiente pregunta: *¿Qué obtuvo al participar en el Programa Psicoeducativo?*

Para medir el nivel de estrés de la población sujeto de estudio, se optó por utilizar la Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS),³² validada en población mexicana. Esta Escala proporciona una puntuación total y puntuaciones de las dos sub escalas: frecuencia y gravedad. La puntuación total se obtiene sumando los puntos de cada ítem y oscila entre 0 y 136. Estas puntuaciones en las sub escalas se obtienen sumando las puntuaciones en los ítems que forman cada una de ellas, y pueden oscilar entre 0 y 68 puntos. Los autores proponen como punto de corte, para la puntuación total de la escala, 40 puntos, Zlotnick, (1996). (Ver Anexo 4).

Para medir los niveles de ansiedad en los CP, se utilizó la Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)³³, que proporciona una puntuación

³²**Descripción.** La DTSP es una escala diseñada para evaluar la frecuencia y gravedad de los síntomas del TEPT desde un punto de vista subjetivo. Consta de un total de 17 ítems que corresponden con los síntomas recogidos en los criterios B-D para el diagnóstico del TEPT según el DSM-IV. Los ítems referentes a intrusión y evitación se relacionan directamente con el acontecimiento estresante, mientras que los ítems de embotamiento, aislamiento e hiperactivación se valora su ausencia o presencia sin tener que relacionarlos directamente con el acontecimiento estresante. De cada ítem el paciente debe puntuar dos aspectos: frecuencia de la presentación y gravedad del síntoma; para ello debe utilizar una escala de tipo Likert de 5 puntos que oscila entre 0 (nunca o gravedad nula) y 4 (diariamente o gravedad extrema), según se trata de frecuencia o intensidad. El marco de referencia temporal es la semana previa. Es una escala auto aplicada. Está validada en español." García-Portilla González, (2006:112).

³³**Descripción:** La HARS es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido. Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad y no se ha demostrado su utilidad para la evaluación de un trastorno de ansiedad en concreto. ...El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los tres últimos) en todos los ítems, excepto el último en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista. Es una escala heteroaplicada. Ballenger y Lewis han creado unas sencillas instrucciones para asignar las puntuaciones más adecuadas en cada paciente, con el objeto de aumentar la fiabilidad interevaluadores. A continuación se describe brevemente (son válidas para los primeros 13 ítems):

1) Identifique, entre todos los síntomas posibles para cada ítem el más problemático en los últimos días y que sea debido ciertamente a ansiedad;

2) Determine para ese síntoma estos tres aspectos: se gravedad, su frecuencia de presentación y la incapacidad o disfunción que produce:

a)Gravedad: 1. Leve, de poca importancia; 2. Gravedad moderada y alteraciones; 3. Alteraciones graves derivadas de los síntomas, muy molesto; 4. El peor síntoma que haya padecido nunca.

b)Tiempo/frecuencia: 1. Ocurre con poca frecuencia durante cortos periodos de tiempo; 2. Ocurre parte del día o menos de la mitad de los días (menos de una tercera parte del tiempo de vigilia); 3. Ocurre gran parte del día, durante la mayoría de los días (más de una tercera parte del tiempo de vigilia); 4. Ocurre casi todo el tiempo.

c)Incapacidad/disfunción. 1. Conciencia de los síntomas, pero sin interferir en las actividades normales, 2. Los síntomas interfieren en alguna actividad o empeoran debido a las alteraciones; 3. Los síntomas causan incapacidad para llevar a cabo (o interfieren gravemente) las actividades sociales, familiares o laborales; 4. Los síntomas causan incapacidad para realizar (o llevan a evitar) actividades en dos o más de las áreas anteriores.

3) Calcule la media entre las puntuaciones de gravedad y de tiempo/frecuencia y redondee la media en función de la puntuación de incapacidad". García-Portilla González, (2006:93).

total de 56 puntos. Cada ítem tiene un valor máximo de 4 y un mínimo de 0. Considerando la puntuación total para llevar a cabo una decisión diagnóstica, en donde la ansiedad es ausente si se obtienen de 0-6 puntos; leve de 7-20 puntos; moderada de 21-34 puntos; severa de 35-48 puntos, y una puntuación total mayor a 49, se interpretaría como ansiedad muy severa y totalmente discapacitante. Las opciones a elegir de acuerdo a la intensidad en la que se presentan las molestias: 0 es nunca; 1 corresponde “a veces”; 2 frecuentemente; 3 casi siempre; 4 siempre. (Ver Anexo 5).

5.1.4.2 Universo de investigación

Se consideró como universo de investigación a aquellos familiares elegidos y propuestos por los pacientes con TLP, con base en la confianza y vínculo emocional que tienen entre sí. Cabe señalar que los pacientes, debían estar próximos a concluir la etapa de valoración terapéutica para iniciar con el proceso psicoterapéutico, o bien estar en la primera fase de dicho proceso. En este orden de ideas, de un total de setenta pacientes, sólo aceptaron proponer a sus familiares treinta y siete.

5.1.4.2.1 Tamaño de la muestra

Se trata de una muestra no probabilística. El tamaño de la muestra dependió de la propuesta de los pacientes con TLP; de la aceptación de los CP para participar en el PPCPPTLP; y en relación directa del tamaño idóneo del grupo que se puede atender en una intervención psicoeducativa. Inicialmente se realizó la búsqueda telefónica de los 37 CP contemplados para la conformación del grupo psicoeducativo, de los cuales se contactaron vía telefónica sólo a 30 CP.

De los 30 CP localizados, sólo 17 CP aceptaron acudir a una cita previa para una sesión informativa, en donde se ampliaría la explicación sobre: objetivos, lugar, horario y duración del PPCPPTLP. A la sesión informativa donde se explicó también el contrato y encuadre de la intervención psicoeducativa, asistieron sólo 13 CP; uno más llegó por invitación del psicoterapeuta de los pacientes con TLP, expresando que el terapeuta de su esposa le había aclarado todos los criterios de inclusión, y según él, sí cumplía

con ellos. En la tercera sesión, se le invitó a una entrevista con los coordinadores del PPCPPTLP, y se le explicó que no cubría con la totalidad de los criterios, puesto que se incorporó al grupo, sin ser elegido por la paciente (su esposa), situación que estaba acrecentando los conflictos entre ellos, según informó el mismo terapeuta de la esposa; por ésta razón se le pidió que ya no asistiera a la cuarta sesión, y durante el proceso psicoeducativo desertaron 3 CP; por tanto concluyeron el proceso psicoeducativo 10 CP.

Criterios de selección (inclusión, exclusión y eliminación), que se establecieron para conformar el grupo psicoeducativo fueron:

1. Criterios de inclusión

- Sujetos femeninos y masculinos
- Adultos
- Alfabetizados
- Que sean CP de pacientes con el diagnóstico de TLP y reciban tratamiento psicoterapéutico o se encuentren en la etapa de valoración psicoterapéutica, en el HPFBA
- Que el familiar sea elegido por el propio paciente.
- Que cuenten con el proceso de evaluación previo
- Que acepten el PPCPPTLP y cumplan con el contrato
- Que tengan o no, un problema psiquiátrico y tratamiento para el mismo

2. Criterios de exclusión

- Que el CP presente síntomas psicóticos durante la evaluación (en la primera sesión, de evaluación breve , contrato y encuadre)
- Quienes no cumplan con alguno de los criterios de inclusión

3. Criterio de eliminación

- Aquellos CP que no cumplan con el contrato de participación y/o con alguno de los criterios de inclusión.

5.1.5 Procedimiento metodológico

El procedimiento para seleccionar a la población de estudio, fue por elección de los pacientes con diagnóstico de TLP, como se explicó en los incisos anteriores (5.1.4.2 y

5.1.4.2.1). Se expusieron los objetivos, a los pacientes, del PPCPTLP y específicamente se les preguntó: *¿Desean que la persona con quien más confianza y comunicación tienen, se integre al grupo de familiares que participarán en el PPCPTLP?*. Lo que arrojó 37 candidatos para participar en dicho programa. Por experiencia en el trabajo grupal, se calculó que sólo aceptaría participar aproximadamente el 50 por ciento; por conocimientos previos se esperaba un 35 por ciento aproximado de deserción, y finalmente terminarían 10 ó 12 integrantes.

Una vez aceptada la participación y elección de la persona que cumplirá con el rol de CP, se le informó a dicho familiar vía telefónica, que fue elegido por el paciente, como la persona más cercana e interesada en su recuperación; durante la invitación, se le dieron a conocer los objetivos del PPCPTLP. Al saber su respuesta de aceptación, la ts concertó una cita en el Servicio de Consulta Externa del HPFBA, para realizar una sesión informativa y hacer el encuadre del trabajo grupal, precisar el contrato de participación, y llevar a cabo una breve valoración de “recursos”. Así como la presentación del ts y del terapeuta, diseñadores y responsables del PPCPTLP. También fue para evaluar: si el familiar seleccionado por el paciente cumplía con los criterios de inclusión.

Se acordó que las doce sesiones, de 90 minutos cada una, se realizarían los días lunes en horario matutino, comprendido de las 8:00 a 9:30 horas. El PPCPTLP se dividió en tres etapas de 4 sesiones cada una. La primera etapa se enfocó a lograr la cohesión grupal; la segunda se orienta al trabajo grupal, y la tercera y última, corresponde a la fase de cierre y evaluación del proceso psicoeducativo.

En la primera sesión, entre otras acciones, se aplicaron cuatro instrumentos, descritos en el inciso 5.1.4.1, para cubrir la evaluación inicial. De la segunda a la décima primera sesión, se aplicó la maniobra constituida por el PPCPTLP (Ver inciso 1.4.). En la décimo segunda sesión se realizó la evaluación final aplicando tres instrumentos (CEFCACPPTLP, las escalas de estrés y ansiedad). En una de las salas de trabajo terapéutico del Servicio de Consulta Externa del HPFBA, se llevaron a cabo las sesiones de trabajo, así como la heteroaplicación de los instrumentos en la evaluación inicial y final.

Una vez obtenidos los resultados de las evaluaciones inicial y final se creó una base de datos para comparar los resultados registrados por cada uno de los CP, en las dos evaluaciones, reportando frecuencias y porcentajes. Los reactivos del 5 al 23 también se analizaron con el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales, SPSS (Statistical Package Social Sciences), con el fin de analizar los resultados a través de la Estadística Inferencial, y determinar si los cambios ocurridos alcanzaron significancia estadística.

Por otro lado, para la evaluación formativa, que tiene como finalidad valorar la incorporación de conocimientos, habilidades y destrezas por parte del CP de pacientes con TLP, se utilizó la crónica grupal en cada sesión, captada a través de una grabadora, y resguardada en una transcripción electrónica; con el objetivo de fundamentar la matriz de análisis cualitativa, en la que se logró captar las participaciones de los CP en relación a las cinco áreas a evaluar; paralelamente se buscó identificar las actitudes más persistentes en el grupo de CP. Otro instrumento que facilitó el registro y evaluación formativa, fue el Diario de Gabinete (DG), en donde se anotaron observaciones clave que no quedaron registradas con la grabadora.

Para finalizar, es relevante puntualizar que la selección de las técnicas psicodramáticas y la supervisión técnico-metodológica, estuvo a cargo del psiquiatra y terapeuta, con especialidad de psicodrama y de la trabajadora social psiquiátrica con capacitación en el tema.

5.1.6 Análisis de resultados

5.1.6.1 Análisis cuantitativo

Para el análisis de los datos sociodemográficos se construyó un cuadro que registró frecuencias y porcentajes. El procesamiento de los resultados de los reactivos del CEICACPPTLP y del CEFCACPPTL, se realizó con base a la Estadística Descriptiva utilizando cuadros de frecuencias y porcentajes. Para realizar la comparación de los resultados en los cuadros, y facilitar la identificación y análisis de los cambios de actitud, se construyeron recuadros en donde se plasma de manera sintética, el contraste entre los resultados obtenidos de las evaluaciones: inicial y final.

Los resultados de los reactivos 5 al 23 se sometieron también a pruebas de Estadística Inferencial, para realizar la comparación y obtener la significancia estadística; al igual que los resultados de las Escalas: Davidson y Hamilton. Se implementaron pruebas de tendencia central (media, desviación estándar, rangos y porcentajes), para comparar proporciones se utilizó la X²; y para la comparación de medias, se utilizó “t” de Student.

5.1.6.2 Análisis cualitativo

Para el análisis cualitativo de los resultados: en primera instancia se clasificó la opinión de los CP, en función de once actitudes registradas por ellos, inmersas en la respuesta a la pregunta abierta del CEFCPPTLP. En segunda instancia, a través del análisis de contenido de las crónicas grupales, se clasificaron las aportaciones de los participantes, en torno a las actitudes más persistentes; con la finalidad de contextualizar los cambios de actitudes. Los testimonios seleccionados se explicaron en función de los fundamentos psicosociales desarrollados en el marco teórico, tomando en consideración los indicadores de la actitud, determinados en la Variable Dependiente. De esta manera se quiso plasmar una perspectiva dinámica y cualitativa al cambio de actitudes.

5.1.7 Resultados

5.1.7.1 Resultados cuantitativos

A continuación se describen los hallazgos cuantitativos más significativos:

- Respecto a las características sociodemográficas, el 70% de los CP fue del sexo femenino.
- En cuanto a la edad se presentó un rango de 28 a 57 años.
- El parentesco más frecuente fue el de madre con el 50%,
- El estado civil con mayor frecuencia fue el de casado con el 50%,
- Se registró un resultado significativo en la variable de religión, con el 90% de católicos.
- En el indicador escolaridad, el nivel básico completo da un total de 70%.
- En el indicador ocupación, se encontró que el 40% de los CP se dedican al hogar.
- En el indicador de lugar de origen, se encontró que el 70% de la población,

provenía de los estados conurbados.

- Lo registrado en lugar de residencia fue que el 70%, se concentró en el Distrito Federal.
- Otro aspecto cuantificado fue el de antecedentes terapéuticos, encontrando que sólo el 20% declaró participación previa en grupos de autoayuda (Ver cuadro1).

Cuadro 1.- Descripción de las características sociodemográficas de la muestra estudiada (n=10)

Característica	N	%	
Sexo	Mujer	7	70
	Hombre	3	30
Edad	28-57		100
Parentesco	Madre	5	50
	Padre	1	10
	Esposo	2	20
	Esposa	1	10
Estado Civil	Tía	1	10
	Casado	5	50
	Soltero	2	20
	Unión libre	1	10
	Separado	1	10
Religión	Divorciado	1	10
	Católicos	9	90
Escolaridad	Ninguna	1	10
	Primaria	3	30
	Secundaria	4	40
	Bachiller	2	20
Ocupación	Licenciatura	1	10
	Hogar	4	40
	Empleado	1	10
	Bar tender	1	10
	Costurera	1	10
	Mesero	1	10
Origen	Empleado federal	2	20
	DF	3	30
Residencia	Otros estados	7	70
	DF	7	70
Antecedentes terapéuticos	Estado de México	3	30
	AA	2	20
	Ninguno	8	80

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

En la evaluación inicial a través del CEICACPPTLP, se encontró que los principales motivos que generan malestar en el CP es en primer lugar, la dificultad que tiene el paciente para tomar decisiones; y en segundo lugar, se ubican las mentiras. Le sigue en tercer lugar, la falta de sensibilidad y las agresiones. El cuarto lugar, lo ocupan los rubros de robos, conductas sexuales y otros. (Ver Cuadro 2)

Cuadro 2: Reactivo 1. Evaluación Inicial

Descripción de los motivos de los problemas entre el CP y el paciente con TLP

Opciones a elegir: **A.** Consumo de sustancias tóxicas, **B.** Mentiras, **C:** Agresiones, **D:** Robos, **E:** Conductas Sexuales, **F:** Falta de sensibilidad, **G:** Dificultad para tomar decisiones y **H:** Otros.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	OPCIONES
A											0
B		2º		1º		3º				2º	4
C		1º				2º	2º				3
D		4º									1
E										3º	1
F	1º					4º				1º	3
G	2º		1º		1º	1º	1º	1º	1º		7
H ³⁴		3º									1

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Antes de registrar las diferencias obtenidas a través de la aplicación del CEFCACPPTLP en la evaluación final, se debe explicar que para describir el cambio en las actitudes del CP, se conserva la secuencia en la numeración asignada desde un principio en los instrumentos.

Para no considerar a los CP un simple número de cuestionario y conservar su identidad en el anonimato, se elaboró una clave para su identificación; la cual es construida por: una C "mayúscula" que se refiere a la inicial de la palabra cuidador, número de cuestionario, e inicial del nombre de pila del familiar, (Ver Anexo 2).

³⁴H1. La combinación de todos sus síntomas; H2. Manías; H4. Control sobre otras personas

En términos de frecuencia, de las ocho opciones se mantiene en primer lugar, la dificultad del paciente para tomar decisiones, en segundo lugar se encuentran: las mentiras y la falta de sensibilidad; en tercer lugar las agresiones; en cuarto lugar las conductas sexuales, motivo que aumenta su frecuencia en relación con la Evaluación Inicial; lo mismo sucede con el consumo de sustancias tóxicas, motivo que no registró ninguna frecuencia en la Evaluación Inicial (EI), en la Evaluación Final (EF) registró la mínima frecuencia, al igual que el subíndice otros (Falta de libido). El motivo que fue ignorado en la EF fue el de robo, (Ver Cuadro 3).

Cuadro 3: Reactivo 1. Evaluación final

Descripción de los motivos de los problemas entre el CP y el paciente con TLP

A: Adicciones, B: Mentiras, C: Agresiones, D: Robos, E: Conductas Sexuales, F: Falta de sensibilidad, G: Dificultad para tomar decisiones y H: Otros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Opciones
A					1°						1
B		3°		1°		2°	4°			1°	5
C		1°	2°				1°			5°	4
D											0
E		5°							2°	4°	3
F		4°	1°			1°		2°		2°	5
G	1°	2°			2°	3°	2°	1°	1°	3°	8
H ³⁵							3°				1

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

El 90 % de los CP refirieron antes de participar en el proceso, que la información brindada por los médicos sobre la patología de su familiar les ha servido mucho y sólo una persona refirió que le fue de poca utilidad, (Ver Cuadro 4).

