



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**TALLER PSICOEDUCATIVO PARA CUIDADORES
PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES CON
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

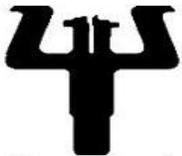
T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:

**GABRIELA ALEJANDRA SANTILLÁN
GONZÁLEZ**

JURADO DE EXAMEN

DIRECTORA: DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN
COMITÉ: MTRA. MIRIAM CAMACHO VALLADARES
DR, GERARDDO BENJAMÍN TONATIUH VILLANUEVA
OROZCO
DRA. LUZ MARÍA CRUZ MARTÍNEZ
MTRA. CLAUDIA IVETHE JAEN CORTÉS



**Facultad
de Psicología**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX NOVIEMBRE 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I	9
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LIMÍTROFE.....	9
1.1 Antecedentes Históricos	9
1.2 Trastorno de la Personalidad Límitrofe de acuerdo al Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría.....	12
1.3 Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad F60-3 de acuerdo a la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud.....	14
1.4 Etiología.....	16
1.5 Prevalencia	24
1.6 Tratamiento.....	25
CAPÍTULO II	33
FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL.....	33
2.1 El Impacto en la Dinámica Familiar ante un Enfermo Mental	33
2.2 Los Vínculos en la Familia con un paciente con Trastorno de la Personalidad Límitrofe .	39
2.3 El Papel del Cuidador Primario Informal de un Enfermo Mental.....	44
CAPÍTULO III	51
PSICOEDUCACIÓN EN LA FAMILIA CON UN ENFERMO MENTAL	51
3.1 Psicoeducación	51
3.2 Psicoeducación y Enfermedad Mental.....	64
3.3 Psicoeducación para familias con pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite	67
Capítulo IV	70
Propuesta	70
4.1 Justificación	70
4.2 Objetivo General:	72
4.3 Objetivos Específicos:.....	72

4.4	Participantes.....	74
4.5	Materiales e Instrumentos.....	76
4.6	Cartas Descriptivas.....	77
CAPITULO V		89
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES		89
REFERENCIAS.....		95
Anexo 1.....		106
Anexo 2.....		107
Anexo 3.....		108
Anexo 4.....		112
Anexo 5.....		113
Anexo 6.....		114
Anexo 7.....		115
Anexo 8.....		124
Anexo 9.....		128
Anexo 10.....		132
Anexo 11.....		133
Anexo 12.....		137
Anexo 13.....		143
Anexo 14.....		144
Anexo 15.....		148

RESUMEN

Existen pocos talleres psicoeducativos para Cuidadores Primarios Informales (CPI) de pacientes que padecen alguna enfermedad mental; y para pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite (TPL), son casi nulos. En el presente trabajo, se exponen primeramente aspectos relevantes acerca del TPL; se analiza de manera detallada el papel y la dinámica que juega la familia en el desarrollo de la enfermedad mental y del TPL; se analiza el papel y la importancia que juega el CPI de un paciente con cualquier enfermedad crónica. Para concluir, se abordan los principales modelos psicoeducativos vinculados con la enfermedad mental y el TPL. La segunda parte de este trabajo es la propuesta de intervención, que se materializa en el diseño de un Taller Psicoeducativo para Cuidadores Primarios Informales de Pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite; quienes acuden al servicio de una Clínica Familiar, perteneciente a un Hospital Psiquiátrico de Salud Pública. La Teoría Cognitivo-Conductual es la base de éste Taller, el cual está programado a 12 sesiones, con una duración de hora y media cada una y se planea impartirse una vez a la semana. El objetivo de éste Taller es que, al término del mismo, los CPI reflexionen los conocimientos, las técnicas y las habilidades adquiridas; a fin de modificar y/o mejorar su dinámica familiar.

Palabras Clave: Trastorno de la Personalidad Limítrofe, Cuidador Primario Informal, Psicoeducación, Conocimientos, Técnicas, Habilidades y Dinámica Familiar.

ABSTRACT

There are few psychoeducational workshops for Primary Informal Caregivers (CPI) of patients suffering from mental illnesses, and for patients with Borderline Personality disorder (BPD), these workshops are almost null. In this study, relevant aspects about the BPD are first presented, the role and the dynamics family plays in the development of a mental illness and BPD are analyzed in detail and then, the role and importance of the PIC of a patient with any chronic disease are also analyzed. Finally, the main psychoeducational models associated with mental illness and BPD are addressed. The second part of this work is an intervention proposal, which is embodied in the design of a Psychoeducational Workshop for Primary Informal Caregivers of patients with Borderline Personality Disorder, whom are treated at a Family Clinic belonging to a Psychiatric Hospital of Public Health. Cognitive Behavioral Theory is the basis of this workshop. The workshop is planned for 12 sessions, each one lasting an hour and a half, and is intended to be taught once a week. The aim of this workshop is that, by the end of it, the IPC are able to think over the knowledge, techniques and skills acquired; so that they can modify and/or improve their family dynamics.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Primary Informal Caregiver, Psychoeducation, Knowledge, Techniques, Skills and Family Dynamics.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Guía Clínica para el Tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (2002), Gunderson (2002), Caballo y Camacho (2000) y otras fuentes revisadas; resaltan que el 2% de la población mundial padece el Trastorno Límite de la Personalidad. Que de todos los Trastornos de la Personalidad, es probablemente, el más diagnosticado en la práctica clínica moderna con un 30% a un 60% y que la tasa de suicidios consumados en quienes padecen ésta enfermedad es del 10%.

Otro dato importante, es que por arriba del 90%, el Trastorno de la Personalidad Limítrofe (TPL) es el diagnóstico que más frecuentemente se presenta en la población usuaria de una Clínica Familiar perteneciente a un Hospital Psiquiátrico de Salud Pública. Esto, en los años 2013, 2014, 2015 y lo que va del 2016.

En ésta Clínica, se brinda a los pacientes y a sus familias apoyo psicoterapéutico de pareja, familia y grupo. Buscando con ello, que al reintegrarse el paciente a su familia y -porque no decirlo- la familia al paciente; la dinámica familiar no sea un factor que contribuya a una siguiente recaída. Sin embargo, se ha observado de manera importante, que al llegar éstas familias a iniciar con su proceso terapéutico ni siquiera saben cuál es el padecimiento que aqueja a su paciente y, además, confunden la psicoterapia con la psicoeducación. Pues, sus expectativas están centradas en obtener información acerca del mismo. Por último, cabe mencionar, que ésta confusión no es exclusiva de las familias en las que su paciente presenta TLP.

Justo de lo anteriormente mencionado, es de donde se origina la presente propuesta. Pues, se considera conveniente que antes de que inicien éstas familias con su proceso terapéutico, puedan primero despejar sus dudas acerca del TPL. Y esto, en buena medida lo proporciona éste taller. Sin embargo, la idea es ir un poco más allá. La idea es que, a partir de la psicoeducación, la familia pueda llevar a la reflexión la enfermedad de su paciente y que; además, puedan adquirir

herramientas mínimas necesarias que les permitan hacer frente a dicho trastorno. Todo esto, con el objetivo de que también puedan modificar o mejorar su dinámica familiar antes de iniciar con su proceso psicoterapéutico.

Así, el primer capítulo plantea una revisión completa acerca del TPL, en el que se revisaran aspectos como la etiología, la prevalencia y las formas de tratamiento. En el segundo capítulo, se analizará el impacto en la dinámica familiar ante un enfermo mental, los vínculos en la familia con un paciente con trastorno límite y el papel del cuidador primario informal, que, de manera general, es un integrante de la familia. Para el tercer capítulo, se revisará que es la psicoeducación, la forma en que se vincula la psicoeducación y la enfermedad mental y, para terminar, se hará una revisión de como se ha venido desarrollando la psicoeducación para familias con paciente con TPL. El cuarto capítulo, está integrado por la justificación, el objetivo general, los objetivos específicos, participantes, materiales e instrumentos y por la propuesta; conformada por doce cartas descriptivas. En la primera carta descriptiva, se analizará la importancia de participar en éste taller psicoeducativo para cuidadores primarios informales de pacientes con TPL, en la segunda se identificarán y analizarán las emociones que se generan en un cuidador primario informal de un paciente con TPL, la tercera se enfocará a conocer e identificar por parte de los cuidadores primarios informales aspectos relevantes del TPL que padece su familiar, en la cuarta se analizarán los aspectos relevantes de la dinámica familiar de una persona con una enfermedad mental como lo es el TPL, en la quinta se analizará la importancia de ser un cuidador primario informal de un familiar con TPL, en la sexta se identificarán y aplicarán por parte de los cuidadores primarios aspectos relevantes del estrés y técnicas de relajación (imaginaria y respiración diafragmática), en la séptima se analizarán por parte de los cuidadores primarios informales de pacientes con TPL aspectos relevantes de la vulnerabilidad humana, en la octava se identificarán y emplearán por parte de los cuidadores primarios informales de pacientes con TPL aspectos relevantes de las habilidades sociales, en la novena se identificarán y aplicarán por parte de los cuidadores primarios informales de pacientes con TPL aspectos relevantes en la toma de decisiones, para la décima carta descriptiva se identificarán y aplicarán por parte de los

cuidadores primarios informales de pacientes con TPL aspectos relevantes de la técnica en solución de problemas, en la onceava se analizarán por parte de los cuidadores primarios informales de pacientes con TPL aspectos relevantes de la Autoeficacia y en la doceava carta se integrarán y reflexionarán por parte de los cuidadores primarios informales de pacientes con TPL los temas revisados a lo largo de éste taller psicoeducativo. Finalmente, el quinto capítulo está integrado por la discusión y las conclusiones, los alcances y las limitaciones, en donde se plantean tanto las vicisitudes del tema, como la importancia de la psicoeducación por parte de la familia y el paciente, para incrementar la calidad de vida y la satisfacción en ambos.