³⁵H4: Falta de libido.

Cuadro 4: Reactivo 2. Evaluación Inicial

La información que los médicos me han brindado sobre la patología de mi familiar (paciente) me ha servido:

A: Mucho, B: Poco, C: Nada y D: No me han dado información

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A	+	+	+	+	+	+	+	+		+	9	90
B									+		1	10
C											0	00
D											0	00

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

En relación a la información que los médicos les han brindado a los CP sobre la patología de TLP, en la Evaluación Final los familiares refieren respuestas contrarias: el 10 % manifestó que no le habían proporcionado ninguna información; para el 10 % no le ha sido útil; el 60 % registra que le ha servido de poco; manteniéndose el 20% en la misma postura de la Evaluación Inicial, reafirma que le ha servido de mucho, (Ver Cuadro 5).

Cuadro 5: Reactivo 2. Evaluación final

La información que los médicos me han brindado sobre la patología de mi familiar (paciente) me ha servido:

A: Mucho, B: Poco, C: Nada y D: No me han dado información

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A			*		*						2	20
B	*	*		*				*	*	*	6	60
C							*				1	10
D						*					1	10

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Los resultados del reactivo 3 en la Evaluación Inicial, sobre la explicación proporcionada por el personal de la institución, de cómo tratar a su familiar con TLP en casa fue: el 100 % de los CP refirieron que sí se les explicó. (Ver Cuadro 6).

Cuadro 6 Reactivo 3. Evaluación Inicial

El personal de la institución me ha explicado cómo debo tratar a mi familiar con TLP, en casa

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
Sí	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	100
No											0	000

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

En la Evaluación Final el 100 % los CP, refirieron que el personal médico no le había proporcionado la información de cómo tratar a un paciente con TLP, (Ver Cuadro 7).

Cuadro 7. Reactivo 3. Evaluación final

El personal de la institución me ha explicado cómo debo tratar a mi familiar con TLP, en casa

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
Sí											000	000
No	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100	100

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Los resultados obtenidos durante la Evaluación Inicial, en relación al interés que manifestaron los CP para participar en un PPCPPTLP fueron: En primer lugar, por el deseo de saber cómo tratar mejor a su familiar con TLP. En segundo lugar se eligió la opción de conocer sobre el padecimiento de su familiar. En tercer lugar fue la declaración de que no pueden relacionarse adecuadamente con su familiar. En cuarto lugar, está el sentir que sus familiares (pacientes) cada día enferman más. En quinto lugar, está el deseo de recibir ayuda porque están enfermando los CP. Es notable el hecho de que ninguno de los CP haya declarado que los problemas que causa su familiar ya han alcanzado el carácter de insoportables (Ver cuadro 8).

Cuadro 8. Reactivo 4. Evaluación inicial

Me interesé en este grupo psicoeducativo porque:

A: No puedo relacionarme adecuadamente con mi familiar. B. Siento que mi familiar (paciente) cada día está peor. C. Siento que necesito que me ayuden porque estoy enfermado. D. Los problemas que causa mi familiar (paciente) ya son insoportables. E. Deseo saber como tratar mejor a mi familiar (paciente). F. Para conocer sobre el padecimiento de mi familiar (paciente)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Opciones
√		3				1°	1°			1°	04
∩						2°	4			4°	03
∪						4°				5°	02
)											00
∴	1°	1°	1°		1°	3°	2°	1°	1°	2°	09
∴		2°	2°	1°		5°	3°	2°	2°	3	08

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

En la evaluación final se sigue registrando la constante de que ningún CP declara que el interés por participar en un proceso psicoeducativo radicó en considerar que los problemas que genera su familiar son insoportables. Es notable la consistencia en los registros porque los diez CP, coinciden en que aprendieron como tratar mejor a su familiar y declaran que ahora conocen sobre el padecimiento del TLP. (Ver Cuadro 9).

Cuadro 9. Reactivo 4. Evaluación Final

Los intereses fueron abordados favorablemente en este grupo psicoeducativo porque:

A: Puedo relacionarme adecuadamente con mi familiar. B. Siento que mi familiar (paciente) cada día está peor. C. Siento que necesito que me ayuden porque estoy enfermado. D. Los problemas que causa mi familiar (paciente) son insoportables. E. Sé como tratar mejor a mi familiar (paciente). F. Conozco sobre el padecimiento de mi familiar (paciente)

	1	2	3	4	5	6	7	8	19	10	Opciones
A		3°	3°	3°	3°	1°	5°			3°	07
B							1°				01
C							4°				01
D											00
E	1°	1°	2°	2°	1°	2°	2°	1°	1°	1°	10
F	2°	2°	1°	1°	2°	3°	3°	2°	2°	2°	10

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Los resultados del reactivo 5 corresponden a uno de los tres reactivos que evalúan la comunicación afectiva. Se observa en la Evaluación Inicial que el 80 % declaran que presenta limitaciones para expresarse afectivamente. Mientras que el 20 % se distribuye en las tres opciones restantes. (Ver Cuadro 10).

Cuadro 10. Reactivo 5. Evaluación Inicial

Me cuesta trabajo expresar mis emociones

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A	+					+					2	20
B			+	+	+		+	+	+		6	60
C		+									1	10
D										+	1	10
E											0	0

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Es de considerable importancia detenerse analizar la respuesta de C01A, quien reporta que ahora tiene menos problema para expresar sus emociones y de igual manera C02M, pero en un nivel menos contundente, además que su respuesta en la Evaluación Inicial no registro claridad en sus dificultades para expresarse emocionalmente. C03E, C05A, C07E y C08E refieren que siguen presentando problemas para expresarse afectivamente; C06S marca también que sigue teniendo problemas para expresar sus emociones pero en menor grado. C09M registra que ha mejorado ampliamente su expresión emocional. El CP C10J registra que está de acuerdo en que tiene problemas para expresar sus emociones situación que no reconoció en la Evaluación inicial, (Ver Cuadro 11).

Cuadro 11. Reactivo 5. Evaluación Final

Me cuesta trabajo expresar mis emociones

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A				*							1	10
B			*		*	*	*	*		*	6	60
C											0	00
D		*									1	10
E	*								*		2	20

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

En el primer reactivo enfocado a evaluar la Comunicación Afectiva, en ambas evaluaciones el mayor porcentaje de los CP, manifestó presentar limitaciones para comunicarse afectivamente, el logro se enfoca a considerar que aumentó la conciencia de presentar dicha carencia.

Se consideran interesantes los resultados del reactivo 6, que también corresponde al indicador de la comunicación afectiva porque el 30 % de los CP están entre totalmente de acuerdo y de acuerdo de que no se deben expresar las emociones. El 20 % registró indecisión. Si se conjunta el desacuerdo y totalmente en desacuerdo se obtuvo que el 50 % considerar que sí se debe dar la expresión de las emociones (Ver Cuadro 12).

Cuadro 12. Reactivo 6. Evaluación Inicial

No debo expresar mis emociones

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A					+						1	10
B								+		+	2	20
C				+					+		2	20
D	+	+	+			+	+				5	50
E											0	0

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

En el reactivo 6 con el que se evalúa la opinión sobre la expresión de las emociones en la Evaluación Final, también se logró obtener cambios favorables, porque el 90% de los

familiares que terminaron el proceso psicoeducativo están entre totalmente de acuerdo y el estar de acuerdo en la expresión de las emociones. Sólo C01A considera que está de acuerdo en que no se deben expresar las emociones, (Ver Cuadro 13).

Cuadro 13. Reactivo 6. Evaluación Final

No debo expresar mis emociones

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A											0	00
B	*										1	10
C											0	00
D		*		*	*	*	*	*		*	7	70
E			*						*		2	20

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

En el segundo reactivo que evalúa la Comunicación Afectiva, los CP coinciden, tanto en la evaluación inicial como en la final, que es importante expresar las emociones en la interacción CP-Paciente con TLP.

Se registra en el tercer reactivo del indicador de la comunicación afectiva, que al conjuntar el totalmente de acuerdo y el estar de acuerdo se obtiene que el 40 % refiere que no sabe controlar sus emociones. Mientras un 30 % declaró confusión; y también el 30 % refirió que sí sabe controlar sus emociones ante su familiar con TLP (Ver Cuadro 14).

Cuadro 14. Reactivo 7. Evaluación Inicial

No sé controlar mis emociones ante mi familiar

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A					+						1	10
B			+			+	+				3	30
C		+						+		+	3	30
D	+			+					+		3	30
E											0	00

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Se observa que en el reactivo 7 de la Evaluación Final se registraron cambios favorables, porque el 70 %, resultado de la suma entre el totalmente de acuerdo y el estar de acuerdo de que presentan dificultad para controlar las emociones ante su familiar con TLP. En sí reconocen que presentan esta dificultad, porque antes de participar en el Programa no tenían conciencia de esta limitación. El 30 % de los familiares reafirman que ellos no tienen dificultades para controlar sus emociones, Dato que permite pensar que todavía se tiene que trabajar la conciencia sobre la expresión de emociones en estos CP, porque al presentarse en su familia un integrante con TLP, es que está presente el problema de la expresión del afecto, (Ver Cuadro 15).

Cuadro 15. Reactivo 7. Evaluación Final

No sé controlar mis emociones ante mi familiar

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A										*	1	10
B	*		*	*		*	*	*			6	60
C											0	0
D		*			*						2	20
E									*		1	10

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Con respecto al tercer y último reactivo que evalúa la Comunicación Afectiva, se obtuvo en ambas evaluaciones, que la mayor frecuencia se concentró en las respuestas A y B, donde los CP están de acuerdo en que no saben controlar sus emociones.

En la Evaluación Inicial del reactivo 8 que forma parte del indicador del MC por parte de los CP, se observa que el 50.00 % declara que fácilmente llora cuando no puede resolver los problemas que aviva el paciente con TLP. Uno de ellos no tiene claro si llora cuando tiene dificultades para afrontar las situaciones problemáticas que genera el paciente. Mientras que el 40% de los familiares declara que no llora al enfrentar problemas que provoca el paciente, (Ver Cuadro 16).

Cuadro 16. Reactivo 8. Evaluación Inicial

Fácilmente lloro cuando no puedo resolver un problema que provoca mi familiar

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	19	10	Total	%
A					+						1	10
B	+					+	+			+	4	40
C								+			1	10
D		+	+	+					+		4	40
E											0	0

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

En el reactivo 8 de la Evaluación Final se registraron ligeros cambios cuantitativos: sólo C01A y C07E registran lo mismo que en la Evaluación Inicial, mientras que 2 CP, ahora están en desacuerdo de que fácilmente lloren cuando no pueden resolver problemas que genera el paciente, (Ver Cuadro 17).

Cuadro 17. Reactivo 8. Evaluación Final

Fácilmente lloro cuando no puedo resolver un problema que provoca mi familiar

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo

	1	2	3	4	5	6	7	8	19	10	Total	%
A											0	0
B	*						*				2	20
C					*					*	2	20
D				*		*			*		3	30
E		*	*					*			3	30

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

En el primer indicador que evalúa el Manejo de Conflictos entre el CP y el paciente con TLP, en la evaluación inicial, la frecuencia se concentró en la respuesta B y D. Mientras que en la evaluación final, la frecuencia se observó en la opción D y E (desacuerdo y totalmente en desacuerdo). Se incrementó un 20 % la opinión de que se está en desacuerdo en que ya no lloran fácilmente cuando no pueden resolver un problema...

El reactivo 9 también corresponde al indicador del MC. En la Evaluación Inicial se obtiene que el 50 % fácilmente se enoja, cuando no puede resolver los problemas que genera el paciente con TLP. En posición opuesta el 50 % opina que no se enoja con facilidad cuando no pueden resolver los problemas que provoca su familiar con TLP, (Ver Cuadro 18).

Cuadro 18. Reactivo 9. Evaluación Inicial

Fácilmente me enoja cuando no puedo resolver un problema que provoca mi familiar

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A	+							+		+	3	30
B			+				+				2	20
C											0	00
D		+		+					+		3	30
E					+	+					2	20

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Los resultados en este reactivo, en la Evaluación Final registraron leves cambios a nivel de porcentajes, de un 30 % pasa a un 40.00 % de los CP que aceptan estar en desacuerdo de que fácilmente se enojan cuando no pueden resolver un problema que provoca su familiar con TLP, (Ver Cuadro 19).

Cuadro 19. Reactivo 9. Evaluación Final

Fácilmente me enoja cuando no puedo resolver un problema que provoca mi familiar

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A			*							*	2	20
B				*		*	*				3	30
C											0	00
D	*	*			*			*			4	40
E									*		1	10

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

En el segundo indicador que evalúa el Manejo de Conflictos entre el CP y el paciente con TLP, puede identificarse que no se registraron cambios considerables ante el enojo de los CP ante los problemas que genera el paciente. Sólo un 10 % pasa de estar totalmente en desacuerdo a estar en desacuerdo.

Lo que se puede observar en los resultados de la Evaluación Inicial del reactivo 10, el cual también está incluido en el indicador de MC es que el 40 % está de acuerdo en desear golpear a su familiar, cuando no quiere resolver sus propios problemas. El 10 % se ubica en la posición fluctuante. El mayor porcentaje, que es el 50 % está en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, en tener ganas de golpear a su familiar con TLP, cuando se muestra negligente para resolver sus problemas, (Ver Cuadro 20).

Cuadro 20. Reactivo 10. Evaluación Inicial

Me dan ganas de golpear a mi familiar cuando no desea resolver sus problemas

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A								+		+	2	20
B						+	+				2	20
C		+									1	10
D	+		+	+					+		4	40
E					+						1	10

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

En el reactivo 10 durante la Evaluación Final, sí registra cambios importantes al concluirse el proceso psicoeducativo. El 90 % de los CP consideran estar en desacuerdo y totalmente en desacuerdo en tener deseos de golpear a su familiar con TLP, cuando los pacientes no quieren resolver sus problemas Sólo C10J declara que está de acuerdo en que siente el deseo de querer golpear a su hijo cuando éste no resuelve sus problemas, (Ver Cuadro 21).

Cuadro 21. Reactivo 10. Evaluación Final

Me dan ganas de golpear a mi familiar cuando no desea resolver sus problemas

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A											0	0
B										*	1	10
C											0	0
D	*	*	*	*		*	*	*	*		8	80
E					*						1	10

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

En el tercer reactivo que evalúa el Manejo de Conflictos entre el CP y el paciente con TLP, se presentó un cambio significativo en los porcentajes obtenidos, entre la evaluación inicial (50 %) y final (90 %) de estar en desacuerdo y totalmente en desacuerdo de tener el deseo de golpear a su familiar.

Durante la Evaluación Inicial, a través del reactivo 11 comprendido en el indicador de la CV, se registra, que el 80 % de los CP, están entre totalmente de acuerdo y de acuerdo, en que frecuentemente consiguen convencer a las personas de que sus opiniones son las correctas. El 20 % considera estar en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, de convencer de que sus opiniones son las correctas, (Ver Cuadro 22).

Cuadro 22. Reactivo 11. Evaluación Inicial

Frecuentemente consigo convencer a las personas de que mis opiniones son las correctas

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A			+		+						2	20
B		+				+	+	+	+	+	6	60
C											0	00
D	+			+							2	20
E											0	00

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Los cambios registrados en la Evaluación Final, con respecto al reactivo 11, son: el 50 % de los CP está de acuerdo en que consigue convencer a los demás de que sus opiniones son las correctas, mientras que el 50 % restante está en desacuerdo, (Ver Cuadro 23).

Cuadro 23. Reactivo 11. Evaluación Final

Frecuentemente consigo convencer a las personas de que mis opiniones son las correctas

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A											0	00
B			*	*			*		*	*	5	50
C											0	00
D	*	*			*	*		*			5	50
E											0	00

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

El primer indicador que evalúa el área de Comunicación Verbal, arrojó durante la investigación, datos significativos. En la evaluación inicial los CP refirieron en un 80% que tienen capacidad de convencimiento, sin embargo, en la evaluación final, se observó la polarización en la frecuencia, ya que el 50% refirió estar de acuerdo, y el resto de los participantes registraron lo opuesto.

Los resultados en el reactivo 12 de la Evaluación Inicial, comprendido en el indicador de HN, el mayor porcentaje se obtiene en la posición de estar totalmente de acuerdo a estar de acuerdo, que corresponde al 60 %. En donde los CP refieren que con la única persona con la que tienen problemas para negociar soluciones es con el paciente. El otro 40 % de los CP declaró la postura de estar entre el desacuerdo y en totalmente en desacuerdo, (Ver Cuadro 24).

Cuadro 24. Reactivo 12. Evaluación Inicial

El único con quien tengo problemas para negociar soluciones es con mi familiar

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A	+				+		+	+	+		5	50
B			+								1	10
C											0	0
D		+				+				+	3	30
E				+							1	10

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Lo arrojado en la Evaluación Final, fue semejante a lo obtenido en la Evaluación Inicial en el reactivo 12 a nivel de porcentajes: ahora el 60 % de los CP, reportan que están entre totalmente de acuerdo y de acuerdo en tener sólo problemas con el paciente para negociar soluciones. Mientras el 40 % se encuentra entre el estar en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, (Ver Cuadro 25).

Cuadro 25. Reactivo 12. Evaluación Final

El único con quien tengo problemas para negociar soluciones es con mi familiar

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A							*				1	10
B	*		*	*	*				*		5	50
C											0	00
D						*		*		*	3	30
E		*									1	10

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

*Respecto al primer reactivo que evalúa las **Habilidades para la Negociación** entre el CP y su paciente con TLP, los resultados de la investigación arrojaron en la evaluación inicial que un 50% estuvo totalmente de acuerdo en que la única persona con la que tiene dificultades para negociar es el paciente; llama la atención que en la evaluación final, la frecuencia se invierte, y pasa a estar sólo de acuerdo.*

Los registros del reactivo 13 en la Evaluación Inicial, el cual está comprendido en el indicador de HEL, son que el 100 % de los CP están entre totalmente de acuerdo y de acuerdo, (Ver Cuadro 26).

Cuadro 26 Reactivo 13. Evaluación Inicial

Frecuentemente accedo a hacer cosas por mi familiar

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A					+		+				20	20
B	+	+	+	+		+		+	+	+	80	80
C											0	00
D											0	00
E											0	00

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

En los resultados del reactivo 13 de la Evaluación Final se observa que el 70 %, de los CP permanecen entre estar en totalmente de acuerdo, (Ver Cuadro 27).

Cuadro 27. Reactivo 13: Evaluación Final

Frecuentemente accedo a hacer cosas por mi familiar

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A							*				1	10
B	*		*	*		*			*	*	6	60
C					*						1	10
D		*									1	10
E								*			1	10

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Los resultados obtenidos en el primer reactivo que evalúa las Habilidades para el Establecimiento de Límites, demostraron en la evaluación inicial, que el 80% refirió estar de acuerdo en que frecuentemente accede a las peticiones del paciente, situación que sufre un ligero cambio del 20%, en la evaluación final.

Los resultados en el reactivo 14 de la Evaluación Inicial, que corresponde también al indicador de las HEL son: que el 70 % está entre totalmente de acuerdo y de acuerdo, en que les cuesta trabajo decir que no a sus familiares que presentan TLP, cuando les piden que realicen alguna tarea que les corresponde cumplir a los pacientes. En contraparte el 30 % consideró estar entre desacuerdo y totalmente en desacuerdo, (Ver Cuadro 28).

Cuadro 28. Reactivo 14. Evaluación Inicial

Me cuesta trabajo decir que no, cuando mi familiar me pide algo

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A			+			+	+	+	+		5	50
B	+									+	2	20
C											0	00
D		+		+							2	20
E					+						1	10

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Los cambios registrados en la Evaluación Final del reactivo 14, comprendido en el indicador de las HEL son: Se obtiene que el 60 % acepta estar entre totalmente de acuerdo y de acuerdo en que todavía les cuesta trabajo decir que no, cuando su familiar con TLP, les pide que realicen algunas tareas que a él le corresponden, (Ver Cuadro 29).

Cuadro 29. Reactivo 14. Evaluación Final

Me cuesta trabajo decir que no, cuando mi familiar me pide algo

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A							*				1	10
B			*	*	*	*		*			5	50
C										*	1	10
D		*									1	10
E	*								*		2	20

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Los resultados obtenidos en el segundo reactivo que evalúa las Habilidades para el Establecimiento de Límites, demostraron en la evaluación inicial, que el 50% refirió estar totalmente de acuerdo en la dificultad para negarse a resolver los problemas del paciente cuando éste se lo pide; situación que sufrió un cambio porque en la evaluación final, el mismo porcentaje, eligió la opción B. (estar de acuerdo).

En el reactivo 15 de la Evaluación Inicial, que también forma parte del indicador de HEL, los resultados son: el 70 % de los CP responden estar totalmente de acuerdo y de acuerdo, en que frecuentemente le resuelven problemas a los familiares con TLP. El 20 % manifiesta estar entre en desacuerdo, y el 10 % se ubican en posición fluctuante, (Ver Cuadro 30).

Cuadro 30. Reactivo 15. Evaluación Inicial

Frecuentemente le resuelvo problemas a mi familiar aunque no me lo pida

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A					+	+	+			+	4	40
B			+					+	+		3	30
C	+										1	10
D		+		+							2	20
E											0	00

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Los cambios que se registran en el reactivo 15 de la Evaluación Final son: que el 60 % de los CP respondieron estar totalmente de acuerdo y de acuerdo, en seguir resolviendo problemas de los pacientes aunque ellos no lo pidan, es decir el 20 % logró cambiar esta posición; entonces el 40 % ya manifestó estar entre el desacuerdo y totalmente en desacuerdo, (Ver Cuadro 31).

Cuadro 31. Reactivo 15. Evaluación Final

Frecuentemente le resuelvo problemas a mi familiar aunque no me lo pida

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A			*				*				2	20
B					*	*			*	*	4	40
C											0	00
D	*	*									2	20
E				*				*			2	20

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

La evaluación del tercer reactivo en el área de las Habilidades para el Establecimiento de Límites, en la evaluación inicial registró que el 70% estaba totalmente de acuerdo y de acuerdo en que resuelven los problemas del paciente aunque éste no se los pida; no obstante, este ítem, disminuyó un 10% respecto a lo que refirieron los CP en la evaluación final.

Lo registrado en los resultados del reactivo 16 de la Evaluación Inicial, que es el cuarto y último que está comprendido en el indicador de HEL son: el 80 % de los CP responden que están totalmente de acuerdo y de acuerdo. El 20 % manifiestan que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo en que su familiar siempre consigue hacer lo que desea aunque el CP se oponga, (Ver Cuadro 32).

Cuadro 32. Reactivo 16. Evaluación Inicial

Mi familiar siempre consigue hacer lo que desea aunque yo me oponga

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A						+	+	+	+	+	5	50
B		+		+	+						3	30
C											0	00
D	+										1	10
E			+								1	10

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Lo observado en los resultados de la Evaluación Final del reactivo 16 son: que sólo el 40 % de los CP responden que están entre totalmente de acuerdo y de acuerdo, y en esta evaluación pasa a ser el 60 % que está en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, en que el paciente consigue hacer lo que desea, aunque el CP se oponga, (Ver Cuadro 33).

Cuadro 33. Reactivo 16. Evaluación Final

Mi familiar siempre consigue hacer lo que desea, aunque yo me oponga

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A			*				*				2	20
B					*	*					2	20
C											0	00
D		*		*					*	*	4	40
E	*							*			2	20

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

El cuarto y último reactivo que evalúa las Habilidades para el Establecimiento de Límites, durante la presente investigación, registró un cambio considerable: en la evaluación inicial la mayoría de los CP opinaron que el paciente realizaba toda acción que quería; mientras que en la evaluación final, el porcentaje mayor (60 %) se encontró en la respuesta D y E.

En el reactivo 17 de la Evaluación Inicial tenemos que el 70% de los CP manifestaron estar en total desacuerdo y en desacuerdo con respecto a que ya no se interesan por lo que les pueda pasar a sus familiares. El 20 % registró que está de acuerdo en que frecuentemente ya no le interesa la situación de su familiar, y un 10% registró fluctuación, (Ver Cuadro 34).

Cuadro 34. Reactivo 17. Evaluación Inicial

Frecuentemente ya no me intereso por lo que pueda pasar con mi familiar

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A											0	00
B			+	+							2	20
C										+	1	10
D	+	+				+			+		4	40
E					+		+	+			3	30

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Los cambios que se registran en el reactivo 17 de la Evaluación Final son: que el 70% de los CP manifestaron estar en total desacuerdo y en desacuerdo con respecto a que ya no se interesan por lo que les pueda pasar a sus familiares. El 30 % registró estar entre totalmente de acuerdo y de acuerdo; en esta evaluación no se registró fluctuación, (Ver Cuadro 35).

Cuadro 35. Reactivo 17. Evaluación Final

Frecuentemente ya no me intereso por lo que pueda pasar con mi familiar

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A		*						*			2	20
B			*								1	10
C											0	00
D	*			*	*	*	*			*	6	60
E									*		1	10

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

*El cuarto reactivo que evalúa el **Manejo de Conflictos**, se refiere a la actitud de rechazo del CP, respecto al interés que tienen por el paciente con TLP, registrando tanto en la evaluación inicial como en la final, persistencia en la preocupación e interés por atender a su familiar; observándose en ambas evaluaciones un porcentaje del 70 %.*

Lo que se obtuvo en el reactivo 18 de la Evaluación Inicial, el cual también está ubicado en el indicador de CV es que: el 80 % de los CP se ubican en la posición de totalmente de acuerdo y de acuerdo, que generalmente las personas entienden lo que quieren decir. Mientras que el 10 %, se ubica en la posición de fluctuación, y el otro 10 % se registra en desacuerdo, de que en general las personas entienden lo que ellos quieren decir, (Ver Cuadro 36).

Cuadro 36. Reactivo 18. Evaluación Inicial

En general las personas entienden lo que quiero decirles

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A					+		+				2	20
B		+		+		+		+	+	+	6	60
C	+										1	10
D			+								1	10
E											0	00

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Los cambios obtenidos en la Evaluación Final del reactivo 18 son: que el 70 % de los CP se siguen ubicando en la posición de estar totalmente de acuerdo, y de acuerdo en que generalmente las personas entienden lo que quieren decir; el otro 30 % se distribuye en las tres opciones restantes, resaltando que en la primera evaluación ningún CP se ubicó en la opción D, y en esta evaluación uno de ellos sí se registró en estar totalmente en desacuerdo de que generalmente las personas entienden lo que el CP les quiere comunicar, (Ver Cuadro 37).

Cuadro 37. Reactivo 18. Evaluación Final

En general las personas entienden lo que quiero decirles

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A		*					*	*			3	30
B	*			*	*					*	4	40
C						*					1	10
D			*								1	10
E									*		1	10

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

El segundo indicador que evalúa la Comunicación Verbal, se enfoca en la capacidad que tiene el CP para transmitir en una forma clara, congruente y coherente el pensamiento, sentimiento y acción hacia su medio externo; al respecto, cuantitativamente se observa un cambio descendente (del 80 % al 70.00 %) en las respuestas proporcionadas por los asistentes al Grupo Psicoeducativo.

Los resultados del reactivo 19, de la Evaluación Inicial comprendidos en el indicador de la CV, reportan que, el 60 %, está en la posición de totalmente de acuerdo y de acuerdo en que les cuesta trabajo hacer que el paciente entienda lo que el CP le quiere decir. El 10 % están en la posición de fluctuación. El 30 % está entre desacuerdo y totalmente en desacuerdo de que les cuesta trabajo hacer que el paciente entienda lo que le dicen, (Ver Cuadro 38).

Cuadro 38. Reactivo 19. Evaluación Inicial

Me cuesta trabajo hacer que mi familiar entienda lo que le digo

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A					+		+	+		+	4	40
B	+					+					2	20
C									+		1	10
D		+	+	+							3	30
E											0	00

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Los cambios que se arrojaron en la Evaluación Final, en el reactivo 19 son: que el 60 % se ubicó entre estar en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, mientras que el 40 % restante se registró entre estar totalmente de acuerdo y de acuerdo, en que le cuesta trabajo al CP, hacer que el paciente entienda lo que le quiere comunicar, (Ver Cuadro 39).

Cuadro 39. Reactivo 19. Evaluación Final

Me cuesta trabajo hacer que mi familiar entienda lo que le digo

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A			*				*				2	20
B					*					*	2	20
C											0	00
D	*			*		*		*			4	40
E		*							*		2	20

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

El tercer y último indicador que evalúa la Comunicación Verbal se enfoca en conocer si al CP se le dificulta que su familiar con TLP entienda lo que quiere transmitirle, al respecto se manifiestan cambios relevantes en los resultados obtenidos entre la evaluación inicial y final (del 60 % al 40.00 %) que reportan que no les cuesta trabajo hacer que su familiar entienda lo que quieren decir.

Los resultados del reactivo 20 de la evaluación inicial, que está comprendido en el indicador de MC, son: el 80 % se ubicaron en la posición de estar entre totalmente de acuerdo y de acuerdo de que el paciente de TLP entienda lo que le conviene. Mientras el otro 20 % está distribuido en partes iguales, en lo correspondiente a fluctuación y a estar en desacuerdo, (Ver Cuadro 40).

Cuadro 40. Reactivo 20. Evaluación Inicial

Mi familiar entiende lo que le conviene

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A			+		+		+	+		+	5	50
B	+					+			+		3	30
C				+							1	10
D		+									1	10
E											0	00

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Los cambios registrados en la evaluación final, en el reactivo 20: el 60 % de los CP se encuentran entre: totalmente de acuerdo y de acuerdo. Mientras que el 40 % se encuentra en la posición de desacuerdo de que el paciente con TLP sólo entiende lo que le conviene, (Ver Cuadro 41).

Cuadro 41. Reactivo 20. Evaluación Final

Mi familiar entiende lo que le conviene

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A			*				*				2	20
B		*			*	*				*	4	40
C											0	00
D	*			*				*	*		4	40
E											0	00

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

En el quinto reactivo que evalúa el Manejo de Conflictos, se presentó un cambio significativo del 50 % al 20.00 %, entre la evaluación inicial y final; dicha respuesta se enfoca a estar totalmente de acuerdo en que el paciente entiende lo que le conviene.

Los resultados del reactivo 21 de la Evaluación Inicial, que corresponde al indicador de MC se obtienen los siguientes resultados: El 70 % registra que está entre totalmente de

acuerdo y de acuerdo; en contra parte se obtiene que el 10 % se declara en desacuerdo, de que comprende porque el paciente tiene conductas que le desesperan. Es notable que el 20 % se ubique en la posición fluctuante, (Ver Cuadro 42).

Cuadro 42. Reactivo 21. Evaluación Inicial

Comprendo por qué mi familiar tiene conductas que me desesperan

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A			+		+		+				3	30
B	+					+		+		+	4	40
C				+					+		2	20
D		+									1	10
E											0	0

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Lo obtenido en el reactivo 21 de la Evaluación Final, en forma relevante: es que el 90 % ahora registra que está entre totalmente de acuerdo y de acuerdo. Sólo un 10 % contestó que está totalmente de acuerdo, en comprender porque el paciente tiene conductas que le desesperan, (Ver Cuadro 43).

Cuadro 43. Reactivo 21. Evaluación Final

Comprendo por qué mi familiar tiene conductas que me desesperan

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A	*		*					*	*	*	5	50
B		*			*	*	*				4	40
C											0	00
D											0	00
E				*							1	10

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

En el sexto reactivo que evalúa el Manejo de Conflictos, en la Evaluación inicial y la Evaluación final se obtuvieron resultados relevantes: del 70 % pasó al 90 % de CP, que comprenden porque el paciente tiene conductas que los desesperan.

Lo registrado en el reactivo 22 de la Evaluación Inicial, que corresponde también al indicador MC es que: el 50 % de los CP se ubica entre totalmente de acuerdo y de acuerdo. En el otro extremo el 30 % refieren estar entre el desacuerdo y el total desacuerdo; el 20 % se ubica en la posición de fluctuación, de que no están ni de acuerdo ni en desacuerdo en que su familiar haga todo lo posible por lograr que se desesperen, (Ver Cuadro 44).

Cuadro 44: Reactivo 22. Evaluación Inicial

Mi familiar hace todo lo posible por lograr que me desesperere

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A	+						+			+	3	30
B				+				+			2	20
C			+						+		2	20
D		+				+					2	20
E					+						1	10

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Los resultados en la Evaluación Final del reactivo 22 son que: el 20 % de los CP están de acuerdo en que sus familiares hacen todo lo posible por lograr desesperarlos. Mientras tanto el 80 % manifestó estar entre el desacuerdo y totalmente en desacuerdo, (Ver Cuadro 45).

Cuadro 45. Reactivo 22. Evaluación Final

Mi familiar hace todo lo posible por lograr que me desespere

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A											0	00
B			*				*				2	20
C											0	00
D	*	*		*	*	*		*		*	7	70
E									*		1	10

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

En lo que respecta al séptimo y último reactivo, que evalúa la habilidad que tiene el CP en el Manejo de Conflictos ante el paciente, se encontró que en la evaluación inicial, el 50% de los CP opinan que están totalmente de acuerdo o de acuerdo, en que el paciente con TLP "hace lo posible para desesperarlos", sin embargo en la Evaluación final el 80.00 % de los CP están entre el desacuerdo y totalmente en desacuerdo que sea el deseo genuino del paciente el desesperarlo.

Los resultados que se obtienen en el reactivo 23 de la Evaluación Inicial, comprendido en el indicador de HN, son: que el 60 % de los CP se ubican entre estar totalmente de acuerdo y de acuerdo. El 30 % registró estar en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. En la posición de ni de acuerdo ni en desacuerdo se registró el 10 % de que los pacientes siempre esperan que les resuelvan sus problemas, (Ver Cuadro 46).

Cuadro 46. Reactivo 23. Evaluación Inicial

Mi familiar siempre espera que le resuelva sus problemas

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A					+		+		+	+	4	40
B		+	+								2	20
C	+										1	10
D						+		+			2	20
E				+							1	10

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Lo registrado en la Evaluación Final, del reactivo 23 es que el 30 % de los CP reportaron que están entre totalmente de acuerdo y de acuerdo; el otro 70 % de los CP registran entre estar en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, en el paciente siempre espera que le resuelvan los problemas, (Ver Cuadro 47).

Cuadro 47. Reactivo 23. Evaluación Final

Mi familiar siempre espera que le resuelva sus problemas

A. Totalmente de acuerdo, B. De acuerdo, C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, D. En desacuerdo y E. Totalmente en desacuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	%
A							*				1	10
B		*							*		2	20
C											0	00
D	*		*		*	*				*	5	50
E				*				*			2	20

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: “Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad”, Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

*En el segundo y último reactivo que evalúa las **Habilidades para la Negociación**, el cambio más relevante fue que en la evaluación final, la mayoría de los CP (del 30 % pasó al 70 %), están en desacuerdo o totalmente en desacuerdo en que: el paciente siempre espera que le resuelvan los problema..*

Se debe recordar que en el CEFCACPPTLP, se agregó, una pregunta abierta a manera de llevar a la reflexión a los CP: *¿Qué obtuvo al asistir a este grupo psicoeducativo?* Con el material inmerso en sus respuestas se analizan a través del análisis de contenido y se clasificaron las diferentes actitudes en las cuales los mismos CP identificaron que presentaron cambio. Es entonces que con el análisis de contenido de las respuestas se pudo identificar, que de manera significativa mostraron la disposición de acudir a diferentes procesos terapéuticos, tal y como queda expresado en los siguientes testimonios:

C01A manifestó que se genera en ella una actitud de comprensión, de confianza, de tranquilidad y la capacidad de autocrítica. En la última sesión del proceso psicoeducativo refirió: *“Yo me he estado dando cuenta que necesito tomar una terapia de pareja para...para trabajar algunos problemas que hay entre mi esposo y yo”*.