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LIMÍTROFE

1.1 Antecedentes Históricos

Bonet en 1684 realiza la primera referencia al término “*límite*”; uniendo en un único síndrome la impulsividad y los estados de ánimo inestables. Denominándolo así, como *folie maniaco-melancolique*. Otro antecedente importante se encuentra en una descripción realizada por Kraepelin en el año de 1921. De acuerdo a esta descripción, los principales criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad de la actualidad (DSM-IV-TR); se encuentran ya mencionados: *impulsividad, inestabilidad de la afectividad y de las relaciones interpersonales, ira intensa e inapropiada y actos autolesivos* (Caballo & Camacho, 2000).

Durante los años siguientes se fueron elaborando diferentes formulaciones para describir las manifestaciones del paciente límite. Dos de ellas son las de Kretschmer y Reich en 1925. El primero consideraba que se trataba de un temperamento mixto cicloide-esquizoide (melancolía agitada, actitud hostil e hipocondriaca, nerviosismo, respuesta afectiva insuficiente) y el segundo clasificó a estas personas con manifestaciones predominantes de agresión infantil, narcisismo primitivo y con graves alteraciones del superyó.

De acuerdo a Gunderson (2001), la primera publicación importante que empleó la designación “límite” fue escrita por el psicoanalista Adolf Stern en 1938, a partir de sus observaciones clínicas realizadas en la consulta particular. Dentro de estas observaciones Stern identificó a un subgrupo de pacientes con características muy particulares, los cuales no encajaban en el sistema de clasificación vigente en ese momento; la cual estaba dividida entre neurosis y psicosis.

Hacia los años cincuenta Schneider consideraba que este tipo de sujetos poseen una personalidad “lábil” la cual se caracteriza por cambios rápidos y súbitos del estado de ánimo con una tendencia importante hacia las reacciones esporádicas de

irritabilidad (Caballo & Camacho, 2000). También en esta década se comenzó a dar un reconocimiento más amplio a este grupo de pacientes, gracias a los trabajos de Robert Knight; quien consideraba que esta entidad nosológica lindaba no sólo con la frontera de la neurosis, sino también con la de la psicosis (Gunderson, 2001). Sin embargo, para finales de los años cincuenta y después de las aportaciones de Knight en la comunidad psicoanalítica de médicos que trabajaban en hospitales; el número de pacientes que no encajaban como neuróticos o psicóticos aumentó. Para estos pacientes atípicos la utilización del término límite no se concretó en el pensamiento psiquiátrico sino hasta que se produjeron avances significativos en el área.

A finales 1960 “la confluencia de tres líneas de investigación independientes introdujo de lleno las cuestiones sobre el diagnóstico del trastorno límite en la corriente principal de la psiquiatría” (Gunderson, 2001 p. 3). La primera línea de investigación fue la realizada por Otto Kernberg en 1967 quien contribuyó de manera importante a la elaboración del constructo psicoanalítico de la organización límite de la personalidad; el cual se caracterizaba por una formación débil de la identidad, defensas primitivas y un juicio de realidad que se perdía transitoriamente en situaciones de estrés (Gunderson, 2001). Se puede decir, que este concepto representó un avance psicoanalítico pues en él se logró integrar las relaciones objetales con la psicología del yo y los instintos y en el hecho de que proporcionaba una explicación y una organización a un sistema clasificador básico. De acuerdo a Gunderson (2001), la segunda contribución importante fue realizada en 1968 por Roy Grinker un psiquiatra americano que gozaba de gran reconocimiento y respeto. Grinker en su publicación *The Borderline Syndrome*, dio a conocer los primeros criterios clínicos con base empírica para este tipo de pacientes, los cuales son: a) fracaso en la construcción de la propia identidad; relaciones anaclíticas; depresión basada en la soledad, y d) predominio de manifestaciones de ira. La tercera fase de investigación, trajo como resultado general la introducción de los pacientes límite en la conciencia de la comunidad de profesionales de la salud mental. Trabajos de Gunderson, Carpenter, Strauss, Kolb, Singer y Spitzer juegan un papel determinante para el desarrollo de teorías de este trastorno. Finalmente, para 1978

tomando como base los trabajos previos de Spitzer y Kernberg; Gunderson logró realizar una entrevista estructurada (*Diagnostic Interview for Borderline Patients*, DIB). La cual permitiría identificar los criterios más discriminatorios en la práctica clínica para este trastorno (Gunderson, 2001).

En medio de una gran controversia, en 1980 el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) entró finalmente en el sistema de clasificación oficial DSM-III de la Asociación Americana de Psiquiatría en 1980, y 12 años más tarde, en 1992 en la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento en su décima revisión (CIE-10) editada por la Organización Mundial de la Salud.

En el periodo posterior a la aparición del DSM-III y a la adopción de criterios estandarizados, este diagnóstico empezó a ser utilizado por un sector más amplio de profesionales de la salud mental.

En este devenir histórico el término “límite” como designación para un síndrome formal ha tenido diferentes significados, conceptualizaciones, movimientos, reformulaciones y reacomodos. Entre estos cambios se puede mencionar que primero se consideraba como una organización de la personalidad, posteriormente un síndrome y en la actualidad es un trastorno. Esto es reflejo, dice Gunderson (2001), de las etapas o fases de la psiquiatría en general. La cual transitó del paradigma psicoanalítico a la medicalización y la farmacología con bases empíricas, a la actual búsqueda de diagnósticos psiquiátricos basados en la etiología y encaminados a un tratamiento específico.

Otro aspecto problemático hace referencia a las características clínicas, ya que hay quienes han considerado al Trastorno Límite de la Personalidad dentro del espectro de los trastornos afectivos, asimilándolo en cierto modo al Síndrome Esquizotípico. Este uso incorrecto de la designación “límite” descansa en la falsa creencia de que los pacientes deben hallarse en uno de dos polos, bien en el “ligeramente enfermos” (neurosis) o bien en el “muy enfermos” (psicosis). Sin embargo, la patología de la personalidad debe concebirse como un continuo.

A pesar de la particularidad y de la heterogeneidad de los síntomas que trajo como consecuencia la dificultad para poder conceptualizar el Trastorno Límite de la Personalidad; se puede decir, que se encuentra hoy día generalmente aceptado y que es de gran utilidad en la práctica clínica.

1.2 Trastorno de la Personalidad Limítrofe de acuerdo al Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría.

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión 5, (2015) de la Asociación Americana de Psiquiatría, el Trastorno de la Personalidad Limítrofe se encuentra dentro del grupo de los Trastornos de la Personalidad. Un Trastorno de la Personalidad de acuerdo a este Manual se define como:

Un patrón de comportamiento y experimentación interna (pensamientos, sentimientos, sensaciones) duradero que difiere con claridad del propio de la cultura del paciente. Este patrón incluye problemas del afecto (tipo, intensidad, labilidad, pertinencia), la cognición (el modo en que el individuo mira e interpreta su propia persona y el ambiente, el control de los impulsos y las relaciones interpersonales. Este patrón es fijo y encuentra aplicación amplia en la vida social y personal del afectado (p. 531)

Este grupo de Trastornos de la Personalidad están divididos en *clusters* (racimos) que están agrupados de esta manera por la similitud de las características de cada grupo:

Grupo A (Retraídos, Fríos, Suspicious e Irracionales)

Trastorno de la Personalidad Paranoide

Trastorno de la Personalidad Esquizoide

Trastorno de la Personalidad Esquizotípico

Grupo B (Dramáticos, Susceptibles y buscar atención)

Trastorno de la Personalidad Antisocial

Trastorno de la Personalidad Limítrofe

Trastorno de la Personalidad Histriónico

Trastorno de la Personalidad Narcisista

Grupo C (Ansiosos, Tensos y bajo control extremo)

Trastorno de la Personalidad por Evitación

Trastorno de la Personalidad Dependiente

Trastorno de la Personalidad Obsesivo-Compulsivo

Cambio de la Personalidad debido a otra Afección Médica

Otro Trastorno de la Personalidad Especificado

Trastorno de la Personalidad no Especificado

El Trastorno de la Personalidad Limítrofe F60.3; se codifica en el Eje II (301.83). El cual a su vez, pertenece al Grupo B (Melodramáticos, Susceptibles y buscar atención, con estados de ánimo que son lábiles y con frecuencia superficiales. A menudo tienen conflictos interpersonales intensos). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -5 (2015), lo define como:

A lo largo de su vida adulta, las personas con TP limítrofe (TPL) parecen inestables. A menudo se encuentran en un punto crítico en cuanto al estado de ánimo, el comportamiento y las relaciones interpersonales. Muchos se sienten vacíos y aburridos; se apegan con intensidad a otros y luego desarrollan ira u hostilidad marcadas cuando piensan que son ignorados o maltratados por aquéllos de quienes dependen. Pueden tratar de manera impulsiva de lesionarse o mutilarse; estas acciones son expresiones de ira, gritos de ayuda o intentos de dejar de percibir su dolor emocional. Si bien los pacientes con TPL pueden experimentar

episodios psicóticos breves, éstos se resuelven con tanta rapidez que rara vez se les confunde con psicosis similares a la esquizofrenia. Los cambios intensos y rápidos del estado de ánimo, la impulsividad y las relaciones interpersonales inestables dificultan en estos pacientes desarrollar el potencial social, laboral o escolar completo.