C02M dijo haber desarrollado la actitud de tolerancia, de comunicación con respeto y de autocrítica. En la última sesión comentó lo siguiente: *“Yo considero que se debe iniciar... se debe tomar un proceso de **terapia de familia** para que participe la mamá de Dalila, mi sobrina y las hermanas de ella. Sí, que trabaje toda la familia y yo sigo comprometida con mi sobrina”*.

C03E refirió haber desarrollado predominantemente la comprensión, la actitud de mejorar la interrelación con su hija y la autocrítica, este dato fue respaldado con el siguiente testimonio: *“Pues yo sigo siendo rígido, fijate que ahorita me saludó con mucho cariño Mariana y no me fue fácil responder este...de...igual forma su saludo. Bueno ya me doy cuenta, este...pienso que lo tengo que seguir trabajando. Bueno pienso buscar un lugar en donde pueda tomar una **terapia de pareja**, porque tengo que revisar la forma de relacionarme con mi pareja y como ella se relaciona con Mariana, aunque mi actual pareja no es madre de Mariana se lleva bien con ella, y hay... hay cosas que yo no puedo asimilar, como ser cariñoso”*.

C04T manifestó que se lleva el aprendizaje sobre cómo manifestar la actitud de comprensión, de tolerancia y de comunicación con respeto, además de la capacidad de autocrítica; ella también comparte con C03E, en que piensa seguir conociéndose: *“Me he dado cuenta que muchos de los problemas que presenta mi esposo...bueno yo creo ahora que debo resolver algunas cosas a nivel de pareja para poder... cómo se dice...poder llegar a acuerdos y poner límites claros en la relación de pareja y después con los hijos. Yo creo que es conveniente que toda la familia participe en una **terapia de familia**”*.

C05A comentó que presentó cambios al desarrollar la actitud de comprensión, la de mostrarse tranquila; ahora tiene la posibilidad de ser autocrítica, ella dijo en la última sesión que: *“Yo quisiera tomar una **terapia de pareja**, porque muchos de los problemas que se presentan en mi hijo, pienso, que...bueno que deben resolverse muchos problemas que hay entre mi esposo y yo.*

C06S refirió que se ha desarrollado en ella la actitud de confianza, de tranquilidad, pues ahora se permite percibir capacidades en la hija que presenta el TLP, ha tomado la actitud para la disminución de conflictos, ha mejorado su comunicación afectiva, ha podido mostrarse con la habilidad para instalar límites y por último, desarrolló la autocrítica, que fue reafirmado con el siguiente testimonio: *“Y que quiero hacerme también responsable de mis actitudes, porque digo quien sabe qué actitudes estaba teniendo yo... que*

también influyen para que las cosas a veces no vayan bien. Sí, este... mi enojo es porque este... yo pensaba que la enfermedad... la toma Paloma, como pretexto para no trabajar, y ahora luchó por ser empática y entender que ella sufre por su misma enfermedad. También quisiera tomar una **terapia de pareja**, porque muchos de... sí muchos de los problemas con los hijos, nacen de nosotros dos, de mi esposo y yo”.

C07E se mostró congruente con la postura que mantuvo en las respuestas de los 23 reactivos de las evaluaciones, y manifestó que desarrolló la actitud de mejorar la interrelación con su esposa, a su vez aumentó la autocrítica, lo cual fue reiterado con su breve testimonio: “*Quiero disminuir las peleas con mi esposa, tratando de ser empático, tolerante y...siendo más mediador. Eso es lo que me llevo, la satisfacción personal. Tanto mi pareja como yo, nos hemos esforzado para instalar un poco más de tolerancia, de uno con el otro. Yo pienso que lo que sigue es tomar una **terapia individual**, porque identifique en mí muchas dificultades afectivas*”.

C08E, refirió haber evolucionado en cuanto a las actitudes de: mejorar la comunicación afectiva y la autocrítica; en la última sesión comentó que: “*Yo consideró pertinente... sí seguir con una **terapia individual** porque yo reconozco en mí que soy impulsivo, en ocasiones ni yo mismo me entiendo y si fuera posible me gustaría tomar una **terapia de pareja** para seguir aprendiendo y conociéndonos...sí mi pareja y yo, y así educar en forma saludable a nuestro hijo*”.

C09M señaló que la actitud de la comprensión y de autocrítica, fueron desarrolladas durante el proceso psicoeducativo; por último, a través de un testimonio compartió lo que piensa hacer al concluir dicho proceso: “*Quisiera yo tomar una **terapia individual**, porque me he dado cuenta que no estoy bien, y también quisiera tomar una **terapia de familia** para que mis hermanas se dieran cuenta de sus problemas... y que ellas los resolvieran, que no dependieran de mí.*”.

C10J dijo que los cambios que presentó son en la comprensión, en mejorar la interrelación con su hijo y ser más autocrítica. Ella compartió con su testimonio lo siguiente: “*Yo quisiera seguir ya...este... con una **terapia familiar**, porque todos estamos mal. Pero ahora más, este...por la muerte de mi cuñada, ella se suicido hace ocho días, yo siento que debo pasar a que me valoren porque me siento mal. La muerte de mi cuñada me recuerda este... todo lo que sentí cuando mi esposo se suicido, el padre de Mauricio*”

Se manifestaron once diferentes actitudes en la respuesta final del cuestionario de la evaluación final: las que registraron mayor frecuencia fueron tres: con la frecuencia 3 fue la tranquilidad y la interrelación satisfactoria; con frecuencia 6 fue la comprensión; y con frecuencia 10 fue la autocrítica; es relevante observar que los diez CP coincidieron en que hubo desarrollo en su autocrítica, (Ver Cuadro 48).

Cuadro 48. Evaluación Final

¿Qué obtuvo al participar en el Programa Psicoeducativo?

ACTITUD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Opciones
Comprensión			*		*	*	*		*	*	6
Confianza			*					*			2
Tranquilidad			*				*	*			3
Tolerancia				*		*					2
Comunicación con respeto				*		*					2
Interrelación satisfactoria					*				*	*	3
Validar las capacidades en el paciente.								*			1
Manejo de conflictos								*			1
Desarrollo de comunicación afectiva								*		*	2
Habilidad para instalar límites								*			1
Autocrítica	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	10

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

El cambio de actitudes también se pudo constatar en los resultados procesados con la Estadística Inferencial. Los reactivos (de 5 al 23) de los CEICACPPTLP y el CEFACACPPTLP se agruparon en los indicadores de CV, CA, HN, HEL y MC, que de acuerdo a los resultados obtenidos, los tres últimos arrojaron significancia estadística, al comparar medias estadísticas entre la evaluación inicial y final. En cuanto a la HN, existen diferencias con significancia estadística: $[t=20 (7), p0.00]$ derivadas de la evaluación inicial con respecto de la evaluación final. Esta es una demostración cuantitativa que demostró estadísticamente que las HN que presentan los CP al inicio del PPCPPTLP, son diferentes a las HN registradas al concluir el proceso. En el primer

caso se registró una media de 4.8 y en la evaluación final una media de 6.2.

De los resultados registrados en el indicador de MC, se obtuvo una media de 21.20 en la evaluación inicial, mientras que en la evaluación final la media fue de 17.50, con significancia de $t=2.12$ (18), $p0.04$, de igual manera, el MC inicial, fue inferior al MC de la evaluación final.

En el indicador de HEL se obtuvo una media de 15.90 en la evaluación inicial y en la final una media de 12.00, con significancia de $t=2.03$ (18), $p0.05$. Lo que permite aseverar que las HEL cuantificadas en la evaluación inicial fueron superiores al término del PPCPPTLP, (Ver Cuadro 49).

Cuadro.49- Descripción de los resultados en los CICACPPTLP y CFCACPPTLP (n=10)

Indicadores	1ra. Evaluación			2da. Evaluación		
	Media	Ds	Min-Max	Media	Ds	Min-Max
CA	10.40	1.57	8-13	10.00	2.74	6-13
CV	9.6	1.64	6-11	8.1	2.72	4-13
HN*	4.8	2.65	2-10	6.2	2.04	2-9
MC**	21.20	4.26	15-29	17.50	3.50	12-23
HEL***	15.90	3.03	12-20	12.00	5.24	4-20
Total	61.90	6.79	53-71	53.80	12.93	35-72

* $t=20$ (7), $p0.000$

** $t=2.12$ (18), $p0.04$

*** $t=2.03$ (18), $p0.05$

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Los resultados que se obtuvieron con la aplicación de las escalas de Ansiedad-Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale HARS) y la Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS), antes de iniciar el PPCPPTLP (Evaluación Inicial) y al terminar el proceso (Evaluación Final). Lo que se registró en los resultados de la Escala de Davidson, en cuanto a frecuencia fue que no se dio ningún cambio, entre la evaluación inicial y final, el resultado fue: estás ausente; pero en cuanto a gravedad, en

la evaluación inicial se registró que ocho CP se ubicaron con gravedad ausente, y dos con gravedad leve; en contraparte, se obtuvo que en la evaluación final que los 10 CP se registraron con gravedad ausente.

Los resultados obtenidos en la escala de Ansiedad fueron semejantes entre la evaluación inicial y la evaluación final, se registró en las dos evaluaciones lo siguiente: en dos CP con ansiedad ausente, seis con ansiedad leve y dos con ansiedad moderada. Pero, uno de los CP, pasa de ansiedad moderada a ansiedad severa, por lo que se le indicó en su momento, que debía pasar al Servicio de Urgencias para ser valorada, (Ver cuadro 50).

Cuadro 50.- Descripción de los resultados en relación a la frecuencia y gravedad en las escalas aplicadas: Evaluación Inicial y Evaluación Final (n=10)

Escalas	Sub escalas	Niveles	1ra. Evaluación		2da. Evaluación	
			N	%	N	%
ED	Frecuencia	Ausente	10	100	10	100
	Gravedad	Ausente	8	80	10	100
		Leve	2	20		
EAH		Ausente	2	20	2	20
		Leve	6	60	6	60
		Moderada	2	20	1	10
		Severa			1	10
		Muy Severa				

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

Con respecto a los niveles de estrés de los CP participantes en el grupo psicoeducativo, se identificó que el 100% manifestó ausencia de estrés al inicio, pero en relación a la gravedad el 20% registró un grado leve, esto en la evaluación inicial; ya en la evaluación final, se observa que en el 100% está ausente la gravedad.

Los resultados de la Escala Davidson, en la subescala de Frecuencia, arrojó una Ds de 11.9 en la evaluación inicial, mientras que en la evaluación final la Ds fue de 12.9. En relación a la subescala de Gravedad aplicada en la evaluación inicial, se obtuvo una Ds de 11.8, misma que se incrementó a 12.5 en la evaluación final, lo cual denota significancia [$t=2.9$ (18), $p0.008$], (Ver Cuadro 51).

Cuadro 51.- Descripción de los resultados en las escalas aplicadas por tiempos (n=10)

		1ra. Evaluación				2da. Evaluación			
		Media	Ds	Min	Max	Media	Ds	Min	Max
ED	F	20.4	11.9	4	38	13.7	12.9	4	37
	G*	28.9	11.8	8	42	12.7	12.5	2	40
EAH		14.3	6.66	4	22	13.10	10.96	3	36

* [$t=2.9$ (18), $p0.008$]

FUENTE: Martínez Cruz, E. Resultados obtenidos durante la investigación: "Cambio de las actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad", Tesis para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, diciembre 2009.

5.1.7.2 Resultados cualitativos

Las dos actitudes identificadas como persistentes entre la población estudiada, en la interrelación, con el paciente que vive con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), fueron la sobreprotección y la culpa. Es frecuente que ambas actitudes aparezcan entrelazadas en la relación, que para su estudio es necesario analizarlas por separado. La manera en que los CP manifestaron estas actitudes fue en forma espontánea, producto de la aplicación de técnicas psicodramáticas, lo cual se observa y registra durante las sesiones del proceso de psicoeducación, y plasmadas a través de los fragmentos testimoniales de los CP.

En este orden de ideas, la sobreprotección se caracteriza por ser una actitud que produce manifestaciones de hostilidad encubierta hacia quien se "protege", llegando a bloquear el desarrollo biopsicosocial de quien recibe este "tipo de atenciones"; mientras

que la culpa es una actitud, que genera incomodidad con lo que se hace, piensa, dice, o las consecuencias de ello, y da determinada predisposición ante los objetos actitudinales, como se muestra a continuación.

5.1.7.2.1 Sobreprotección-rechazo y culpa: Actitudes persistentes en la población estudiada

Una forma habitual de sobreproteger a las personas con trastorno mental incluye limitar el desarrollo del autocuidado y de la salud, donde el CP frecuentemente toma decisiones arbitrarias que incluyen, entre otras cosas, la suspensión de tratamientos, aún cuando tenga conocimientos generales de las consecuencias de ese tipo de acciones, como se muestra en la siguiente transcripción: *“Toma tu medicamento, no te lo has tomado desde hace tiempo... Entonces yo lo que hice fue retirarle el medicamento, el que... pues a últimas... la que va a sufrir con él voy a ser yo...No sé si..., si estoy haciendo lo correcto”* (C10J).

Otro elemento común a las formas en que se expresa la sobreprotección es la ambivalencia con que el CP explica la toma de sus decisiones, es decir, se manifiesta la dificultad que tiene el CP al poner límites y termina decidiendo por el otro.

Así mismo, una forma frecuente que usan las personas sobreprotectoras para justificar sus acciones como “buenas”, reside en la victimización, lo cual tiene un sustrato psíquico complejo que no es motivo de esta tesis. De ese modo, se habla de bondad en los siguientes términos: *“Y ya he adquirido gracias a Dios la paciencia, porque yo era una de las que ¡aaaaah! (de desesperación). Ahora sí sé bien que es tener paciencia”* (CO5A).

La complacencia desmedida y la falta de límites favorecen la sobreprotección y ésta genera auto victimización del CP, pero también su desgaste; ello se debe en gran medida a su incapacidad de ser asertivo.

El CP presenta una disonancia cognitiva, afectiva y conductual hacia el paciente, se trata de un patrón de interrelación personal: *“Pues sí, en el caso de mi hijo, de que a mí me angustiaba, no... de que no se le podía llamar la atención, porque se le podía hacer enojar... para que él no se sienta mal, para que..., pues sí no..., se ponía triste... era la misma angustia de que... y ahora qué hago ¿no? Para que no se vaya a enojar y se vaya a sentir mal. Aquí hay un*

reloj, en mi “Escudo familiar”³⁶ donde represento la tolerancia, porque sí siento que tengo que tener tolerancia para todos los que llegan ahí, para los que vivimos, los que vivimos aquí en la casa, que somos muchos” (C9M).

La sobrecarga del CP puede agravarse debido a la dificultad que presenta para reconocer redes sociales de apoyo, aunado a la incapacidad cognitiva para identificar que tiene problemas: *“Sí, se me hacía muy difícil porque todos los problemas se cargaban en mí, en mí todo... todo lo que a él le pasaba me lo decía a mí, yo la verdad no sabía ni a quién decirselo ni nada y me hundí, me hundí mucho tiempo y después este... no sé, busqué ayuda, una amiga que tenía, me invitó a un grupo y este... y fui y este... fue entonces cuando... cuando sentí que algo... un peso que traía cargando que lo... lo dejé, pero si se me hizo mucho muy difícil” (C04T).*

Las personas sobreprotectoras son incapaces de reconocer que ellas favorecieron la “invalidez” de las personas a quienes educan. Dentro de esta dinámica es frecuente la ambivalencia, porque esperan que sus educandos, al alcanzar la mayoría de edad, sean capaces de manifestarse autosuficientes, independientes y capaces de resolver sus problemas cotidianos. Por lo tanto, cuando esta sobre exigencia no se cumple, aparece la frustración y la constante devaluación a los otros. Además de que esperan que las atenciones y cuidados que ellos brindaron sean retribuidos: *“Si, este... me, me permiten este..., yo pienso que esa..., que esa... que bueno que... lo que, lo que lo dijo este... que esa es: una, una, uno de mis... de los errores que yo cometo, este... mmm, yo... yo me veo como una mujer muy perfeccionista y entonces este... eh, quiero que siempre se saquen diez, ¿eh? Odio otra cosa que me he estado viendo es que... que los comparo, ¡ah! que así como yo toda mi vida me he exigido...les exijo a mis hijos” (C06S).*

La sobreprotección, además de ser una actitud que no es selectiva de un miembro de la familia o tipo de enfermedad, que como se ha explicado, lastima y produce “invalidez”, los CP no logran concebirla en toda su magnitud debido a que la ejercen como patrón de conducta incorporado desde su inconsciente. El siguiente es un fragmento de la intervención que hizo una CP, en donde explica, a su entender, por qué protege a su

³⁶El Escudo familiar: Es una técnica psicodramática que se desarrolla para la identificación de valores y características de la dinámica familiar.

hija, que no es paciente psiquiátrica,..: *“Sí, sí inclusive... sí es así porque por ejemplo mi hija..., a ella le hicieron una operación a corazón abierto, y yo siempre por el miedo de que pues le fuera a hacer mal o algo, yo no la dejaba hacer nada y porque apenas son tres años de esa operación y yo le digo ¿sabes qué? Es que te puede hacer mal y entonces ella... llegó el momento en que me dijo: es que tú me haces sentir más inútil, entonces yo le dije, no es eso hija es que yo no quiero que..., pues una operación a corazón abierto... no es cualquier cosa y entonces yo tengo miedo que pues vaya a haber consecuencias y entonces yo se lo planteé así, y le dije: bueno ¿si tú estuvieras en mi lugar, tú no tratarías de proteger a tu... o sea a tu hijo? No pues sí. Pues trátame a mí de entender en eso, a lo mejor estoy mal porque pues yo no quiero que te lastimes, que... o sea que nadie te haga daño...”* (C01A).

Una consecuencia de la falta de autocritica, de quien ejerce la sobreprotección, es la comisión de actos que pretenden engañar a los demás para hacer menos visible las deficiencias del paciente, permitiéndose culpabilizar a otros de su necesidad de engaño y control, pues suponen que lo hacen por el bien de alguien a quien consideran débil: *“Yo este... mmm. Yo sentía que siempre había tenido una buena actitud este..., siempre pensé que era yo una buena madre... hijole. Bueno lo que pasa es que mi esposo desde pequeña a mi hija..., él era muy exigente con ella y con mi hijo no. Sí angustiada, entonces yo siempre trataba de que mi esposo no se diera cuenta de cosas de ella..., para que..., para evitarle a ella problemas ¿no?”* (C06S).

La sobreprotección implica el control de la vida del otro, pues impone obstáculos al desarrollo respecto de lo que pueda hacer, de acuerdo a su edad, capacidad y necesidades. Las experiencias desagradables de una persona, no deberían ser el fundamento del modelo educativo a seguir, porque las experiencias son vividas de diferente forma por cada persona en un contexto temporo-espacial. El que la madre intente hacer “todo” a los hijos, se da con mayor frecuencia en las familias de la postmodernidad: las cuales son pequeñas y consumistas: *“Yo tengo una señorita de 13 años y como yo también trabajé muy joven y muy chica, y yo no quisiera que ella pasara lo que yo pasé y la verdad le... le digo, no pus, no pus, no lo hagas, yo lo hago, o sea, lo contrario de lo que yo viví. ¡Ah, bueno!, o sea no siempre, sino, si quiere ella hacer las cosas, pero a veces, digo, bueno, yo lo hago porque yo pasé por eso y es muy difícil trabajar muy joven, a mí no me gustaría que ella pasara por eso”* (C05A).

La infantilización es una manera de conservar el control sobre los adultos, cancelando su autodeterminación y la corresponsabilidad en cada integrante, sea paciente con TLP o CP, que

tienen respecto a las conductas o decisiones que ejercen; dicha actitud no hace consciente el motivo del control, pero produce ganancias secundarias como un supuesto reconocimiento por ser “buena madre”: *“Trabajadora Social mi hijo está como Mariana, la hija del señor Enrique, duerme cuatro horas, llega de la escuela, se va al gimnasio, o sea yo siempre preocupada por las tareas y ahí estoy duro y duro con él, y yo le reviso luego las tareas y: mamá por favor, te pido que me tengas confianza, ya tengo 18 años”* (C10J).

La conducta sobreprotectora encubre deseos de destrucción y por ello se acompaña de ansiedad: *“Este yo... yo me he visto actitudes a veces así, este... mi actitud es por ejemplo si: el hijo me dice: Mamá, me voy a quedar en casa de Carlos. Este... ¡Ay, hijo déjame el teléfono por favor; o me hablas en la noche! Este... y entonces él me dice ¿sabes qué? No me quieran controlar por favor, dice, ya estoy grande. Entonces yo me pregunto en ese momento y entonces ¿por qué, por qué hay unos momentos en que dices, por qué no se van a otro país o a otro lado?”* (C06S).

Una actitud contraria en extremo a la sobreprotección, es el desapego, que también produce pobre desarrollo y propicia que el abandono se enmascare con el deseo de promover la libertad. Lo anterior, se ilustra en las siguientes líneas expresadas por un padre divorciado, que se vio obligado a ejercer eventualmente, el rol de padre: *“Este bueno uno, este... fue el que, el que yo como mediador muchas veces entre mi hija y mi esposa este... me tocó muchas veces ser el papá. La ambivalencia... me pongo rígido pero me tengo que mostrar como protector; no hija estate ahí hasta que te mejores, podrás ser productiva. Entonces digo, en qué momento yo puedo evitar esa parte errónea de mí y manejarla. Es diferente a mí..., pero yo también sigo apoyando mi “tesis” de que es... Mariana... es mi reflejo, entonces yo a Mariana no le exijo porque ella es más... como que se hace más sensible,... en ella eh, y... y la dejo ser; la dejo ser; la dejo ser. Si tú... debes ser tú, eso Mariana pues adelante yo te apoyo.”* (C03E).

En suma, la sobreprotección que se presenta en la interacción entre el paciente con TLP y su CP, tiene como características principales: ambivalencia, auto victimización, frustración, infantilización y desgaste emocional, que son reflejo de las dificultades emocionales y psicológicas no resueltas, que en su conjunto, empobrecen las redes sociales con las que se pudieran contar.

La culpa fue la otra actitud persistente en las relaciones entre los pacientes con TLP y los CP, actitud que se analiza también, a través de los planteamientos teóricos unidos a los testimonios de los CP.

La culpa es una actitud respaldada principalmente en la religión, que teje una relación entre un sentimiento y el ejercicio de reprimir. Con frecuencia, los adultos utilizan este recurso para controlar a personas que dependen de ellos, probablemente porque no cuentan con herramientas asertivas, que permitan el desarrollo y tranquilidad en las personas que están formando. La sensación de culpa puede justificar el dejar que el otro haga lo que quiera; como en el caso del padre permisivo que traslapa la culpa con la idea de libertad y que significa para él, ausencia de restricciones, en la cual no existe conciencia del proceso de independencia que tienen que vivir los hijos.

En algunas interacciones familiares se presenta la incongruencia y la incoherencia, en donde el discurso expresa el deseo de no hacer enojar al otro, pero a la vez, con lenguaje analógico, se manifiesta una postura de víctima, pretendiendo culpabilizar al otro, que intenta parecer ante los demás, como una persona que soporta y mantiene su fuerza. Las siguientes líneas ejemplifican una relación de éste tipo entre madre e hijo: *“Entonces pues sí me empieza a decir que me hago la víctima, yo me quedo callada para que no se dé cuenta de lo que estoy sintiendo, y es que no quiero que se enoje mi hijo”* (C9M).

Cuando no se pone en palabras el sentir, es entonces que se actúa el estado de ánimo y se agrede a la persona con la que se dice que se está siendo tolerante, mediante el uso de gestos, silencios o posturas. La incapacidad que una persona muestra para verbalizar su malestar, hace que éste sea expresado en momentos poco propicios y en forma inadecuada, lo cual suele agravar el conflicto y afecta no sólo a los involucrados, sino a la familia; lo que se ha convertido en un problema social. Por ejemplo: *“Eh, bueno en este momento siento que si, en este momento, o... o no la había yo sentido o ahorita, pero quizás por la enfermedad de Jesús yo siento un gran peso. Sí lo que pasa es que ahorita yo puse en mi “Escudo Familiar” lo de la tolerancia porque... Tengo una hermana que está ahí con dos niñas, las dos están enfermas, también tienen depresión, ya las están tratando, pero se ponen a veces tan..., tienen 12 años y yo tenía que guardar lo que siento”* (C9M).

Al ser la sobreprotección un sentimiento de aniquilación encubierta, se produce la culpa, sentimiento que se utiliza para que los otros sigan considerando al generador de sobreprotección como sujeto fuerte, y sea él quien controle, “para preservar la integridad y unidad de la familia”. Estas actitudes no permiten que los hijos en formación crezcan de forma integral; por tal situación, el sobreprotector seguirá eternamente como protagonista principal. En gran parte, esta forma de interactuar es inconsciente y por no adaptarse a las exigencias de las diferentes etapas del ciclo vital de la familia, la sobreprotección aniquila también a su generador, como lo

refiere el siguiente testimonio. *“Yo este..., yo me siento muy culpable en ese sentido, porque yo a mis hijos los he sobreprotegido. Cuando este..., su papá murió en un accidente y estaban muy pequeños: uno tenía 5 años y el otro 3 años y medio, de por sí yo era muy nerviosa y a raíz de que...el padre de Mauricio se suicido, yo me encerré con ellos y tenía miedo de perderlos porque yo dije, no van a salir. Los va a atropellar un carro, o sea fue mucho... mucho mi miedo, y no digas groserías, no discutas. Les evitaba muchas cosas y no podían salir solos... a la secundaria, o sea todo... todo yo, ahí con ellos, y si querían ir a un paseo con los abuelitos, no, no mejor me voy con ustedes, o no van, porque vayan a chocar; vaya a pasar algo, fui muy insegura yo” (C10J).*

En el tipo de crianza permisiva, los hijos se aferran a no renunciar a los privilegios y poder que los padres les han otorgado, habitualmente y en forma inconsciente, esperan que los demás atiendan sus demandas y al no ser esto posible, suelen ser rechazados, situación que a su vez genera frustración y fracaso, puesto que carecen de responsabilidad, madurez y disciplina. Al respecto, uno de los CP hace el siguiente comentario: *“Yo quise, no ser ese papá y además que era una niña y una hija que... si porque el papá... es mi hija y mi reinita. Yo no la traté como tal, yo nada más como mi hija y ya, sin protección, sin..., sin mi reinita chiquita y hasta la fecha no, en la actualidad ahora que es joven, adulta no sé cómo se le podría llamar. Entonces, este... esto que digo yo a lo mejor yo hice mal, digo yo hice mal en el sentido de papá, sí yo veo que todos los papás son sobre protectores con sus hijos, los cuidaban, los llevaban, ¿no? iban por ellos a la Secundaria, iban por ellos a la prepa, ¿eh? yo nada más esperaba que Mariana saliera de la Secundaria para que se encaminara sola y decía: yo no voy a hacer todo lo que hacen todos los papás, además yo voy al lado con muchos esquemas sociales ¿no? ni esto de la moral ni esto de los..., además es mucho gasto ver lo de los valores porque siento que pues no, no, no los identifico yo, ni se los inculqué a Mariana, ni la llevé a misa a fuerzas, y yo se lo dije: yo a ti no te voy a llevar a misa... muchas cosas que yo quise quitar de mi vida pasada, porque no quería yo dejárselas a ella, que fuera totalmente libre, pero creo que me salió contraproducente porque el otro día que me cuestionaba como..., como dicen vulgarmente como cuando escupes para arriba te regresa, yo quería que Mariana fuera totalmente libre y ahorita a sus 26, 27 años tengo que hacerme cargo de ella” (C03E).*

Con lo referido en los párrafos anteriores, se obtiene como resultado que la culpa, es una actitud que se manifiesta constantemente en la interacción paciente con TLP y CP; además es utilizada para intervenir en los conflictos, inhibiendo el desarrollo biopsicosocial de los miembros, porque en pro de la “autosuficiencia”, no se establecen reglas de convivencia claras, formativas y flexibles para plantear un proyecto de vida individual, ni muchos menos familiar.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS

Al igual que Fruzzetti, (2004), quienes implementaron una intervención psicoeducativa en familiares de pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, **se puede afirmar que el proceso psicoeducativo que se evaluó a través de esta investigación, se obtuvieron resultados favorables.**

Así mismo, semejante a los resultados de Powell, (1990), **se encontró que el sexo femenino fue dominante en el rol de Cuidador Primario, hecho que podría considerarse resultado de una práctica sociocultural, tendiente a extender el atributo de cuidadora en el rol materno, a todas las mujeres, incluso cuando se trate de adultos.** Cabe señalar que en el caso de este estudio, al haberles solicitado a los pacientes que eligieran a la persona que ellos consideran su Cuidador Primario, **tendieron a elegir mujeres, aún cuando no pertenecieran al subsistema ejecutivo o parental,** tal y como lo reporta Cano, (2005); esto posibilitó trabajar adecuadamente incluso, con familiares de segunda línea.

El parentesco del cuidador con el paciente fue preferentemente el de madre, lo que coincide con la información reportada por Barg, (2004); cabe subrayar que si bien los pacientes eligieron a una persona como Cuidador Primario, **sólo se trabajó con aquellos que admitieron el reto de cubrir el rol y contaron con los recursos básicos para permanecer durante todo el proceso psicoeducativo.** Probablemente quienes dejaron de asistir al grupo, fueron precisamente quienes contaron con insuficientes recursos emocionales y cognitivos para afrontar el reto.

Según Fernández, (2006), los Cuidadores Primarios tienen en promedio 50 años, sin embargo, en este estudio, se observaron edades de entre 28 y 57 años, mientras los pacientes tienen en promedio 33 años.

En cuanto al **estado civil de los Cuidadores Primarios, la mitad de ellos eran casados,** lo que implica que sus tareas no sólo incluyen el cuidado del paciente con Trastorno Límite de la Personalidad, sino otras muchas actividades relevantes para mantener el funcionamiento familiar, además de que el 60% tenía un empleo remunerado. Por otro lado, la variable religión alcanzó una frecuencia significativa, lo

que implica que la mayor parte de ellos practican el catolicismo, igual que la mayor parte de los mexicanos, según el INEGI.

Por otro lado, la presente investigación permitió observar un fenómeno presente en nuestros días: la movilidad poblacional, tendiente a la urbanización, donde a pesar de que el 70% de los participantes habían nacido en otro estado de la república, sólo el 30% radicaba fuera del Distrito Federal. Este dato debe considerar la posibilidad de que los Cuidadores Primarios que vivan en zonas alejadas a la institución, podrían tener problemas para aceptar o concluir el proceso psicoeducativo, si los viajes semanales implican para ellos reducir su capacidad económica o dejar de cumplir otras funciones, y en el caso de la población estudiada, los tres Cuidadores Primarios “foráneos” se sobrepusieron a estas dificultades. **No obstante, cuando se analizaron las características generales de los cuidadores que dejaron de asistir al Grupo Psicoeducativo, se detectó que poseían una actitud agresiva, violenta y de responsabilizar al paciente de los problemas que padece la familia;** este tipo de actitudes se podrían incluir en la serie de motivos que Powell, (1990) señala como motivos complejos para sabotear el proceso terapéutico y de rehabilitación.

Contrariamente, **quienes sí concluyeron y asistieron de modo constante al proceso psicoeducativo se caracterizaron por presentar alta sobreprotección y culpa.** Es decir: es posible que sólo pueda establecerse alianza terapéutica con cuidadores que presenten tendencia a la culpa y a la sobreprotección; incluso, cuando dichas actitudes no sean las mejores para alcanzar un sano desarrollo, y que por tanto, deben ser revisadas y trabajadas con estrategias psicoterapéuticas específicas. **El perfil culpígeno y sobreprotector se confirmó a través de su tendencia a intentar resolver los problemas y la vida del paciente que cuidan,** incluso después de participar en el grupo psicoeducativo. Esta predisposición no fue modificada de modo sustantivo en todos los asistentes, por lo que el Programa Psicoeducativo debe incluir la posibilidad de canalizar a los Cuidadores Primarios a recibir atención específica para superar considerablemente estas actitudes, tal y como lo recomienda. Moreno, (1993). **Si bien, el proceso psicoeducativo no estuvo orientado a modificar específicamente la culpa y sobreprotección, sí sirve para desarrollar la cultura de aceptación hacia las intervenciones terapéuticas que se encuentran a su alcance, de modo que todos al concluir la experiencia, declararon el deseo de recibir algún tipo de atención psicoterapéutica.** Debe señalarse que sólo dos de los asistentes habían

tenido experiencia de trabajo grupal en Grupos de Autoayuda.

La escolaridad fue otra variable que alcanzó frecuencia significativa y, **además en este grupo se observó que el 30% de los participantes en el Programa Psicoeducativo para Cuidadores Primarios de Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, han cursado más grados académicos que el promedio nacional, caracterizándose por poseer instrucción media superior.** Hoenig, (1965), proponen que en los criterios de inclusión de participantes en grupos psicoeducativos, debe exigirse educación formal básica; en el caso de esta experiencia sirvió además, para favorecer la permanencia en el grupo, porque existieron los recursos académicos de nivel básico, para posibilitar la participación durante el desarrollo de las técnicas grupales; y mayor capacidad de compromiso en este tipo de procesos.

La comparación de resultados obtenidos en las evaluaciones iniciales y finales con el Cuestionario de Evaluación Inicial del Cambio de Actitudes en los Cuidadores Primarios de Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, y el Cuestionario de Evaluación Final del Cambio de Actitudes en los Cuidadores Primarios de Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, **permiten asegurar que los Cuidadores Primarios aprenden, por medio del Programa Psicoeducativo, a reconocer sus debilidades y carencias, para establecer adecuadamente nuevas relaciones interpersonales; elementos que han dificultado el establecimiento de límites y una vinculación adecuada con las personas que presentan Trastorno Límite de la Personalidad. Además, lograron desarrollar confianza al interior del grupo y se permitieron reconocer y aceptar que sus familiares pueden presentar adicciones y conductas sexuales que les causan malestar, no obstante, sus principales retos son: lograr que sus familiares con Trastorno Límite de la Personalidad tomen decisiones; dejen de decir mentiras y de ser agresivos, lo cual se trabajará siempre y cuando el Cuidador Primario acepte su corresponsabilidad en la interacción adecuada, con el uso de la Comunicación Afectiva; Comunicación Verbal; Manejo de Conflictos; Habilidades para la Negociación; y Habilidades en el Establecimiento de Límites. Lo que permitirá mejorar la relación entre los miembros de la familia, que es la una red de apoyo del paciente con Trastorno Límite de la Personalidad.**

Fundamentalmente **los Cuidadores Primarios adquirieron la habilidad para ser autocríticos y mejorar su habilidad para la comunicación, aunque no se**

logró la asertividad verbal y afectiva; para ellos fue posible reconocer que no saben mostrar sus afectos, que la incapacidad para transmitir con palabras sus pensamientos y sentimientos, lo cual es reflejo de un patrón cultural que se ha incorporado en las familias mexicanas, el que se ha agravado con las nuevas formas de comunicación electrónicas. Algunos se declararon como padres rígidos en la educación a sus hijos y otros generadores de dependencia en el familiar con Trastorno Límite de la Personalidad. La mayoría aceptó ser sobreprotector y reconocieron que los pacientes sufren y tienen dificultades para mantener relaciones interpersonales significativas. Fueron críticos al evaluar los servicios institucionales e identificaron la insuficiencia de la intervención médico psiquiátrica para proveerles de educación para la salud.