El TPL muestra distribución familiar. Estas personas en realidad sufren a tal grado, que hasta 10% se suicida (p. 545).

Estos pacientes viven en una crisis perpetua del estado de ánimo o del comportamiento. Con frecuencia se sienten vacíos y aburridos. El compromiso de la identidad (autoimagen insegura) puede llevarles a apegarse con intensidad a otros y luego rechazar a estas mismas personas con igual vigor. Por otra parte, pueden tratar de manera frenética de evitar la deserción (que puede ser real o una fantasía). La impulsividad pronunciada puede inducirles a lesionarse o mutilarse, o participar en otras conductas con potencial lesivo, como indiscreciones sexuales, gastos desmedidos, atracones alimentarios o conducción vehicular irresponsable. Si bien el estrés puede provocar episodios breves de disociación o paranoia, éstos se resuelven con rapidez. Los cambios intensos y rápidos de estado de ánimo pueden generar una ira inapropiada y no controlada.

Duración (inicia en la adolescencia o poco después de los 20 años, y persiste).

El diagnóstico diferencial se hace con trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo y psicóticos, otros TP. P. 545Y 546

1.3 Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad F60-3 de acuerdo a la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud.

Dentro de esta Clasificación (CIE-10, 2002), este trastorno esta denominado como Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad que forma parte del Capítulo V de los Trastornos Mentales y del Comportamiento y define a éstos como:

Diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y expresan un estilo

de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás.

El Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad está definido como:

Una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias; el ánimo es impredecible y caprichoso. Existe predisposición a tener arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas. Así mismo hay predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados.

Existen dos variantes para este trastorno:

1. F60.30 Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad de Tipo Impulsivo, el cual está caracterizado principalmente por inestabilidad emocional y ausencia de control de impulsos. Los aspectos que son tomados en cuenta para este diagnóstico son los siguientes:

- Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad (F60).
- Tienen que estar presentes al menos tres de los siguientes, de los cuales uno de ellos ha de ser el 2:
 1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.
 2. Marcada predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos son impedidos o censurados.
 3. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.
 4. Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.
 5. Humor inestable y caprichoso.

2. F60-31 Trastorno de Inestabilidad Emocional de Personalidad Tipo Límite

Caracterizado por distorsiones de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y de la imagen íntima, sentimientos crónicos de vacío, facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables y tendencia al comportamiento autodestructivo, incluyendo intentos suicidas.

- Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad (F60).
- Deben estar presentes al menos tres síntomas de los mencionados en el criterio B de F60.30, a los que se han de añadir al menos dos de los siguientes:
 - Alteraciones o dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y de las preferencias íntimas (incluyendo las sexuales).
 - Facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis emocionales.
 - Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.
 - Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.
 - Sentimientos crónicos de vacío.

1.4 Etiología

Caballo y Camacho (2000) mencionan que:

Los primeros intentos de explicar el desarrollo del trastorno provinieron de la comunidad psicoanalítica, cuyas formulaciones más notables pusieron el énfasis en tres aspectos: 1) el papel de la “separación-individuación” y la ambivalencia que ello creaba; 2) una concepción de “insuficiencia” donde la clave era la presencia muy deficiente de la madre; y 3) la realización de abusos durante la formación del niño (p.44).

Las teorías que resaltan los abusos sexuales o la ausencia de los roles en la infancia son muchas y se menciona que éstas tienen que ver en el posterior desarrollo del trastorno. Hoy en día se siguen manteniendo algunas de las hipótesis propuestas.

Conforme se ha ido avanzando en estudios e investigaciones acerca del Trastorno de la Personalidad Límite, se puede argumentar que esta enfermedad esta generada por múltiples aspectos; como los psicodinámicos, biológicos, familiares y traumáticos. Por lo tanto, su etiología no es única y para comprenderla se requiere de un enfoque biopsicosocial.

Aspectos Psicodinámicos

Dentro de los factores psicodinámicos o de la formulación psicodinámica Koldobsky (2005), comenta que para Kernberg en la subfase de aproximación de la separación individuación de la teoría del desarrollo de Margaret Mahler está el punto de fijación para la patología límite. Pues, en esta fase, el niño no tiene constancia objetal y no puede integrar los aspectos buenos y malos de sí mismo y de su madre, no se puede separar de su madre dado que aún tiene que internalizar la totalidad de una madre reconfortante que pueda sostenerlo, aun cuando está ausente. Por lo tanto, postula que la existencia de un disturbio en la disponibilidad emocional de la madre durante esta subfase es atribuible al exceso constitucional de agresión del chico, a problemas maternos con el parentesco o ambos.

Así mismo, este autor menciona que Masterson involucra la subfase de acercamiento, pero enfatiza más en la conducta materna que en la agresión infantil. La madre del límite en general está profundamente conflictuada por el crecimiento y la constitución como persona del niño, ese niño recibe el mensaje de su madre de que si crece algo terrible pasará (a él y a su madre) y que permanecer dependiente el único camino para mantener un lazo materno. Esta perspectiva de separación e individuación provoca una “depresión de abandono” en los límite. Es posible que la no integración entre el objeto recompensante con el objeto abandonico, surja en la subfase de aproximación resultando en los síntomas del trastorno límite.

Por último, Koldobsky (2005) menciona que Adler influenciado por Kohunt, se basa en un modelo de déficit más que uno de conflicto. En el que la inconsistencia de la conducta y de la disponibilidad maternal resulta en las fallas que tiene el límite para desarrollar un objeto internalizado, lo que da origen a sentimientos de vacío, tendencias depresivas y rabia oral. Más aún, el límite tiene dificultades con la evocación de imágenes internas de la “figura nutriente” (la madre) en situación de estrés. Este déficit cognitivo de memoria evocativa sugiere una regresión a la etapa de desarrollo situada entre los 8 y los 18 meses. Estos recursos inadecuados hacen al límite propenso a la fragmentación del *self*, lo que acompaña de un vacío profundo llamado “pánico de aniquilación”. Habría una dinámica familiar en la que la dependencia del niño es coloreada por proyecciones familiares negativas y donde ambos, niño y padres, se experimentan como odiados y devoradores. La familia es competente en otras áreas, pero la dependencia del niño no es aceptada, los padres se distancian de él y lo aíslan. Esta experiencia es recreada luego por el paciente en su marco de vida y en el tratamiento.

A manera de resumen se puede decir que en Koldobsky (2005):

Para Kernberg el origen del trastorno límite de la personalidad está dado en una excesiva carga agresiva unida o derivada del abandono maternal. También para Masterson y Rinsley, el abandono maternal jugaría un papel fundamental, mientras que para Kohunt el origen está dado por una falta de introyección objetal la incapacidad constitucional para tolerar el estrés, la intolerancia a la ansiedad o la dificultad en la regulación de los afectos, la vulnerabilidad al proceso de separación-individuación, son algunos de los modelos causales psicodinámicos (p.103 y 104).

Y concluir que la internalización en forma patológica de las relaciones objetales tempranas y el uso de mecanismos de defensa primitivos como el desdoblamiento; son o serían la causa por la que en la edad adulta para éstas personas con este trastorno se distorsionan sus relaciones interpersonales al considerar a “todos buenos o todos malos”.

Aspectos Biológicos

La heterogeneidad de este trastorno no permite identificar con claridad los marcadores biológicos que predisponen al trastorno. La predisposición es más específica para rasgos como la impulsividad o los intentos de suicidio. Sin embargo, las últimas aportaciones con respecto a los factores genéticos señalan que el trastorno límite de la personalidad se encuentra más frecuentemente en familias de pacientes límite que en familias de esquizofrénicos, bipolares, esquizotípicos, antisociales o con distimia. Siendo más específicos, es más fuerte la predisposición genética paterna. Sin embargo, es todavía incierto si hay un fenotipo específico que se exprese como un defecto heredado en el trastorno límite de la personalidad. La heredabilidad está asociada más con los rasgos que con el trastorno considerado en forma global.

En cuanto al alcoholismo y el consumo de sustancias, se puede mencionar que es más frecuente en familiares de primer grado de pacientes con trastorno límite. Así, los resultados mencionados pudieran estar indicando la presión o el papel que desempeña criarse en un ambiente con enfermos psiquiátricos, más que la tendencia subyacente biológica a desarrollar cualquiera de los trastornos.

La genética no refleja la acción de un gen simple para el origen del TPL, sino que sería más bien un modelo poligénico el que lo pueda ocasionar. Además, de que no hay una vía simple de los genes a los rasgos.

Los trastornos de personalidad no se heredan, sino que, representan variaciones extremas de rasgos de personalidad, su desarrollo refleja la carga genética y el peso de riesgos medioambientales.