Si bien en la evaluación inicial, la mayoría de los Cuidadores Primarios creyeron que la información recibida por parte de los médicos tratantes había sido de utilidad, después de participar en el Programa Psicoeducativo, cambiaron su opinión y refieren que en realidad, no se les brindó información útil para facilitarles la convivencia con su familiar enfermo. Este tipo de información, al parecer, es más factible de transmitirse mediante experiencias psicoeducativas según Miklowitz (1988); de modo que **la cultura puede ofrecer explicaciones a observaciones que influyen en la interpretación de la enfermedad y la respuesta a la misma; dicha cultura sólo se logra después de ejercitarse en la aplicación de los conocimientos que se desarrollan al comprender la información, que se da en el grupo psicoeducativo sobre Trastorno Límite de la Personalidad.** Si bien, los Cuidadores Primarios pueden identificar que los distintos profesionales que les atendieron e intentaron decirles cómo tratar al familiar con Trastorno Límite de la Personalidad, el 80% considera, después de su participación en el grupo psicoeducativo que falta profundidad en el modo en que se les explica el trastorno. De este modo **reconocen a la intervención psicoeducativa como el proceso mediante el cual acumulan saberes médicos, emocionales y de análisis de las problemáticas del paciente, que les permitirá apoyar efectivamente a su familiar, aunque padezca un problema de salud crónico e incurable, pero que es posible controlar.**

El principal problema del paciente con Trastorno Límite de la Personalidad, es el tipo de relaciones interpersonales y afectivas que establece, con notable inestabilidad, las cuales tienden a generar impacto negativo en quienes les rodean; si a ello sumamos, que **los familiares de este tipo de pacientes suelen compartir carencias afectivas, es comprensible que las dificultades entre ellos se potencien.** Becerra, (1972)

propuso conocer e identificar estas conductas familiares para modificar los roles, y **ubicar en la dinámica familiar los casos que requieran de alguna intervención psicológica; esta identificación de problemáticas puede ser realizada mediante procesos psicoeducativos y el trabajador social puede y debe hacer las canalizaciones en caso de necesidad de otras intervenciones; siempre y cuando el profesional, cuente con las competencias cognitivas, técnicas, metodológicas y actitudinales en el ámbito de la Psiquiatría y la Salud Mental.**

Al Cuidador Primario se le ha definido como la persona que brinda cuidados y atenciones a favor de una persona enferma para que realice actividades de la vida diaria y sobreviva. Sin embargo, en el caso de los enfermos mentales, el rol no siempre implica atender personas con limitaciones físicas o agonizantes. La mayor parte de los enfermos mentales conservan la movilidad y no mueren por el padecimiento psiquiátrico, aún más, tienden a vivir más años que sus cuidadores, lo que puede implicar complicaciones para dar continuidad del tratamiento psiquiátrico. La aparente salud física del paciente, en especial de los que padecen Trastornos de Personalidad, parece ser el principal obstáculo para buscar o aceptar la ayuda profesional oportuna, aunque también está presente el fenómeno del estigma propio de la enfermedad mental; de modo que ni el enfermo ni su familia acuden por atención, hasta que el problema se agudiza.

En el caso de los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad, es común que asistan solos al Servicio de Preconsulta y por recomendación de algún conocido que piensa que “algo anda mal”. Es decir, la mayoría de estos pacientes, no cuentan con un Cuidador Primario identificado y funcional, generalmente porque la familia no ha identificado la enfermedad y lo más frecuente, es que provengan de familias disfuncionales con pobre vínculo afectivo, lo que a su vez se traduce en el agravamiento de los síntomas por falta de atención, pues el paciente parece no importarle a nadie. **A pesar del abandono previo que experimentan estos pacientes, se diseñó el Programa Psicoeducativo para familiares y/o personas que puedan jugar el rol sustituto de Cuidador Primario, léase: hermanos, primos y/o amigos, que tengan una relación significativa y de compromiso con los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad,** dado que durante la etapa de promoción del Programa Psicoeducativo se abre en primer instancia, la posibilidad de identificar y validar sus redes sociales, tal como lo explica, García Toro, (1997).

Este tipo de pacientes presenta como síntoma fundamental: el vacío emocional que les lleva a desarrollar un miedo frenético al abandono. Por los intentos para evitar ser abandonado termina destruyendo frecuentemente las relaciones afectivas que logran establecer, incluso en su familia de origen, y llegan a crear abismos emocionales con su familia de procreación. **Siendo una tarea fundamental dentro del Trabajo Social el poder contribuir en recomponer, reconstruir o fomentar redes sociales; en este sentido, el trabajo con los familiares de estos pacientes se vuelve fundamental; sin embargo, las instituciones médicas frecuentemente sólo tratan a los pacientes, situación que en el ámbito de la Psiquiatría ha sido una desventaja, por ello, desde la Profesión de Trabajo Social se propondrá un Programa Institucional, que cumpliendo con el objetivo de la interdisciplinariedad, permitiera vincular a los familiares de estos pacientes, para involucrarlos desde la corresponsabilidad, en el entendimiento y búsqueda de soluciones adecuadas para fomentar la salud del grupo familiar, así como desarrollar habilidades para la identificación y solución de problemas**, tal como lo expresa Fernández, (2006) que propone en este sentido, que el Cuidador Primario debe convertirse en un agente activo de la rehabilitación psicosocial.

La investigación científica desde la perspectiva de Trabajo Social es poco común, en nuestro país, razón por la cual no existen instrumentos propios y validados por parte de la disciplina. Para cumplir con el Objetivo General de esta Tesis, se diseñó e implementó un instrumento que permitió, en el caso del Trastorno Límite de la Personalidad, medir el cambio de actitudes de los Cuidadores Primarios que manifiestan ante el paciente y en relación con la sintomatología. Por razones obvias del proceso de validación, el instrumento deberá someterse posteriormente, para aplicarse con mayor confiabilidad probabilística. Este instrumento debe considerarse como una importante aportación, pues a la fecha no existe antecedente alguno en Salud Mental que permita a los trabajadores sociales intervenir en el área de la educación para la salud, específicamente en la evaluación de programas psicoeducativos para familiares.

El instrumento mide cinco indicadores, entre ellos la Comunicación Afectiva, según los resultados obtenidos con el grupo de Cuidadores Primarios participantes no se registró cambio de importancia en dicho indicador, sin embargo esto puede deberse al tipo de pacientes y de familias, como lo señala Adler, (1985). Otro indicador evaluado fue el de la Comunicación Verbal: en esta dimensión sí se registraron mejorías, aunque

estadísticamente no se obtuvo significancia entre el antes y el después, según los testimonios de los asistentes al Programa Psicoeducativo, quienes refieren que han logrado hacerse entender más con sus familiares enfermos. Tal vez la situación sentida, por los Cuidadores Primarios se deba a, que la mayoría de los progenitores son poco conscientes de los mensajes incongruentes que transmiten y que la hostilidad paterna o total permisividad, suele resultar en conductas agresivas en los hijos; sin embargo, después de desarrollar autocrítica, el Cuidador Primario es capaz de comprender que el problema de relación también se origina en su incapacidad para ser firme y asertivo en sus decisiones. De este modo, al final del proceso psicoeducativo la mitad de los asistentes reconocen que no siempre convencen a otras personas de que sus opiniones sean las correctas. Por ello, cuando se indagó que sí se modificó la Habilidad para Negociación en ellos, resultó que mejoraron, es decir, como sostiene Ovejero (2004), **los CP desarrollaron la habilidad de identificar los intereses, los recursos y las capacidades de la otra parte, en este caso del paciente con Trastorno Límite de la Personalidad, quien presenta capacidades diferentes o disminuidas para asumir y comprometerse en la solución a problemas.**

Otro elemento en el que sí se demostró significancia estadística, fue en el Manejo de Conflictos; al respecto, el Programa Psicoeducativo ayuda al Cuidador Primario a comprender y aceptar que los conflictos sólo existen cuando: él participa; deja que eventos externos compliquen las relaciones; o cuando no asume la responsabilidad de encontrarse en dicho conflicto, tal como lo expone Rodríguez, (1989). Debe tomarse en cuenta que antes de la experiencia psicoeducativa, el Cuidador Primario no contaba con elementos ni la confianza que le permitiera identificar adecuadamente lo que le motiva a tener conflictos con su familiar enfermo. Inconscientemente el Cuidador Primario puede, según este mismo autor, desarrollar la sobreprotección y abrir la puerta a diversos y complejos conflictos, asuntos estudiados también por Álava, (2004).

Uno de los problemas que genera la dificultad en el Manejo de Conflictos y la sobreprotección, es la incapacidad para establecer límites, y **en términos estadísticos sí se obtuvo significancia en los resultados que arrojó el grupo de estudio.** Según Sátir (1988), este problema se deriva de una inadecuada comunicación y por la falta de práctica para instalar límites de forma suave, clara y firme. De este modo, la percepción

de que pese a los cuidados que el Cuidador Primario brinda al familiar con Trastorno Límite de la Personalidad, la relación no evoluciona, el paciente no mejora y genera estrés en ambos, de tal modo que al evaluar a los participantes en esta área resultó que el 80 % presentó alguno de los niveles, pero al finalizar la intervención psicoeducativa hubo una mejoría con significancia estadística en la escala de gravedad. Sólo se presentó un caso en el que aumentó el estrés debido a que se experimentó un evento externo al proceso; lo que implicó que en efecto, este tipo de intervenciones psicosociales contribuyeran a mejorar la salud. Fernández, (2006), reportaron situaciones similares.

La ansiedad es otro problema frecuentemente padecido por los Cuidadores Primarios según explica Montorio, (1998), debido entre otras factores a la interacción con el medio ambiente y la enfermedad del familiar, en los que el Cuidador Primario no puede ejercer control. Sobre estos aspectos la experiencia psicoeducativa reportó resultados de mejoría, pero sin significancia estadística. En una participante se obtuvieron puntajes altos de estrés, debido al suicidio de un familiar ocho días antes de concluir el Programa. Becerra, (1972) sostiene que el desarrollo de conductas desadaptativas por parte del Cuidador Primario para afrontar el rol, genera también en el sistema familiar y subsistema de pareja enfermedad psíquica, como: depresión y ansiedad, así como sentimientos de culpa, si el familiar enfermo rebasa a la familia, como suele suceder en el caso de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. Asimismo, la no atención del problema del enfermo con Trastorno Límite de la Personalidad puede favorecer el aumento en los niveles de estrés, debido a la evolución patológica de sus síntomas. Cano (2005) sostiene que si los Cuidadores Primarios reciben educación sobre la patología de su familiar, pueden prepararse y anticiparse a los cuadros agudos y sensibilizarse ante la importancia de la prevención de síntomas.

Sin duda, como sustenta Olza, (2002), las dificultades para que el Profesional en Trabajo Social participe activamente en el proceso de recuperación de la salud de los pacientes, no se debe necesariamente a la complejidad de las enfermedades, sino a las políticas estatales que actualmente se orientan a la obtención de resultados mensurables, sin favorecer eficientemente la interdisciplinariedad. Es decir, sigue fomentándose la delimitación de campos profesionales que impiden formalmente la creatividad de las diferentes disciplinas que pueden aportar soluciones novedosas e innovar en técnicas y teorías útiles en distintos campos. El profesional en Trabajo Social es capaz de aportar saberes, experiencias e integrarse al trabajo interdisciplinar en condiciones de igualdad

profesional, si el contexto institucional lo permite y si existe un verdadero interés por parte del trabajador social para seguir en la capacitación continua en brindar un servicio con calidad y calidez.

Pese a que este Programa Psicoeducativo pudo concluirse en un primer grupo de modo exitoso, debe señalarse que en diversos momentos fue cuestionado con la intención de devaluar, tanto por profesionales de Trabajo Social como de otras áreas, ésta situación debe considerarse como una limitante para el desarrollo de investigaciones científicas dentro de esta profesión, así como un franco impedimento para generar desarrollos tecnológicos propios de esta disciplina.

Con este trabajo finalmente se demuestra que el trabajo con la familia no es una actividad privativa de alguna profesión en particular y que el trabajador social, capacitado en el trabajo grupal y con experiencia en el trato del enfermo mental, puede aportar alternativas para que él y su familia tengan calidad de vida, tal y como lo fundamenta Becerra, (1972).

Ahora bien, este Programa Psicoeducativo para Cuidadores Primarios, también permite sostener que se requiere diseñar más y cada vez, mejores alternativas de atención para los familiares de los enfermos mentales, pues ello puede garantizar la adherencia al tratamiento, la disminución de recaídas, menor desgaste de la familia y el fortalecimiento de los vínculos familiares que evitan el abandono y exclusión social, en suma representa un área de oportunidad profesional.

Se sugiere dar continuidad a esta línea de investigación, desarrollar y validar instrumentos específicos de Trabajo Social; favorecer la incorporación de más trabajadores sociales en la investigación científica y poner en marcha este tipo de Programas Psicoeducativos para los Cuidadores Primarios de todo tipo de enfermos, pues en ellos recae una enorme responsabilidad que deben aprender a sobrellevar de la mejor manera.

También se propone la elaboración de programas integrales y específicos para las principales psicopatologías atendidas en la institución, en donde no únicamente se considere el manejo farmacológico como una alternativa terapéutica, sino que se tomen en cuenta aspectos socioculturales y psicológicos de quienes cuidan de los pacientes, promoviendo la rehabilitación integral para el paciente y los integrantes de su familia,

a fin de lograr la mejor calidad de vida, como ya se mencionó, y la capacitación para el aprovechamiento de los recursos disponibles en las unidades de atención psiquiátrica.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos se concluye desde el punto de vista teórico, que:

- I. La tesis de esta investigación se sostiene, toda vez que se comprobó la hipótesis en lo general: “Si los Cuidadores Primarios de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad participan en un Programa Psicoeducativo, entonces cambiarán sus actitudes y disminuirán sus niveles de estrés y ansiedad ante el paciente”, debido a que los Cuidadores Primarios desarrollaron competencias cognitivas y actitudinales en relación al Trastorno Límite de la Personalidad y en las áreas de: Comunicación Afectiva, Comunicación Verbal, Manejo de Conflictos, Habilidades para la Negociación y Habilidades para la Instalación de Límites, que promueven en primer término, el cambio de actitudes ante el paciente con el Trastorno y en segundo, la disminución en los niveles de estrés y ansiedad de los Cuidadores Primarios.
- II. En la relación Cuidador Primario-Paciente con Trastorno Límite de Personalidad, se concluye que la Comunicación Afectiva entre ellos no es clara ni congruente, porque se tiene la dificultad para comunicar corporalmente, para identificar y expresar adecuadamente las emociones, además de que existe pobre control de impulsos por parte de los involucrados.
- III. Respecto a la Comunicación Verbal, los Cuidadores Primarios presentan dificultades en la expresión oral: para organizar sus pensamientos, y verbalizar sus sentimientos y acciones, tanto en la relación con los integrantes de su grupo familiar, como en sus relaciones externas.
- IV. En el indicador de Manejo de Conflictos, los Cuidadores Primarios tendían a responder a éstos frecuentemente a través del llanto, enojo y en ocasiones con agresiones, exacerbándolos por la comunicación poco clara, situación que se agravaba al desconocer las características biopsicosociales y sintomatológicas del padecimiento, que hacen que la conducta del paciente sea extremosa e inflexible.
- V. Las Habilidades para la Negociación en el binomio CP-paciente con TLP no están desarrolladas, lo que genera en los involucrados, la presencia de sentimientos de malestar, que en la mayoría de las ocasiones, dificultan que

tanto el Cuidador Primario como el paciente sean empáticos, lo que les permitiría llegar a acuerdos. Por el contrario, predominan en el Cuidador Primario las actitudes de sobreprotección y culpa, que merman el desarrollo biopsicosocial del paciente con Trastorno Límite de la Personalidad.

- VI. En cuanto a las Habilidades para el Establecimiento de Límites, en el binomio mencionado, se concluye que los Cuidadores Primarios aceptaron que las normas establecidas en la convivencia con el paciente con Trastorno Límite de la Personalidad no estaban definidas adecuadamente, y las que existían, en ocasiones eran ambivalentes, intrusivas e inconsistentes.
- VII. El perfil socio-demográfico del Cuidador Primario, obtenido como producto de esta investigación fue: mujer católica, con nivel básico completo, en edad económicamente productiva, dedicada al hogar, ejerciendo el rol de madre. Las limitaciones culturales, socioeconómicas y cognitivas de la población objeto de investigación, influyeron en el desarrollo del Programa Psicoeducativo, principalmente para la comprensión de los instrumentos de medición, y por la dificultad para explicar sus ideas durante el proceso, por lo que es indispensable insistir en el diseño, ejecución y evaluación de este tipo de intervenciones, que le brindan la incorporación, y en algunos casos, la aplicación de conocimientos adquiridos a su vida cotidiana, favoreciendo el establecimiento de relaciones interpersonales más satisfactorias.
- VIII. La participación de los Cuidadores Primarios en un Programa Psicoeducativo, permitió que identificaran y expresaran los diferentes motivos que generan problemas en la relación con el paciente con Trastorno Límite de la Personalidad, los principales fueron: dificultad para la toma de decisiones, problemas en la sexualidad y consumo de sustancias tóxicas.
- IX. La naturaleza del rol de Cuidador Primario conlleva a un desgaste personal y familiar que puede llegar al colapso, pero a través de su participación en procesos psicoeducativos, éstos adquieren competencias cognitivas y actitudinales para mejorar la interacción con el paciente; concepción basada en la teoría sistémica que puntualiza que al modificarse un subsistema, por efecto circular los demás integrantes del grupo familiar también presentarán cambios. Tal es el caso del Cuidador Primario, quien durante el Programa Psicoeducativo, detecta su necesidad de ayuda y decide atenderse psicoterapéuticamente, lo que probablemente disminuirá el desgaste.
- X. Los Cuidadores Primarios que se comprometieron y concluyeron el Proceso Psicoeducativo, presentaron como características la tendencia a la sobreprotección y a la culpa; ambas actitudes deben ser modificadas, a través de un análisis

psicoterapéutico profundo, para beneficio de los mismos, del paciente y por ende, de la familia.

- XI. Los cambios de actitud registrados en las evaluaciones aplicadas, mostraron disparidad en los avances de los Cuidadores Primarios, ya que corresponden a recursos personales distintos e historias familiares diferentes.
- XII. Es conveniente dar seguimiento a los participantes de este tipo de grupos al término del proceso, para sostener y acrecentar el desarrollo alcanzado, y en caso de necesidad, referirlos a otras alternativas terapéuticas como la psicoterapia, con la finalidad de continuar con el proceso de reinserción social del paciente con Trastorno de Límite de Personalidad y fortaleciendo su red principal de apoyo: su Cuidador Primario.
- XIII. Durante la investigación se encontró que el 100% de los Cuidadores Primarios, manifestaron interés de buscar alternativas psicoterapéuticas para trabajar lo detectado durante su participación en el Programa Psicoeducativo.
- XIV. La persona con Trastorno Límite de Personalidad, aún padeciendo un problema de salud incurable, es factible que se reinserte socialmente, siempre y cuando también se potencie el desarrollo de competencias cognitivas, psicológicas y relacionales en los Cuidadores Primarios, además de que el paciente sea constante en sus procesos psicoterapéuticos y farmacológicos.

A partir de los resultados obtenidos se concluye desde el punto de vista técnico-metodológico, que:

- I. El egresado de la Maestría en Trabajo Social, está preparado para desarrollar investigaciones científicas y para construir instrumentos de medición desde el ámbito social, como: el diseño e implementación de los cuestionarios exprofeso para esta investigación, los cuales miden el cambio en las actitudes del Cuidador Primario ante el Trastorno Límite de Personalidad desde lo relacional.
- II. Durante el desarrollo de las asignaturas contempladas en el mapa curricular para obtener el grado de Maestra en Trabajo Social, y la capacitación continua en el área de Salud Mental y Psiquiatría, se desarrollaron las competencias teórico-metodológicas de la tesista, lo que convergió en la posibilidad de proponer una forma de intervención novedosa en Trabajo Social, cristalizada en el Diseño de un Programa Psicoeducativo para Cuidadores Primarios de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad y su evaluación.

- III. Con la implementación de las técnicas psicodramáticas, se demostró su efectividad en fomentar la espontaneidad. Experiencia que resultó ser una innovación en el trabajo psicoeducativo, y que permitió facilitar la expresión, comprensión e introyección de las vivencias, así como favorecer el cambio de las actitudes en los Cuidadores Primarios de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

A partir de los resultados obtenidos se concluye desde el punto de vista institucional, que:

- I. Los programas psicoeducativos promueven la mejora de la calidad del servicio, y además, elevan las expectativas de los usuarios al asumir la corresponsabilidad del tratamiento, disminuyendo la carga asignada al médico en la tarea de educar para la salud, si otros profesionales asumieran esta función sustantiva, función que puede ejercer el Trabajador Social, quien brindaría un servicio profesional con calidad y calidez, proporcionando información integral de las causas y consecuencias individuales, familiares y sociales del Trastorno Límite de la Personalidad.
- II. El trabajador social tiene la capacidad profesional para diseñar y ejecutar programas psicoeducativos orientados a la promoción, prevención y educación para la salud, estableciendo congruencia con los principios de la multidimensionalidad que caracteriza a la profesión y la política de salud.
- III. El trabajador social puede ser un facilitador con Cuidador Primario para identificar y construir redes sociales, que le permitan desarrollar la adherencia terapéutica en el paciente, y con ello habilitar su reinserción psicosocial.
- IV. El trabajo interdisciplinario favorece el enriquecimiento conceptual y práctico de los profesionales que participan en él, incluso se aprende a manejar las emociones que genera la actividad profesional con personas con un trastorno mental, repercutiendo en una atención con calidad y calidez al usuario.
- V. La falta de recursos económicos y humanos fueron determinantes para retrasar la obtención de resultados finales de la presente investigación, debido a que al ser una profesionista que cumple diversos roles: laborales y personales, se dificultó asignar espacio y tiempo específico para ejercer el rol de investigadora científica.

Sugerencias para nuevas líneas de investigación:

- I. Se espera que el paciente sea apoyado integralmente en su tratamiento y se cancele el sabotaje familiar, fenómeno que puede ser objeto de estudio para otra investigación.
- II. El Trastorno Límite de la Personalidad tiende a presentar una mayor incidencia en población mexicana, porque la nueva organización social exige cambios estructurales y funcionales de la familia, implicando insuficiencia en su objetivo de crianza y favorece la culpa, incapacidad para la comunicación interpersonal y de vinculación afectiva.
- III. Se sugiere el diseño de una línea de investigación que se enfoque en las causas y consecuencias de la deserción de Cuidadores Primarios que participan en Grupos Psicoeducativos.
- IV. Diseñar a través de la investigación, el perfil sociofamiliar de los pacientes que padecen Trastorno Límite de Personalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Adler, G., (1985). *Borderline Psychopathology and Its treatment*. Janson Aronson, New York.
- Akiskal, H. S., López-Ibor JJ, Sartorius N, eds. *Bipolar Disorders*. WPA Series, Evidence and Experience in Psychiatry. Vol.5. Wiley. Chichester, Reino Unido.
- Álava, C., (2004). *Psicología de las emociones y actitudes, lenguaje no verbal: gestos y ademanes*. Alfa Omega. México.
- American Psychiatric Association., (1995). *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. American Psychiatric Association. Washington, D. C.
- American Psychiatric Association., (2007). *DSM IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. American Psychiatric Association, Washington, D. C.
- Amezcua, C., (1999). *Estrés: prevención y control. Aprender a relajarse*. San Pablo. Madrid.
- Angst, J., (2004). *Bipolar Disorder: A Seriously Underestimated Health. Burden*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. Zurich.
- Barg, L., (2004). *La intervención con familia. Una perspectiva desde el Trabajo Social*. Espacio editorial. Buenos Aires.
- Barranco, Á., et al, (2007). *Desmanicomializar pasado y presente de los manicomios*. Seminario. Revista Topia. Abril, 2007. Argentina.

- Basili, R. (1992). Psicopatología Mahleriana contemporánea de los cuadros limítrofes y desamparo, trauma psíquico y defecto yoico. En Beatriz D-L (ed). Pacientes limítrofes, diagnóstico y tratamiento. Buenos Aires.

- Bauer, M.; y McBride, L., (1996). Structured Group Psychotherapy for Bipolar Disorder: The Life Goals Program. Springer. New York.

- Bauer, M.; et al, (1998). Manual Based Group Psychotherapy for Bipolar Disorder: A Feasibility Study. J Clin Psychiatric. New York.

- Baumrind, D. (1973).The development of Instrumental competent Through the Socialization. En Pick, A.D. Minnesota Symposia on Child Psychology.

- Becerra de Ledesma, R. M., (1972). Elementos Básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico. Ecro. Bueno Aires.

- Beck, A. T. y Freeman, A., (1990). Terapia cognitiva de los Trastornos de personalidad. Paídos. México.

- Bernard, C., (1859), Introducción a estudio de la medicina experimental. Fontanella. Barcelona.

- Bertalanffy, L. V., (1976). Teoría General de los Sistema. Fondo de Cultura Económica. México.

- Bezirganian, S. et al, (1993). The impact of mothers-child interaction on the development of border line personality disorder. Am J Psychiatry. Washington D. C.

- Biagini, A. (2005). Apego al tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes con trastorno limite de la personalidad. Estudio piloto en pacientes de 18 a 24 años. Salud Mental. Vol. 28, no. 1. México.

- Bobes, J, (2004). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la Psiquiatría Clínica. Ars Médica. Barcelona.

- Boria, G., et al (2001). Metodología de acción para una existencia creadora. El psicodrama clásico. Itaca. México.

- Bowlby, J. (1993). El vínculo afectivo. Paídos. Barcelona.

- Brown, A. y Reeve, R. (1987). The Ecology of Human development. Experiments by nature and design. Harvard University Press. Massachusetts.

- Callahan, M. A. y Bauer. M. S., (1999). Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder. The Psychiatric Clinics of North America. Rhode Island.

- Cano Vindel, A., (2005). La ansiedad. Arguval. España.

- Casamayor, A. y Marchesoni, C., (2005). Salud Mental Infanto-Juvenil. Abordaje Grupal desde el Trabajo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires

- Cloninger, C.R., et al, (1993). Psychobiological model of temperament and character. Arch Gen. Psychiatry. Washington.

- Colom, F., et al, (2003). A randomized trial on the efficacy of group psycho education in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen Psychiatry. España.

- Corkille Briggs, D., (1991). El niño feliz. Gedisa. Barcelona.

- Coryell, W., et al, (1995). The likelihood of recurrence in bipolar affective disorder: the importance of episode recency. J. Affect Disord. Iowa.

- De la Fuente, R. (1992), Psicología Médica, Fondo de Cultura Económica, México.

- Del Valle Cazzaniga, S., (2001). Trabajo Social y las nuevas configuraciones de lo social. Seminario internacional- Maestría en Trabajo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires.

- Departamento de Bioestadística. Registro de morbilidad durante el período comprendido del: 2004 al 2009. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez 2004-2009.

- Díaz Portillo, I., (2000). Bases de la terapia de grupo. Pax. México.

- Engel, G., (1980). The Clinical application of the biopsychosocial, model. Am J. Psychiatry. New York.

- Fernández Hawrylak, M. y García Alonso, I., (2006). Orientación familiar. Familias afectadas por la enfermedad o discapacidad, Universidad de Burgos. España.

- Frank, E., et al, (1997). Inducing Lifestyle Regularity in Recovering Bipolar Disorder Patients: Results from the Maintenance Therapies in Bipolar Disorder Protocol. Biol. Psychiatry. Pittsburgh.

- Fristad, M. A., et al, (2002). Multifamily psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder. Bipolar Disorder. Ohio.

- Fromm, E., (1973). El arte de amar, Paidós, Argentina.

- Fruzzetti, A. E. y Hoffman, P.D., (2004). Family connections workbook and training manual, National Education Alliance for Borderline Personality Disorder. New York.

- García-Portilla González, M. P., et al, (2006). Banco de instrumentos básicas para la práctica de la psiquiatría clínica. Ars Médica. México.

- García Toro, M., y González, A., (1997). La psicopatología inducida por enfermedades psicosomáticas, fármacos, tóxicos y drogas desde un enfoque sistémico. Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines. España.

- García Viveros, M. y Cerqueira, M. (1994). Participación Social y Educación para la Salud, Memorias del Primer taller Subregional Latinoamericano. Editado por el Departamento de Educación para la Salud del Instituto Nacional de Nutrición. México.

- Gelder, M., et al (2000). Oxford Psiquiatría, Marbán, Madrid.
- Giles-Sims, J y Lockhart, CH. (2005). Culturally shaped pattern of disciplining children. Journal of family Issues. Texas.
- Gitlin, M.J., et al, (1995). Relapse and Impairment in Bipolar Disorder. Am J Psychiatry. Los Angeles.
- Glick, I. D.; et al, (1994). Effectiveness in Psychiatric Care III: Psycho education and Outcome for Patients with Major Affective Disorder and their Families. British Journal of Psychiatry. Palo Alto, California.
- Goffman, E., (1963). Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Goldschmidt, W., (2000). Acerca de la unidad de las ciencias antropológicas. Anales de la Antropología. Volumen 34. Instituto de Investigaciones Antropológicas. UNAM. D.F.
- Goldstein, M. J., et al, (1978). Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. Archives of General Psychiatry. Los Angeles.
- Gómez Lavin, C., (2000). Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social. Eunate. Pamplona.
- Greenfield, P. M. y Lalita K. Suzuki, (1998). Las relaciones con los pares y Relaciones casa-escuela. En Irving E. Sigel y K. Ann Renninger. (eds.), Handbook of Child Psychology, John Wiley &, Nueva York.
- Guinsberg, E., (2001). La salud mental en el neoliberalismo. Plaza y Váldez. México.
- Gunderson, J.G., et al, (1980). The Families of borderlines. A comparative study. ARCH. G. Psychiatry. Washington, D. C.
- Gunderson, J.G., y Phillips KA. (1991). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. Am Journal Psychiatry. Washington, D. C.

- Gunderson, J G., (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am Journal Psychiatry*. Washington, D. C.

- Güemes García, C.R., (2007). Identidades, procesos e institución, el caso de la Escuela Normal de Especialización. (Tesis de Doctorado en Pedagogía. UNAM. Facultad de Filosofía y Letras). México.

- Hammen, C., (1990). Acontecimientos de la vida y el curso de la vida bipolar. *American Journal of Psychiatry*. Washington, D. C.

- Heller, R.F. y Robison, N., (1980), Experience with the Bortner questionnaire as a measure of Type A. behavior in a sample of UK families. *Psychological Medicine*. Cambridge.

- Hoenig, J. y Hamilton, M. W., (1965). Extramural care of Psychiatric patients. *Lancet* i. Manchester

- Hogarty, G. E., et al, (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: description of study and effects on relapse rates. *American Journal of Psychiatry*. Washington, D. C.

- Hogarty, G.E., et al, (1991). Family psycho education, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry*. Pittsburgh.

- Hoffman, P. D. et al, (2003). Conocimiento de los familiares sobre el trastorno Límite de la Personalidad: La correspondencia con sus niveles de depresión, la carga, la angustia y las emociones expresadas. *Familia Proceso*. Vol. 42. Nueva York.

- Holden, G.W. y Edwards L. A., (1989). Parental attitudes towards child rearing: Instruments, issues and implications. *Psychological Bulletin*. Texas.

- Honig, A., et al, (1995). Psychoeducation and expressed emotion in bipolar Disorder,

preliminary findings. Department of Psychiatry and Neuropsychology. The Netherlands.

- Horton, P.B. y Hunt, C.L., (1989). Sociología. McGraw-Hill, México.

- Kandel, E. R.,(2001). Principios de neurociencia. McGraw-Hill. España.

- Kaplan, H. J. y Sadock, B.J., (1999). Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría Clínica. Médica Panamericana. Madrid.

- Kernberg, O., (1975). Borderline conditions and Pathological Narcissism. Jason Aronson, Nueva York.

- Kernberg, O., (2003). La gestión de las tormentas afectivas en la psicoterapia psicoanalítica de los pacientes borderline. Aperturas Psicoanalíticas No. 5. New York.

- Kupka, R.W.; et al, (2001). The Stanley Foundation Bipolar Network. 2. Preliminary Summary of Demographics Course of Illness and Response to New Treatments. Br J Psychiatry. Utrecht. Países Bajos.

- Lau, S. L. E. W., (1990). Relations among perceived, parental control, Warmth, indulgent family and harmony of Chinese in mainland. Developmental Psychology. China.

- Leff, J., et al., (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: Two-year follow-up. British Journal of Psychiatry. Londres.

- Linehan, M., (1993), Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford. New York.

- Linszen. D., et al. (1996). Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders. Psychological Medicine. Amsterdam.

- López Larrosa, S. y Escudero Carranza, V. (2003). Familia, evaluación e intervención. Editorial CCS. Madrid.

- Lopez R., S. y Mintz, J., (1999). Atributions and affective reaction of family members and course of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*. Vol. 108 N2. Miami.

- Malkoff-Schwartz, S.; et al, (1998). Stressful Life Events and Social Rhythm Disruption in the Onset of Manic and Depressive Bipolar Episodes. *Arch Gen Psychiatry*. Pittsburgh

- Masterson, J. (2000). The personality disorders. A new look at the development self and object relations approach. Zig Truncker & Co. Inc. Arizona.

- Melgoza Magaña, M. E., et al, (2002). Adolescencia: Espejo de la sociedad actual. Serie: Repasando y repensando la adolescencia. Grupo Editorial Lumen. México.

- Miklowitz, D.J., et al, (1988). Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. Los Angeles.

- Miklowitz, D.J., et al, (1996). Clinical Trials-Bipolar Disorder. New psychosocial treatments for the outpatient management of bipolar disorder. *Psychopharmacology Bull*. Los Angeles.

- Miklowitz, D.J. y Goldstein, M.J., (1997). *Bipolar Disorder. A Family-Focused Treatment Approach*. Guilford Press. New York

- Miklowitz, D.J. y Hooley J.M., (1998). Developing family psycho educational treatments for patients with bipolar and other severe psychiatric disorders. A pathway from basic research to clinical trials. *J. Marital Fam. Ther.* Colorado.

- Miklowitz, D. J. y Frank, E., (1999). New psychotherapies for bipolar disorder. En: Goldberg JF, Harrow M (eds.), *Bipolar Disorders. Clinical course and outcome*. American Psychiatric Press. Pittsburgh.

- Miklowitz, D.J., et al, (2000). Family-Focused Treatment of Bipolar Disorder: 1-Year Effects of a Psycho educational Program in Conjunction with Pharmacotherapy. *Biol Psychiatry*. Colorado.

- Miklowitz, D. J., et al, (2003). A Randomized Study of Family-Focused Psycho education and Pharmacotherapy in the Outpatient Management of Bipolar Disorder. Arch Gen Psychiatry. Colorado.

- Millon, T. (1981). Borderline personality: The Unstable Pattern. En: T. Millon (Ed). Disorders in Personality in DSM-IV. John Wiley & Sonsn. Nueva York:

- Montorio, I., et al, (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. Anales de Psicología. Murcia.

- Morales, J.F. y cols., (2007). Psicología Social. Mc Graw Hill. España.

- Moreno, J. L., (1993). Psicodrama. Lumen. Buenos Aires.

- Mosquera, D., (2004). Diamantes en bruto (1). Un acercamiento al Trastorno Límite de la Personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares”. Ediciones Pléyades. España.