Con respecto a la existencia de una disfunción cerebral de base, se observa que en estudios de prevalencia, investigaciones neurológicas y test neuropsicológicos, se sugiere alguna asociación entre la injuria cerebral y el trastorno límite. La injuria cerebral, en especial en la corteza orbitofrontal y en zonas límbicas, puede causar un trastorno del control de impulsos, una falta de regulación afectiva, una incapacidad cognitiva y una predisposición a la descompensación psicótica. Estos

síntomas o rasgos también pueden deberse a una hiperactividad límbica (actividad crítica cortical o por alteración del metabolismo monoamínico). La conducta social e interpersonal sería etiológicamente secundaria a estas disfunciones y sería moderada por los factores psicodinámicos, educacionales y sociales.

Otra de las disfunciones neurológicas asociadas a éste trastorno son las anomalías en la onda P300 de los potenciales evocados auditivos. Anomalía típica de individuos que necesitan estimulaciones intensas y renovadas para que el estímulo alcance la respuesta. Estos trastornos estarían en la base de aquellos individuos que necesitan situaciones nuevas y excitantes para alcanzar placer. Son los llamados “buscadores de sensaciones”.

En pacientes con problemas en el desarrollo, se encuentra que otros miembros de la familia también pueden sufrir éste tipo de problemas. Por tanto, estos pacientes estarían expuestos a conductas de quienes los cuidan como el abuso de sustancias, paternidad inestable y errática, desacuerdo matrimonial, abuso físico y sexual. La exposición a estas conductas contribuye a producir una injuria en el yo, altera el desarrollo normal y a través de modelado/aprendizaje puede afectar el desarrollo conductual, fenómenos que pueden tener un carácter aditivo.

Existe evidencia de que la alteración de algunos neurotransmisores como la noradrenalina está asociada con en el trastorno límite de la personalidad. Puesto que, la noradrenalina es un marcador biológico de impulsividad y de extroversión y búsqueda de novedad. Los potenciales evocados muestran una respuesta aumentadora, búsqueda de estímulos, respuestas reducidas, descenso de respuesta ante la presencia de estímulos. La serotonina está asociada a la inhibición conductual y el descenso de ésta lleva a la incapacidad para frenar la respuesta conductual y aumenta la impulsividad y la agresividad. La dopamina está ligada al espectro esquizofrénico. Está aumentada en los estados micropsicóticos y disminuida en los estados de aislamiento.

Puede haber una disfunción en múltiples sistemas: en el paciente límite habría un descenso de serotonina y la noradrenalina estaría hiperactiva. Sin embargo, no se

puede ser simplista y considerar que sólo estas alteraciones influyen o tienen relación con éste trastorno. Un largo número de estudios de Carrasco y Coccaro en Koldobsky (2005), ha demostrado las relaciones entre una baja actividad de serotonina con la violencia, conducta suicida, impulsividad y los trastornos de personalidad del *cluster*.

El sistema colinérgico está relacionado con la modulación del afecto, el cual también se observa alterado.

Los pacientes límite presentan un desmejoramiento cognitivo que, sumado a los problemas familiares, se generan potencialmente dificultades en la comunicación entre el paciente y su familia.

Debido también a anormalidades en la actividad límbica o en la regulación cortical de la actividad límbica se presentan dificultades para el recuerdo de material complejo aprendido.

Aspectos Familiares

En cuanto a los aspectos familiares entre un 37% y un 64% de los pacientes límite han vivido importantes separaciones o pérdidas en la infancia, lo cual, además de ser un aspecto común entre los sujetos con un trastorno límite, parece ser también un factor discriminativo entre pacientes psicóticos, pacientes con trastornos afectivos o pacientes con otros trastornos de la personalidad. La memoria del pasado es displacentera por la presencia de hechos dolorosos. Al haber sufrido negligencia y rechazo de los padres, se perciben a sí mismos como carentes de afecto; con pocos y malos cuidados en la infancia. Las familias de pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen índices significativamente más altos de psicopatología, particularmente en problemas de depresión, consumo de sustancias y trastornos afectivos de la personalidad, lo que induciría a pensar que la psicopatología familiar se asocia con el trastorno.

Los pacientes con TPL presentan como antecedentes en la niñez separación parental, problemas de adopción, frecuente convivencia por problemas familiares con sus abuelos, y abuso sexual y físico derivados de la ruptura del matrimonio y de las pérdidas sufridas. Han sido testigos de violencia doméstica.

Tanto el abuso físico como sexual en la infancia son relativamente comunes en pacientes diagnosticados con el trastorno límite, aunque, en general, el primero de ellos no es significativamente más frecuente al compararse con sujetos controles. No ocurre lo mismo con el abuso sexual, ya que éste aparece, de forma consistente, con una mayor frecuencia entre los pacientes límite respecto a sujetos depresivos o con otros trastornos de la personalidad. En diversas investigaciones, se encontraron casos en los que un 26% correspondían a abuso sexual 26%, 48% a abuso físico y 86% a abuso verbal, negligencia, rechazo, separación paterna; todos éstos derivados de la ruptura matrimonial. La historia del abuso físico y sexual son la base para que algunos autores sostengan el modelo etiológico del trastorno por estrés postraumático (TPEPT), el que pueda darse con disociación y sin disociación.

De acuerdo Koldobsky (2005):

En el 61.5% de los pacientes severamente desmejorados, el abuso sexual en la infancia surge como un factor que predispone a la enfermedad. La historia infantil de abuso físico y sexual determina efectos a largo plazo como la ira crónica, la auto-destrucción, el abuso de sustancias, la disociación, el miedo a ser abandonado y las relaciones intensas e inestables.

El tipo de abuso difiere con el género del paciente: el abuso sexual es más frecuente en mujeres; el abuso físico en los hombres. En el abuso físico influye la calidad del abuso, como ocurre en el abuso sexual. El abuso verbal tiene un efecto profundo en la autoestima, refleja la atmósfera familiar de hostilidad y es indicador de una amenaza descontrolada.

La formación de la personalidad es un proceso de ida y vuelta. La existencia de un rasgo vulnerable puede ser una condición necesaria pero no suficiente. La presencia de un sólo factor no lleva necesariamente a una psicopatología; sólo la presencia de muchos factores de riesgo puede ser condición suficiente para el

desarrollo de un trastorno de personalidad, siempre en relación con un medio que lo favorezca.

Aspectos Traumáticos

El trauma puede también relacionarse con el desarrollo del trastorno límite de la personalidad (sería la base de la labilidad emocional, de la disociación, la irritabilidad y la despersonalización). De acuerdo a Lofgren y Rutter (en Koldobsky 2005), la re-experimentación de experiencias traumáticas llevaría a sentimientos de alienación. El abuso infantil y el trauma son muy frecuentes en el trastorno límite de la personalidad y en el trastorno ansioso de la personalidad.

El efecto del trauma depende de cómo el individuo procesa la experiencia. Después del trauma hay cambios cognitivos, sexualización, abuso de confianza, estigmatización e impotencia. Influye la variabilidad de rasgos e interactúa con otros factores de riesgo como la atmósfera familiar patológica, el rechazo que los hace más proclives (soledad y vulnerabilidad) a la búsqueda de apoyo externo. La personalidad límite es un marcador de abuso; los límites abusados son más sintomáticos. Cuando hay presencia de disociación, ésta es marcador de una historia de trauma; dado que es la defensa más usada frente a experiencias abrumadoras (esto ocurre también en el TPEPT), esta defensa está mediada por patología familiar.

También el abuso es un marcador de automutilación, es un frecuente indicador de la presencia de antecedentes de un trauma. Para Paris (en Koldobky 2005), refleja más una tendencia impulsiva que el reflejo de una experiencia abusiva temprana, por lo que no hay relación entre el estilo de defensas usados por el paciente y una situación traumática infantil. Es así, como el trauma marca el perfil sintomático del límite, ya que estos individuos tienen más síntomas impulsivos.

1.5 Prevalencia

En la Guía Clínica para el Tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (2002), en Koldobsky (2005) y en Cabello y Camacho (2000); los datos acerca de la prevalencia del Trastorno Límite de la Personalidad coinciden de manera general. Mencionando que ésta es del 2% de toda la población y que se encuentra presente en diferentes culturas de todo el mundo. Se diagnostica mayormente en mujeres 75%, con una relación estimada por sexos de 3:1.

De acuerdo a Koldobsky (2005) los aspectos demográficos respecto a la edad de inicio de este trastorno, se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 1.

Edad de inicio del Trastorno Límite de la Personalidad (Koldobsky, 2005).

Edad del grupo	Porcentaje
Adolescencia (13-17)	15%
Temprana adultez (18-25)	50%
Joven adultez (26-30)	25%
Adultez (31-48)	10%

Es aproximadamente cinco veces más frecuente este trastorno entre los familiares de primer grado que en la población en general. Existe una relación muy importante con familiares con trastorno por uso de sustancias y alcohol, una presencia muy intensa de familiares con trastorno antisocial de la personalidad y trastornos del estado de ánimo.

De todos los trastornos de la personalidad, es probablemente el más diagnosticado en la práctica clínica moderna con un 30 a 60%. El porcentaje en pacientes ambulatorios que acuden a algún centro hospitalario de salud mental es del 10% y

de un 20% en pacientes hospitalizados. En diversos estudios; un dato relevante para considerar por cualquier profesional de la salud mental que trate a pacientes con este trastorno, es que la tasa de suicidios consumados es del 10% (Gunderson, 2002).

1.6 Tratamiento

El trastorno límite de la personalidad es el trastorno de personalidad más frecuente en la práctica clínica. Se caracteriza por un notable malestar y deterioro funcional, y se asocia a unas tasas elevadas de comportamiento autodestructivo, como por ejemplo, intentos de suicidio y suicidios consumados. La atención a pacientes con trastorno límite de la personalidad implica una amplia gama de enfoques (Guía Clínica para el Tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad, 2002).

De acuerdo a Koldobsky (2005), las metas generales del tratamiento en pacientes límite son las siguientes:

- Prevenir el suicidio y/o el homicidio.
- Desarrollar la regulación emocional y conductual.
- Reducir o eliminar comportamientos adictivos dañinos.
- Estabilizar e integrar modelos vinculares.
- Facilitar el desarrollo y el mantenimiento de un medio físico y psicológico estable y de sostén.
- Tratar los trastornos del humor, la ansiedad y los episodios psicóticos con medicación apropiada.
- Construir y preservar el funcionamiento laboral y social en la forma más amplia posible (p. 309).

En la Guía Clínica para el Tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (2002) de la Asociación Psiquiátrica Americana, se recomienda que antes de iniciar el tratamiento, se debe realizar una evaluación inicial para determinar el marco del

tratamiento. Debido a que la ideación y las tentativas de suicidio son frecuentes, se debe tener prioridad en los aspectos de seguridad. Al establecer una estructura clara y explícita del tratamiento, es conveniente también, incluir los objetivos terapéuticos con el paciente. Por otra parte, dada la elevada frecuencia de trastornos comórbidos, la singularidad de la historia de cada paciente y la naturaleza heterogénea de este trastorno, el plan de tratamiento tiene que ser también flexible y adecuarlo a las necesidades de cada paciente.

Tratamiento Farmacológico

Así mismo, en ésta Guía Clínica se menciona que la farmacoterapia tiene con frecuencia un importante papel adyuvante, en especial para la disminución de síntomas como la inestabilidad afectiva, la impulsividad, los síntomas psicóticos y el comportamiento autodestructivo. La farmacoterapia se utiliza para tratar los síntomas de estado en los periodos de descompensación aguda, así como para modificar las vulnerabilidades de rasgo. Los síntomas que presentan los pacientes con trastorno límite de la personalidad se pueden clasificar en tres dimensiones conductuales: inestabilidad afectiva, descontrol impulsivo y conductual, y dificultades cognitivo-perceptivas para las cuales es pertinente utilizar estrategias farmacológicas específicas.

- Tratamiento de los síntomas de inestabilidad afectiva.

Dentro de esta dimensión, los pacientes con trastorno límite de la personalidad pueden presentar labilidad emocional, sensibilidad al rechazo, ira intensa inapropiada, “bajones” depresivos o explosiones de cólera. Estos síntomas deben de ser tratados inicialmente con un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS) o un antidepresivo relacionado como la venlafaxina. Cuando la inestabilidad afectiva aparece en forma de ansiedad, el tratamiento con un ISRS puede ser suficiente. Cuando la inestabilidad afectiva se manifiesta en forma de ira descontrolada que coexiste con otros síntomas afectivos, los ISRS son también el tratamiento de elección. La experiencia clínica sugiere que en los pacientes con

descontrol conductual grave se pueden añadir dosis bajas de neurolépticos para obtener una respuesta rápida y un alivio de los síntomas afectivos. Aunque la eficacia de los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) para la estabilidad afectiva tienen una fuerte base empírica, no son el tratamiento de elección debido al riesgo de los efectos secundarios graves. Los estabilizadores del estado de ánimo como: el litio, el valproato y la carbamazepina son un tratamiento de segunda línea o adyuvantes para la inestabilidad afectiva. Existen pocos datos sobre la eficacia del tratamiento electro compulsivo (TEC) en el tratamiento de los síntomas de inestabilidad afectiva.

- Tratamiento de los síntomas de descontrol impulsivo y conductual.

En esta dimensión los pacientes con trastorno límite de la personalidad pueden presentar agresividad impulsiva, comportamiento de automutilación o comportamiento autodestructivo (p. ej., sexo promiscuo, abuso de sustancias, gastos imprudentes) los ISRS son el tratamiento de elección inicial. Cuando el descontrol conductual supone una seria amenaza para la seguridad del paciente, puede ser necesario añadir al ISRS un neuroléptico de dosis bajas. La experiencia clínica sugiere que la eficacia parcial de un ISR puede ser potenciada por el litio. Si un ISR no es efectivo, se puede considerar sustituirlo por un IMAO. También se pueden utilizar valproato o carbamazepina para el control de impulsos, aunque existen pocos estudios de estos tratamientos para la agresividad impulsiva. Los datos preliminares sugieren que los neurolépticos atípicos tienen cierta eficacia sobre la impulsividad en los pacientes con trastorno límite de la personalidad.

- Tratamiento de los síntomas cognitivo-perceptivos.

En esta dimensión, los pacientes con trastorno límite de la personalidad pueden presentar suspicacia, pensamiento autorreferencial, ideación paranoide, ilusiones, desrealización, despersonalización o síntomas pseudoalucinatorios. Los neurolépticos a dosis bajas son el tratamiento de elección para estos síntomas. Estos fármacos alivian no sólo los síntomas psicótiformes, sino también el estado de ánimo deprimido, la impulsividad y la ira.

Psicoterapia

Finalmente, de acuerdo a la Guía Clínica para el Tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (2002) en cuanto a la psicoterapia; se menciona que existen dos enfoques psicoterapéuticos que han demostrado su eficacia en ensayos controlados aleatorizados: la Terapia Psicoanalítica/Psicodinámica y la Terapia Conductual Dialéctica. No existe todavía, evidencia científica a cuál de los dos enfoques responden mejor estos pacientes. Sin embargo, se puede decir que un tratamiento prolongado con cualquiera de estos dos enfoques puede producir y mantener una mejoría duradera de la personalidad, los problemas interpersonales y el funcionamiento global. La experiencia clínica indica que la combinación de la psicoterapia y de la farmacoterapia beneficia más a los pacientes con trastorno límite.

Otros componentes importantes de un tratamiento eficaz para los pacientes con trastorno límite son la validación del sufrimiento y la experiencia del paciente, el fomento de la reflexión más que de la acción impulsiva, la reducción de la tendencia del paciente a la escisión, el establecimiento de límites sobre cualquier comportamiento autodestructivo; así como ayudar a éste a responsabilizarse de sus actos.

De lo anterior, se puede notar que existe una clara coincidencia con lo que López (2004), menciona como objetivos principales del tratamiento psicoterapéutico en pacientes con trastorno límite de la personalidad:

- Fomentar una sólida alianza terapéutica y priorizar la vigilancia de la conducta suicida autolesiva.
- Validar sufrimiento y sentimientos del paciente, y ayudarlo a tomar responsabilidad de sus acciones con recomendaciones flexibles.
- Tratar los sentimientos del paciente y el terapeuta.
- Promover la reflexión en vez de la conducta impulsiva.
- Disminuir la tendencia del sujeto a utilizar la escisión.
- Poner límites a los comportamientos autolesivos y suicidas.

Terapia Dialéctica-Conductual (TDC)

La TDC es una modalidad de tratamiento psicológico descrita por primera vez como un tratamiento estructurado para el trastorno límite de la personalidad por la psicóloga Marsha Linehan en 1993 (Linehan, 1993). Se trata de un enfoque de origen cognitivo-conductual que incorpora la filosofía dialéctica. La modalidad de tratamiento incluye sesiones individuales y sesiones grupales para el entrenamiento de habilidades psicosociales. Para este enfoque, las alteraciones emocionales y conductuales propias del trastorno límite son mantenidas por un ambiente invalidante que refuerza ciertas conductas que son claramente disfuncionales. A partir de aquí, el tratamiento se dirige en primer lugar al abordaje de conductas que pueden suponer una situación de riesgo vital para el paciente (conductas autolesivas e intentos de suicidio).

El fin de la terapia es básicamente entrenar al paciente para la puesta en práctica de otras conductas más adaptativas para la resolución de las relaciones intra e interpersonales, mitigando al mismo tiempo otras conductas que interfieren negativamente con el éxito de la terapia (conductas de riesgo, abandono e inasistencia a las citas, etc.), para conseguir después la validación y la aceptación de las propias experiencias personales. El programa de tratamiento pasa por diversas fases, habitualmente de manera lineal (aunque no necesariamente). Así, por ejemplo, no se abordan conflictos emocionales hasta que el paciente no es capaz de manejar conductas que suponen una seria amenaza para sí mismo o para los demás. Las diversas fases contemplan, el manejo de conductas de autolesivas, el afrontamiento de conductas que repercuten negativamente en el éxito de la terapia, la validación de los conflictos emocionales, el aumento de la capacidad para regular las propias emociones y para mantener unas relaciones interpersonales satisfactorias (principalmente en forma grupal), elaboración de situaciones traumáticas anteriores, entrenamiento para la resolución de los problemas de la vida diaria y para la promoción del auto-respeto y finalmente

entrenar al paciente para mantener la alegría y para disfrutar de sus experiencias personales.