- Mulholland, J., (2003). El lenguaje de la negociación. Manual de estrategias prácticas para mejorar la comunicación. Gedisa. España.

- Narramore, B., (1974). Psicología de la culpa. Logio. Estados Unidos

- Natera, G., (1987). La actitud hacia la enfermedad mental. Una revisión de la bibliografía. Salud Mental. México.

- Olza Zubiri, M. y Hernández Aristu, J., (2002). Trabajo Social: Cuestiones sobre el qué y el cómo. Libro Certeza. Zaragoza.

- Organización Mundial de la Salud, (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Informe. Ginebra.

- Otto M.W., et al, (2003). Psycho educational and cognitive-behavioral strategies in the management of bipolar disorder. J Affect Disorder. Massachusetts.

- Ovejero, B. A., (2004). Técnicas de negociación. Cómo negociar eficaz y exitosamente. Mac Graw Hill. Madrid.

- Padilla Ramos, J., (1987). Actitudes de la familia hacia la enfermedad mental. Tesis para obtener el Diploma de especialidad de Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, D.F.

- Parker, G. y Gladstone G., (1996). Parental characteristic as influences adulthood. En: Pierce, G. S.D., Saransson I., Handbook support and the family. Plenum press. New York.

- Paris J., et al., (1988). Developmental factor in the outcome of border line personality disorder. Compr. Psychiatry. Washington, D. C.

- Paris J. et al. (1989). Perceptions of parental bonding in border line patients. A.J. Psychiatry. Washington, D. C.

- Paris J., et al, (1993). Parental bonding In Border Line personality disorder. En Paris J. Border Line personality disorder: etiology and treatment. American Psychiatry Association. Washington, D.C.

- Paris, J., (2005). Borderline personality disorder. CMJA June 7. Washington, D. C.

- Patiño, J., (1997). Psiquiatría Clínica. Salvat. México.

- Payton, R. R., et al, (1991). Heat Stress Reduces Development of Germinal Vesiclestage Bovine. University of Tennessee. Knoxville.

- Payton, R. R., et al, (2003). A. Culture of Bovine Oocytes in Roscovite for 24 or hours before oocytes maturation: effects on nuclear and cytoplasmic maturation, zona pellucida hardening and fertilization. Biology of Reproduction. VOL. 68. Nº 1. University of Tennessee, Knoxville.

- Peet, M, y Harvey, N., (1991). Lithium Maintenance: a Standard Education Programme

for Patients. British Journal of Psychiatry. Londres.

- Pérez, J. F., (1981). Terapia familiar en el Trabajo Social. Pax. México.
- Pérez-Sánchez, A., (1996). Prácticas psicoterapéuticas. Psicoanálisis aplicado a la asistencia pública. Paídos. Barcelona.
- Perrone R. y Nannini M. (2005). Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional. Paídos. Argentina.
- Powell, L. S. y Courtice K., (1990). Enfermedad de Alzheimer. Una guía para la familia. Pax. México.
- Quintero, M. T., (1997). Trabajo Social y procesos familiares. Humanitas. Buenos Aires.
- Rascón Gasca, M. L. et al., (1997). La necesidad de dar atención a los familiares responsables de pacientes esquizofrénicos. Salud mental Vol. 20, Julio.
- Rodríguez Estrada, M. (1989). Manejo de Conflictos. Serie Capacitación Integral 5. Manual Moderno. México.
- Sátir, V., (1988). Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. Pax. México.
- Sátir, V., et al, (1989). Talleres de Comunicación con el enfoque Sátir. Pax. México.
- Sátir, V. y Baldwin, M., (1995). Terapia familiar paso a paso. Pax. México.
- Serrano González, M. I., (1989). Educación para la salud y participación comunitaria, una perspectiva metodológica. ediciones Díaz de Santos. Madrid.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. Psychoanal Q. Nueva Yersey.
- Sullivan, E. V. y Ausubel D., (1997), Desarrollo social inicial en la familia, Paídos,

México.

- Torres Torija, J., (2002). Apego al tratamiento psicoterapéutico y resultados de una intervención breve en pacientes de consulta externa psiquiátrico. Vol. 25. No. 6. México
- Touzard, H., (1981). La medición y la solución de los conflictos. Estudio psicológico. Biblioteca de psicología 6. Herder. Barcelona

- Vargas Álvarez, L. y cols. (2007). ¿Es normal sentirme ansioso? Una guía psicoeducativa para la detección temprana y manejo de trastornos de ansiedad. Fascículo 4: Fobia específica y social. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México.

- Vargas, J. e Ibáñez, J., (2006). Solucionando los problemas de pareja y de familia. Pax. México.

- Vieta, E., et al, (2001). Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. Bipolar disorder. University of Barcelona.

- Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A. (2002). Chronicity, milder forms, and cognitive impairment in bipolar disorder. M. Maj, H.S: Akiskal. J: J: López-Ibor, and N. Sartorius. Madrid.

- Watzlawick, P., et al, (1981). Teoría de la comunicación humana. Herder. Argentina.

- Weller, E. B., et al, (1990). Dexamethasone suppression test and depressive symptoms in bereaved children: a preliminary report. J Neuropsychiatry Clinic Neurosci. Columbus, Ohio.

- Weller, R. A., et al, (1991). Depression in recently bereaved prepubertal children. Am J Psychiatry. Columbus, Ohio.

- Winnicott, D., (1990). La madre de devoción corriente. En: Los babes y sus madres. Paídos. Buenos Aires.

- Winokur, M., y Dasberg, H. (1985). Psicoterapia dinámica Breve. Técnicas terapéuticas. En J. A. Itzigsohn Dasberg, H. (cops.) Terapias breves, origen, aplicaciones, técnicas

enseñanza e investigación. Biblioteca Salmanticensis, Universidad de Salamanca. España.

- Zamanillo, T. y Gaitán, L., (1992). Para comprender el Trabajo Social. Verbo Divino. España.

- Zlotnick, C, Davison, JRT, Sheamt, Pearlstein T., (1996). Validation of Davidson Trauma Scale in a sample of survivors of childhood sexual abuse. J. Nerv, Ment Dis. Rhode Island, EE UU.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

[Fecha de acceso: 09/09/2009]

Disponible en: [http://www.postpoliolitaff.org/docs/que es la discapacidad.pdf](http://www.postpoliolitaff.org/docs/que%20es%20la%20discapacidad.pdf).

[Fecha de acceso: 09/09/2009]

Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/rehabilitacion%C3%B3n>.

[Fecha de acceso: 10/09/2009]

Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Introyecci%C3%B3n>.

[Fecha de acceso: 28/02/2008]

<http://www.idealist.org/if/i/es/av/Program/85711-34> (ALAI-TP)

[Fecha de acceso: 15/07/2003]

Disponible en: <http://www.ur.mx/ur/fachyys/maestros/claudiap/1.htm> 4

[Fecha de acceso: 10/09/2009]

Disponible en: <http://www.grupopsp.com.ar/management.PDF>

[Fecha de acceso: 09/09/2009]

Disponible en:

<http://www.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada2/poster/p3.html>

[Fecha de acceso: 11/05/2009]

Disponible en:

<http://www.tuanalista.com/Diccionario-Psicoanalisis/4240/Autoplasticaloplastico.htm>

[Fecha de acceso: 11/05/2009]

Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Lista_de_c%C3%B3digos_CIE-10

[Fecha de acceso: 11/09/2009]
Disponible en:
http://www.psicocarea.org/dsm_iv.htm

[Fecha de acceso: 12/05/2009]
Disponible en: <http://www.psicocarea.com/cie10/cie1.htm>

[Fecha de acceso: 09/09/2009].
Disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/portalcario/cardio/foroabierto/factorespsico/21.m>

[Fecha de acceso: 11/09/2009]
Disponible en:
<http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol19num2/articulos/cuidar/index.html>

Fecha de acceso: 11/09/2009]
Disponible en:
<http://www.slideshare.net/.charlymelo/manual-de-conflictos>

[Fecha de acceso: 11/09/2009]
Disponible en:
Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/ZDP>

[Fecha de acceso: 30/06/2008]
Disponible en:
Segura Cardona, Ángela María.
angelasegura@epm.net.co Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia, Julio de 2003

[Fecha de acceso: 25/05/2010]
Disponible en:
Fuentes, A. (2010:1) Colapso del cuidador, el paciente oculto en http://www.rehabilitacionintegral.com.mx/noticias/revista12/gg_01.htm.

[Fecha de acceso: 21/11/2010]

Disponible en:

<http://definicion.de/trastorno-mental/>

[Fecha de acceso 21/11/2010]

Disponible en:

sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm_intro.pdf

[Fecha de acceso: 21/11/ 2010]

Disponible en:

www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

[Fecha de acceso: 24/11/2010]

Disponible en:

Villarino, Hernán. La psiquiatría comunitaria, otra conceptualización Servicio de Psiquiatría C.A.B.L, Gaceta Universitaria/47, Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría SODEPSI

Disponible en: www.sodepsi.cl/gacetamar2006.html

ANEXOS

ANEXO 1

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO		
NOMBRE DEL FAMILIAR (CP) _____		
NOMBRE DEL PACIENTE: _____		
PARENTESCO _____		
EDAD: _____	ESTADO CIVIL: _____	RELIGIÓN: _____
ESCOLARIDAD: _____		OCUPACIÓN _____
ORIGINARIO: _____		TELÉFONO: _____
DOMICILIO: _____		
ANTECEDENTES DE PROCESOS TERAPÉUTICOS (SÍ) (NO)		
¿CUÁLES? _____		

ANEXO 2

Cuadro de claves de registro de los cuidadores primarios GÜEMES, (2007: 367)

Nombre del familiar	Parentesco	Clave de registro
Alicia	Esposa	C01A
Maribel	Tía materna	C02M
Enrique	Padre	C03E
Teresa	Esposa	C04T
Aida Elia	Madre	C05A
Silvia	Madre	C06S
Ernesto	Esposo	C07E
Ernesto	Esposo	C08E
Magdalena	Madre	C09M
Josefina	Madre	C10J

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN INICIAL DEL CAMBIO DE ACTITUDES EN LOS
CUIDADORES PRIMARIOS, DE PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA
PERSONALIDAD
(CEICACPPTLP)
EVALUACIÓN INICIAL

Áreas a evaluar:

- Comunicación Afectiva
- Comunicación Verbal
- Manejo de Conflictos
- Habilidades de Negociación
- Habilidades para el Establecimiento de Límites

Nombre completo del Cuidador Primario _____

Parentesco con el paciente atendido en el HPFBA _____

Tiempo de asistir a la institución _____

Este cuestionario no es un examen, no existen respuestas correctas o incorrectas, por lo que le solicitamos elija las opciones que mejor describan su caso. Recuerde que la información que aquí nos brinde, servirá para orientar nuestra intervención en el grupo psicoeducativo al que ingresa.

REACTIVOS PARA EL DIAGNÓSTICO ACTITUDINAL

1.- El o los motivos de los problemas con mi familiar (paciente) son sus: (**puede marcar más de una opción por orden de prioridad**).

A.- Consumo de sustancias tóxicas

B.- Mentiras

C.- Agresiones

- D.- Robos
- E.- Conductas sexuales
- F.- Falta de sensibilidad
- G.- Dificultad para tomar decisiones
- H.- Otros _____

2.- La información que los médicos me han brindado sobre la patología de mi familiar (paciente) me ha servido:

- A.- Mucho
- B.- Poco
- C.- Nada
- D.- No me ha dado información

3.-El personal de la institución me ha explicado como debo tratar a mi familiar (paciente) en casa: (sí) (no)

4.- Me interesé en este grupo psicoeducativo porque **(puede marcar en la columna derecha más de una opción, ordénelas por prioridad).**

A. No puedo relacionarme adecuadamente con mi familiar (paciente)	
B. Siento que mi familiar (paciente) cada día está peor	
C. Siento que necesito que me ayuden porque estoy enfermado	
D. Los problemas que causa mi familiar (paciente) ya son insoportables	
E. Deseo saber como tratar mejor a mi familiar (paciente)	
F. Para conocer sobre el padecimiento de mi familiar (paciente)	

5.- Me cuesta trabajo expresar mis emociones

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

6.- No debo expresar mis emociones

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

7.- No sé controlar mis emociones ante mi familiar

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

8.- Fácilmente lloro cuando no puedo resolver un problema que provoca mi familiar

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

9.- Fácilmente me enojo cuando no puedo resolver un problema que provoca mi familiar

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

10.- Me dan ganas de golpear a mi familiar (paciente) cuando no desea resolver sus problemas

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

11.- Frecuentemente consigo convencer a las personas de que mis opiniones son las correctas

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

12.- El único con quien tengo problemas para negociar soluciones es con mi familiar (paciente)

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

13.- Frecuentemente accedo a hacer cosas por mi familiar (paciente)

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

14.- Me cuesta trabajo decir que no, cuando mi familiar (paciente) me pide algo

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

15.- Frecuentemente le resuelvo problemas a mi familiar (paciente), aunque no me lo pida

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

16.- Mi familiar (paciente) siempre consigue hacer lo que desea aunque yo me oponga

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

17.- Frecuentemente ya no me intereso por lo que le pueda pasar a mi familiar (paciente)

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

18.- En general las personas entienden lo que quiero decirles

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

19.- Me cuesta trabajo hacer que mi familiar (paciente) comprenda lo que le digo

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

20.- Mi familiar (paciente) entiende lo que le conviene

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

21.- Comprendo porque mi familiar (paciente) tiene conductas que me desesperan

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

22.- Mi familiar (paciente) hace todo lo posible por lograr que me desespere

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

23.- Mi familiar (paciente) siempre espera que le resuelva sus problemas

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

ANEXO 4: Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS)

Por favor, identifique el trauma que más le molesta _____

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante *la última semana*. Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número de 0 a 4, para indicar la frecuencia y la gravedad del síntoma.

Frecuencia	Gravedad
0. Nunca	0. Nada
1. A veces	1. Leve
2. 2-3 veces	2. Moderada
3. 4-6 veces	3. Marcada
4. A diario	4. Extrema

	Frecuencia	Gravedad
1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido «en guardia»?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 5

1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Elija la opción que más corresponda con su realidad de acuerdo a la intensidad en que se presenta

0: Nunca

1: A veces

2: Frecuentemente

3: Casi siempre

4: Siempre

<i>Definición operativa de los ítems</i>	<i>Puntos</i>				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborignos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

ANEXO 6

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN FINAL DEL CAMBIO DE ACTITUDES EN LOS
CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES, CON TRASTORNO LÍMITE DE LA
PERSONALIDAD
CEFCACPPTLP.
EVALUACIÓN FINAL

Áreas a evaluar:

- Comunicación Afectiva
- Comunicación Verbal
- Manejo de Conflictos
- Habilidades de Negociación
- Habilidades para el Establecimiento de Límites

Nombre completo del Cuidador Primario _____

Parentesco con el paciente atendido en el HPFBA _____

Tiempo de asistir a la institución _____

Este cuestionario no es un examen, no existen respuestas correctas o incorrectas, por lo que le solicitamos elija las opciones que mejor describan su caso. Recuerde que la información que aquí nos brinde, servirá para evaluar la eficacia del programa.

REACTIVOS PARA EL DIAGNÓSTICO ACTITUDINAL

1.- El o los motivos de los problemas con mi familiar son sus: **(puede marcar más de una opción por orden de prioridad)**.

- A.- Consumo de sustancias tóxicas
- B.- Mentiras
- C.- Agresiones
- D.- Robos
- E.- Conductas sexuales

- F.- Falta de sensibilidad
- G.- Dificultad para tomar decisiones
- H.- Otros _____

2.- La información que los médicos me han brindado sobre la patología de mi familiar me ha servido:

- A.- Mucho
- B.- Poco
- C.- Nada
- D.- No me ha dado información

3.-El personal de la institución me ha explicado como debo tratar a mi familiar en casa: (sí) (no)

4.- Mis intereses fueron abordados favorablemente a través del Programa Psicoeducativo para Cuidadores Primarios de pacientes con TLP. **(puede marcar más de una opción, ordénelas por prioridad).**

A. Puedo relacionarme adecuadamente con mi familiar	
B. Siento que mi familiar cada día está peor	
C. Siento que necesito que me ayuden porque estoy enfermado	
D. Los problemas que causa mi familiar ya son insoportables	
E. Sé como tratar mejor a mi familiar	
F. Conozco sobre el padecimiento de mi familiar	

5.- Me cuesta trabajo expresar mis emociones

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

6.- No debo expresar mis emociones

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

7.- No sé controlar mis emociones ante mi familiar

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

8.- Fácilmente lloro cuando no puedo resolver un problema que provoca mi familiar

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

9.- Fácilmente me enojo cuando no puedo resolver un problema que provoca mi familiar

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

10.- Me dan ganas de golpear a mi familiar cuando no desea resolver sus problemas

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

11.- Frecuentemente consigo convencer a las personas de que mis opiniones son las correctas

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

12.- El único con quien tengo problemas para negociar soluciones es con mi familiar

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

13.- Frecuentemente accedo a hacer cosas por mi familiar

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

14.- Me cuesta trabajo decir que no, cuando mi familiar me pide algo

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

15.- Frecuentemente le resuelvo problemas a mi familiar aunque no me lo pida

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

16.- Mi familiar siempre consigue hacer lo que desea aunque yo me oponga

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

17.- Frecuentemente ya no me intereso por lo que le pueda pasar a mi familiar

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

18.- En general las personas entienden lo que quiero decirles

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

19.- Me cuesta trabajo hacer que mi familiar comprenda lo que le digo

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

20.- Mi familiar entiende lo que le conviene

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

21.- Comprendo porque mi familiar tiene conductas que me desesperan

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

22.- Mi familiar hace todo lo posible por lograr que me desespere

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

23.- Mi familiar siempre espera que le resuelva sus problemas

A) Totalmente de acuerdo	B) De acuerdo	C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D) En desacuerdo	E) Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

¿Qué obtuvo al participar en el Programa Psicoeducativo?