El encuadre de la TDC puede ser variable. Aunque se trabaja también con la familia, para poder llevarla a cabo se requiere un compromiso firme por parte del paciente, que debería permanecer en tratamiento no menos de 6 meses. Éste es quizás el componente clave para el avance y el éxito de la terapia.

Psicoterapia de Orientación Dinámica

Rodríguez y Murias (2006), mencionan que casi todas las terapias de corte psicoanalítico parten del supuesto de que el trastorno límite de la personalidad es un trastorno evolutivo del yo que afecta a la propia integración del yo y de las relaciones objetales, y por tanto, a las relaciones con los demás.

López (2004), menciona que La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT):

Se dirige de manera directa al síndrome de difusión de identidad, a medida que se expresa en las sesiones mediante la activación de las relaciones objetales primitivas idealizadas y persecutorias, de modo que éstas pueden diagnosticarse, elaborarse y resolverse en el análisis de la transferencia.

La PFT está manualizada, se aplica en dos sesiones individuales por semana, y está dirigida a la contención y el análisis de los intentos de separación de los demás ante el temor de que terminen en el abandono, y que tiene su origen en los intentos de separación de la madre en la infancia. Supone que ante esta circunstancia, los demás son percibidos como personas maliciosas al tiempo que el paciente puede sentirse despreciable. Esta terapia intenta abordar los conflictos, las emociones y las conductas derivadas de estas distorsiones y errores.

Por su parte, la Psicoterapia basada en la Mentalización constituye otra modalidad de tratamiento de origen psicodinámico (Bateman y Fonagy, 2009). En esencia, consiste en entrenar al paciente para lograr un mejor conocimiento respecto a sí mismo y a los demás en un contexto seguro que permita manejar las

desregulaciones afectivas y las relaciones con los demás, que en última instancia subyacen a las conductas autodestructivas de los pacientes.

Terapias Cognitivas

Las Terapias Cognitivas se utilizaron inicialmente para el tratamiento de los trastornos psicopatológicos del Eje I del DSM-IV. Sin embargo, progresivamente se han ido extendiendo para el abordaje también de los trastornos de la personalidad, y entre ellos el trastorno límite de la personalidad. Entre las terapias cognitivas, podemos destacar la Terapia Cognitiva de Beck, la Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas de Young y la Terapia de Valoración Cognitiva de Wessler.

La Terapia Cognitiva de Beck parte de la asunción de que los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen serias dificultades para identificar creencias y esquemas cognitivos erróneos y disfuncionales, tanto para sí mismos como para los demás. Por tanto, esta terapia pretende entrenar a los pacientes para que aprendan a identificar estas creencias para posteriormente modificarlas de una manera más ajustada a la realidad.

La Terapia Centrada en Esquemas de Young (SFT), ésta se centra en identificar y modificar los “esquemas desadaptativos tempranos” que estarían en la base de las alteraciones del trastorno límite (Young, Klosko y Weishaar, 2003): vergüenza, aislamiento social, dependencia, incompetencia e indeseabilidad. Sólo a partir de la modificación de tales creencias el paciente podría manejar las alteraciones propias del trastorno límite de la personalidad.

Independientemente del modelo terapéutico de trabajo, el abordaje del trastorno límite de la personalidad requiere de un tipo de tratamiento largo, basado en el establecimiento de una buena relación terapéutica con el paciente, puesto que sólo así se puede obtener el compromiso necesario del paciente para continuar avanzando en la terapia. El marco terapéutico debería basarse en el establecimiento de límites claros. E independientemente del origen psicógeno del trastorno, lo

prioritario es disminuir las conductas de riesgo para entrenar después a los pacientes en la adquisición de habilidades (cognitivas y conductuales) que les permitan resolver los conflictos del *aquí y ahora*, abordar los sentimientos de soledad o abandono y desplegar las conductas más funcionales para la aceptación de sí mismos y para el mantenimiento de las relaciones con los demás. Y para eso, es importante validar sus propias experiencias y decisiones, como alternativa a lo que siempre le ha supuesto un ambiente invalidante.

CAPÍTULO II

FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL

2.1 El Impacto en la Dinámica Familiar ante un Enfermo Mental

De acuerdo a Minuchin y Fishman (2004), “entre los seres humanos, unirse para coexistir suele significar alguna suerte de grupo familiar. La familia es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio...” (p.25), de ahí la importancia y trascendencia de ésta.

La familia se puede definir de múltiples maneras, incluyendo la que aparece en el diccionario: un grupo de personas con ancestros comunes; un hogar; una unidad básica de la sociedad que tiene como núcleo dos o más adultos que conviven y cooperan en el cuidado de los hijos, naturales o adoptivos.

En el campo de la terapia familiar sistémica destacan otras definiciones.

Una de ellas es la de Minuchin et al. (2004), en la que comentan que la familia como sistema es:

Un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca (p. 25).

También se ha definido como “un sistema cibernético, que se autorregula y se controla a sí mismo por medio del ensayo y del error y que crea reglas a través del tiempo, que son las que rigen el funcionamiento de la familia” (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 2004 p. 3).

Andolfi (1984), menciona que la familia es “como un sistema activo en constante transformación” (p. 18).

Otra definición, plantea a la familia como un organismo viviente, aquí la familia está en constante interacción con su medio, siendo capaz de tener conductas muy distintas, por lo que su acción nunca es predecible (Simon, Stierklin & Wynne, 1985).

Por último, Glasersfeld (1987), también considera a la familia como un organismo viviente cuya viabilidad depende de su acomodo en el entorno, junto con el cual co-evoluciona.

Partiendo de la aseveración de que en todo grupo humano existen siempre dos tipos de relaciones recíprocas, la relación simétrica basada en la igualdad y la relación complementaria basada en la diferencia (Bateson, 1972), es posible identificar tipologías familiares.

Una primera tipología clasifica a la familia dentro de un continuo, de acuerdo a su estructura. En un extremo está la estructura amalgamada, mientras que en el otro está la desligada Minuchin et al. (2004). De esta tipología se desprende otra, que clasifica a la familia como centrípeta o amalgamada y la centrifuga o desligada. Ambas son consideradas como familias predispuestas a la enfermedad psicosomática y algunas de sus características son las siguientes:

- Suprimen emociones y fantasías amenazantes.
- Aparentan racionalidad y control, se orientan a lo concreto.
- Evitan conflictos, se adaptan lo más posible a las expectativas del medio.
- Presentan una fachada acorde con las normas sociales predominantes.

Estas situaciones relacionales en conjunto, aumentan la susceptibilidad a la enfermedad.

De acuerdo a Robles, Eustace y Fernández (1987), existe una tipología de familias psicosomáticas basada en la terapia familiar sistémica:

- Ligada o amalgamada, que es la que se describe como familia psicosomática.
- Dividida o escindida, que está permanentemente fragmentada y dominada por crisis.

- En desintegración, en la cual predomina el aislamiento, el descuido, las obligaciones de lealtad rudimentarias que llevan a la triangulación del hijo y a la incapacidad de diálogo y cooperación.

De igual manera, las familias se pueden clasificar de acuerdo con su capacidad de procesar información. Así pues, se toma la ambigüedad como un factor que aumenta el nivel de estrés en la familia, por lo que la familia con límites informativos ambiguos estará más predispuesta a la enfermedad que aquella que los tiene claros, pudiendo esta última adaptarse mejor a su situación por su capacidad de alcanzar un consenso con respecto a un plan de acción (Boss & Greenberg, 1984).

Por otra parte, el impacto del estrés depende, así mismo, de la estructura familiar, que puede ser sana, dominante-sumisa, conflictuada o caótica. Y cada familia reaccionará a un estrés normativo o severo de acuerdo con su estructura (Lewis, 1986). Finalmente, Schwartzman (1985), menciona desde una perspectiva evolutiva, que cualquier estancamiento en alguno de los dos extremos de amalgamiento o desligamiento impedirá la adaptación al cambio y propiciará la predisposición a la enfermedad.

Robles et al. (1987), destacan que “la familia es la cerradura que guarda un mundo de infinitas complejidades, únicas, incomparables, e imposibles de llegar a ser conocidas y abarcadas en su totalidad” (p.24). Dentro de estas complejidades, se encuentran la enfermedad mental que puede padecer alguno de los miembros de la familia. La enfermedad mental es considerada como una enfermedad crónico degenerativa. Y una enfermedad de este tipo, puede definirse como un trastorno con una característica inquebrantable: no se cura nunca. Sin embargo, es posible categorizarla con base en su posición en un continuo. Dos parámetros influyen enormemente sobre el curso de la enfermedad (cualquiera que esta sea): la flexibilidad y la rigidez. Flexibilidad puede definirse como la acomodación, o sea, el *fit* que hace viable la existencia de cualquier sistema viviente. Por lo tanto, la estructura de un sistema se califica de flexible cuando alcanza a integrar su tendencia a la estabilidad y su tendencia al cambio, de tal manera que continúa su evolución en el ciclo vital, a pesar, inclusive, de ciertos desequilibrios. La flexibilidad

posibilita la diferenciación en distintos niveles; permite la diversidad de interacciones y el intercambio de opiniones, de donde emergen soluciones nuevas y más útiles. En suma, Von Foerster (1984), comenta que la flexibilidad plantea la imperativa ética: actúa siempre de tal manera que se incrementan el número de opciones. Rigidez, en cambio, puede definirse como el estancamiento, la incapacidad para evolucionar a etapas superiores de desarrollo. Equivale a seguir prioritariamente la tendencia a la estabilidad, reteniendo, en consecuencia, patrones repetitivos de interacción a través de generaciones (Selvini-Palazzoli et al., 2004). De acuerdo a Sluzki (1983), equivale, igualmente a interacciones recursivas que se autoperpetúan, reforzando así características estructurales que mantienen y a su vez son mantenidas, por una visión del mundo particular.

En la práctica terapéutica con familias, se distingue la familia rígida, de la familia de riesgo. La familia rígida percibe las transiciones como catastróficas, cerrándose al aprendizaje y resolviendo los problemas siempre de la misma manera, aunque ésta ya no sea la adecuada. La familia de riesgo, en cambio, acepta las transiciones propias del ciclo evolutivo, y se estanca solamente ante una crisis, generando interacciones redundantes como una solución temporal (Andolfi, Angelo, Menghi & Nicolo-Corigliano, 1983). Lo esencial es poder distinguir la flexibilidad y la rigidez en una familia, ya que la familia flexible tiene mayores posibilidades de adaptarse a una situación de enfermedad, por catastrófica que ésta sea.

De acuerdo a Robles et al. (1987), partiendo de considerar a la familia como un sistema abierto donde las interacciones entre sus miembros, si bien tienden a mantener patrones estables, varían gradualmente para adaptarse tanto a los cambios en el entorno como a los cambios de los elementos que la componen. Estos cambian por su crecimiento natural y por influencia de otros sistemas en los que participan. Este sistema, la familia, está conformado por diferentes subsistemas: parental, conyugal y fraterno.

La aparición de una enfermedad crónica o terminal en uno de los miembros de la familia, constituye un cambio radical en el interior de ésta y también un cambio en su entorno. El cambio en el interior está dado fundamentalmente por el sufrimiento y la

posible limitación de las capacidades del enfermo, que requiere ser atendido, cuidado y medicado. El cambio en el entorno ocurre por la incorporación en él del equipo médico tratante y del sistema hospitalario, ambos con un papel preponderante.

Para adaptarse a esta nueva situación y hacer frente a la enfermedad, se producen cambios bruscos en las interacciones familiares; si se trata de una enfermedad crónica, estas interacciones se cronifican y muchas veces dificultan la rehabilitación posterior del paciente, sobre todo cuando la enfermedad cubre una “necesidad” del sistema familiar. Ahora bien, los cambios que se producen en el interior de la familia dependen, en gran medida, de las características propias de cada familia, de la etapa en que se encuentre, del momento de la vida del paciente, del lugar que ocupe en la familia, así como de los requerimientos de los distintos tipos de enfermedades y sus tratamientos.

Respecto al momento de la vida del paciente, tiene diferentes implicaciones para la familia, por ejemplo, que el enfermo sea un bebé recién nacido, con el que todavía no se han establecido los lazos afectivos que ya existen con un niño mayor, o que sea un adolescente con todas las expectativas y sueños respecto al futuro, que caracterizan esa etapa, y que la enfermedad dificulta o imposibilita. Tiene diferentes implicaciones también, si el enfermo es un hijo o uno de los padres, si se trata de un padre joven con niños pequeños, que se encuentra luchando por alcanzar metas económicas o para criar a los hijos, o una persona mayor, retirada, con hijos ya establecidos fuera de la casa.

Como sistemas vivos que son, tanto la persona como la familia tienen en su evolución momentos que se caracterizan por una mayor estabilidad, es decir, permanencia de patrones de interacción y momentos de mayor cambio, de ensayo de nuevos patrones de interacción, con la consecuente inestabilidad.

La aparición de una enfermedad crónica es más problemática en uno de esos momentos de cambio, en los que las dificultades derivadas de ésta pueden impedir que la familia o el individuo, encuentren y desarrollen los nuevos patrones de relación

que corresponden a la nueva etapa que están iniciando. Se tiende entonces a regresar a patrones que eran eficaces en periodos anteriores. De acuerdo a Penn (1983), esas interacciones “se congelan” y la familia se rigidiza, se detiene en esa etapa.

Rolland (1984), señala que de la misma manera que la llegada de un nuevo miembro requiere que la familia “se encierre”, se repliegue en sí misma durante un tiempo, para facilitar la socialización de ese niño, la aparición de una enfermedad crónica obliga a la familia a “encerrarse” también, para socializar la enfermedad, para aprender a convivir con ella.

Si pensamos en las distintas características de las enfermedades, así como en los diferentes requerimientos de sus tratamientos, es importante distinguir, primero, si la enfermedad aparece en forma progresiva, la familia dispone de cierto tiempo para reajustar su estructura, su distribución de papeles y para echar a andar sus mecanismos de solución de problemas frente a la realidad de un miembro con una enfermedad crónica, porque se encuentra en una situación de cambio gradual, que es hasta cierto punto predecible.

Por último, menciona Rolland (1984), que:

Las familias con un miembro con enfermedad crónica, que presenta etapas de “normalidad” y crisis periódicas o intermitentes, requieren de flexibilidad suficiente para cambiar de una estructura y organización de familia “normal”, a una estructura y organización de familia “en crisis” y viceversa (p. 249).

Por todo esto, pero además para lograr que la familia sirva de apoyo al enfermo para vivir en mejores condiciones posibles y acompañado dignamente, es importante trabajar sistemáticamente con este tipo de familias a partir del diagnóstico de la enfermedad.

Resulta difícil hablar del impacto de la enfermedad en las familias, sin considerar un aspecto fundamental como es la cultura familiar, vista como el conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los miembros de una familia y que sin lugar a dudas intervienen en la evolución y desenlace de la enfermedad.

La cultura familiar favorece o evita riesgos de enfermedad, y a la inversa existen repercusiones directas sobre el funcionamiento de la familia.

2.2 Los Vínculos en la Familia con un paciente con Trastorno de la Personalidad Limítrofe

La familia y el paciente son inseparables en cuanto a los aspectos biológicos, psicosociales y psicodinámicos. La familia es afectada por el paciente y viceversa. Autores como Glick, Dulit, Wachter y Clarkin (1995) consideran que es necesario un cambio en los modelos de análisis existentes acerca de esta relación, que tradicionalmente era considerada unidireccional (familia-niño).

La literatura sugiere que la psicopatología familiar existe y precede al nacimiento de un paciente identificado como vulnerable, que tiene una disfunción biológica subyacente. Esta combinación produce desmejoramiento de las relaciones entre los miembros de una familia cuya estructura está alterada.

Reforzando estas ideas Koldobsky (2005), menciona que siete de los criterios del DSM-IV-TR para el Trastorno Límite de la Personalidad tienen una importante implicación en lo interpersonal:

- El primer criterio trata de abandono, en el cual los miembros de la familia son indignos de confianza, amenazan o han abandonado, o de alguna manera aíslan al paciente de la familia.
- El segundo se relaciona con los problemas de relaciones interpersonales inestables: generalmente, el paciente no tiene un sentido de pertenencia o consistencia en sus relaciones con los demás, incluyendo los miembros familiares.
- El tercer criterio es el trastorno de identidad, donde el paciente experimenta un sentimiento de cambio de quién es, habiendo entonces una pérdida de la consistencia y confiabilidad en las relaciones.
- El cuarto criterio tiene que ver con la impulsividad, lo que da como resultado conductas que pueden causar desestabilización de la familia.

- El quinto criterio es la tendencia al suicidio. Este tipo de conducta surge no solo del dolor asociado con la enfermedad sino de intentos consientes e inconscientes para controlar la conducta familiar.
- El sexto se refiere a la inestabilidad afectiva, un problema relacionado con el primer criterio y que también toca la consistencia afectiva familiar.
- El séptimo se refiere a los problemas relacionados con la ira: el paciente es un potencial “barril de pólvora” esperando para explotar y la familia puede servir como mecha para esa conducta.
- El octavo, agregado, se refiere a los episodios micropsicóticos, en general relacionados con el estrés (p. 132).

En los padres de pacientes límite, los trastornos afectivos tienden a ser más prevalentes que la esquizofrenia, especialmente cuando el paciente tiene una historia de depresión mayor. Las familias tienen alta incidencia de alcoholismo, trastorno de ansiedad de la personalidad y de los otros trastornos de personalidad del cluster límite. Las disrupciones tempranas del medio ambiente del niño debidas a pérdida o separación, abuso físico o sexual, separación o divorcio de los padres, pueden relacionarse con el tipo o grado de psicopatología parental. La transmisión parental de las características límite puede ser un resultado de factores genéticos, biológicos no genéticos, y epigenéticos (aprendidos o inducidos por el medio).

Las familias impulsivas y caóticas pueden llevar o favorecer el abuso sexual y físico de los pacientes. También los padres de los pacientes límite se describen como faltos de cuidado, son menos interesados y aprueban menos; la relación del límite con sus padres es conflictiva y negativa, las madres son percibidas como sobreinclusivas, pero brindando menores cuidados y ayuda. La dinámica del trastorno límite de la personalidad parece involucrar un marcado desmejoramiento en la individuación de los padres. Este desmejoramiento en la individuación se puede observar con interacciones de una familia hostil, caótica, sobreinclusiva y rebelde. En suma, este tipo de familia es incapaz de proveer las herramientas y el contexto para ayudar al paciente a formar una identidad firme. La familia, por último,

reacciona intensamente a la conducta del paciente con regresión, porque no comprende o no puede aceptar (por sus propias necesidades) que el paciente identificado tiene capacidad para la individuación. Cuando los padres tienen un trastorno límite de la personalidad, el niño es usado como un centro de proyección, distorsión y disturbio de la realidad, lo que está determinado porque el padre juega sus conflictos internos a través del niño. Muchos pacientes con este trastorno no se casan, y si lo hacen, sus matrimonios tienen conflictos y problemas sexuales.

La alteración emocional de un miembro de la familia reaccúa sobre todos los miembros de la familia. La familia puede causar un gran trastorno en un paciente identificado por su vulnerabilidad, y un paciente muy enfermo puede ser una dura carga para su familia.

Cuando los padres de pacientes límite tienen una alta psicopatología, se da el efecto más profundo. Pues esto, no permite el contrabalance que se da cuando uno de los padres no presenta ninguna psicopatología. Cuando se suma abuso, aunque sin demostrarse causalidad, hay un incremento de la consideración de que el abuso y la psicopatología en los padres contribuirán al desarrollo del trastorno. Es decir, que la vulnerabilidad biológica unida a las fallas medioambientales, prototípicamente pero no exclusivamente (abuso y psicopatología de los padres), contribuirán al desarrollo del trastorno.

Aún sin tener psicopatología, las familias de pacientes límite que no proveen suficiente sostén a sus hijos; son familias irresponsables y que usan a sus hijos como chivos expiatorios y tienen bajo índice de cohesión. Como se mencionó anteriormente, a pesar de que el trastorno límite de la personalidad puede desarrollarse en familias normales, “cuanto uno más analiza la ‘normalidad’ en esas familias, es más difícil definir el concepto de normalidad en ellas” (Koldobsky, 2005 p. 141).

Para la interacción madre-hijo se han postulado dos teorías psicodinámicas: el sobreinvolucrarse de la madre y el manejo erróneo e inapropiado en cuanto a la

guía y el sostén maternal del chico. De acuerdo a Bernstein (1996), “ambos aspectos o modelos son patológicos cuando coexisten” (p.656).

Existen dos posibilidades para esta hipótesis: una segunda etapa de separación-individuación, la que permite asumir que las teorías de Mahler, Winnicott, Masterson, Adler y Buie pueden lógicamente ser extendidas hasta la adolescencia. Otra posibilidad sería la personalidad maternal, donde las actitudes de parentesco que resultan del sobreinvolucrarse de los padres con los chicos, la inconsistencia y la cercanía no pueden cambiar mucho de la niñez hasta la adolescencia. Parece que un factor de riesgo, menciona Koldobsky (2005), actuando solo no es suficiente; el sobreinvolucrarse de la madre actúa asociado a la presencia de inconsistencia maternal y viceversa. Los resultados de algunos estudios sugieren que no es suficiente tener una madre que usa a su hijo para alcanzar sus propias necesidades, manipulándolo a través de la culpa y las amenazas de privación de amor y afecto, a esto se une otro elemento, como un grupo de reglas y expectativas inestables, que reflejan una estructura desorganizada de la relación madre-hijo. En ambas etapas de la separación-individuación las madres tienen dificultades para un balance de los actos que permitan este logro, pues deberían de proveer la libertad para que el niño desarrolle su propia persona, a la vez que deberían darle también la seguridad de un medio coherente, firme y estructurado en el que el adolescente se apoye mientras se da el proceso de las oscilaciones entre dependencia e independencia. El sobreinvolucrarse de la madre puede perturbar cada intento de independencia y la inconsistencia maternal puede dañar cada intento temporario de retorno a la dependencia segura. Cuando la estructura es inestable e insegura la libertad de interferencia se pierde, la separación-individuación se perturba, resultando en un chico con el disturbo de la identidad y un pobre sentido del autovalor (determinado que esté siempre cautivo de los demás para el autoamor y la autodefinición), lo que es característico del trastorno límite de la personalidad.

Finalmente, Koldobsky (2005), menciona que la integración pobre del yo maternal tiene un importante efecto sobre el desarrollo del trastorno límite y resulta de la inconsistencia maternal, pero no depende sólo del sobreinvolucrarse. Esto implica

que no necesariamente el sobreinvolucrarse es un rasgo de la madre límite, sino que puede surgir de otras patologías del carácter. Las madres inconsistentes son también desorganizadas en el propio sentido de identidad, en el afecto y en las relaciones interpersonales. El efecto combinado de inconsistencia y el sobreinvolucramiento de la madre a favor de una integración pobre del ego maternal, actúa en el desarrollo del trastorno límite de la personalidad de una generación a otra.

De acuerdo a Lawson (2000), en la tabla 2 se pueden observar las variaciones del funcionamiento maternal de una madre ideal y de una madre límite o borderline.

Tabla 2.

Descripción de las variaciones del funcionamiento maternal (Lawson, 2000).

La madre ideal	La madre límite
Reconforta a su hijo.	Confunde a su hijo.
Se disculpa por conductas inapropiadas.	No se disculpa o recuerda conductas inapropiadas.
Cuidado de sí misma.	Espera que la cuiden.
Estimula la independencia del hijo.	Castiga o desalienta la independencia.
Está orgullosa de los logros de sus hijos.	Envidia, ignora o disminuye los logros de su hijo.
Construye la autoestima del hijo.	Destruye, denigra o mina la autoestima.
Responde a las necesidades cambiantes de sus hijos.	Espera que el niño responda a sus necesidades.
Calma y reconforta a su hijo.	Amenaza y molesta a su hijo.
Disciplina con consecuencias naturales y lógicas.	Disciplina inconsistente o punitiva.
Espera que su hijo sea amado por los demás.	Se siente enajenada, celosa o resentida si el hijo es querido por otra persona.
Nunca amenaza con el abandono.	Usa amenazas de abandono como castigo
Cree básicamente en la bondad del hijo.	No cree en la bondad básica del hijo
Confía en su hijo	Desconfía del hijo

2.3 El Papel del Cuidador Primario Informal de un Enfermo Mental

En el mundo conforme aumenta la esperanza de vida también aumentan considerablemente los costos de las enfermedades; no sólo físicas, sino también, de las enfermedades mentales. Es decir, el envejecimiento de la población, trae consigo más enfermedades incapacitantes y crónicas (a mayor tiempo de vida, mayor riesgo de enfermar). Así mismo, el aumento en la incidencia de trastornos psiquiátricos están también asociadas situaciones incapacitantes y de cronicidad.

La grave reducción de instituciones hospitalarias, determina en cuanto a salud, que la atención de los enfermos sea en su domicilio y el cuidado recaiga en gran porcentaje en sus familiares.

Collière (1993), define cuidar como un acto de vida que significa una variedad infinita de actividades dirigidas a mantener la vida, permitir la continuidad y la reproducción, tanto se trata de un acto personal como un acto de reciprocidad que supone ayudar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, necesita ayuda para asumir sus cuidados vitales. El hecho de cuidar ha estado presente en todas las culturas y grupos sociales. Agulló (2002), afirma que cuidar no es una actividad física sino también, y fundamentalmente, una actividad mental; cuidar significa, sobre todo, planificar y estar pendiente, prever las necesidades antes de que surjan. Cuidar y cuidado existen en el seno de la vida misma y sin ellos no sería posible su mantenimiento y desarrollo.

Así mismo, Collière (1993), menciona que el cuidado es entendido como el conjunto de todas aquellas actividades humanas, físicas, mentales y emocionales dirigidas a mantener la salud y el bienestar del individuo y la comunidad. Las tareas del cuidado se centran en tres acciones, la primera se refiere a las responsabilidades del cuidado mismo, la segunda a la participación en la toma de decisiones conjuntas a la persona cuidada y la tercera se refiere a poner en marcha la solidaridad con el que sufre. Así pues, estas tres acciones de la tarea del cuidado, se ven

traducidas en mantener una alimentación adecuada, hábitos de higiene personal, limpieza del hogar, la evitación de posibles peligros o accidentes, sin olvidar todas aquellas actividades tan fundamentales para el mantenimiento de una vida armónica y saludable como son el desarrollo emocional y afectivo, las relaciones sociales, la actividad laboral y el entretenimiento.

De acuerdo a De los Reyes (2001), el cuidador es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. Otra definición de cuidador se refiere a que es una persona remunerada, no remunerada, familiar, amigo, vecino o clérigo que atiende las necesidades físicas funcionales, psicológicas y/o sociales de otra persona que no puede realizarlas por ella misma. Algo que es importante mencionar, es que generalmente, el atributo más relevante y común es que el cuidador es una figura significativa para la persona que será cuidada.

Por otra parte, la contratación de cuidadores es una alternativa para las familias económicamente solventes, pero cuando ésta no existe, dicha función exige que los familiares cumplan con esta tarea.

En las primeras etapas como cuidador muy pocas personas están preparadas y/o capacitadas para dicha actividad y en muchos de los casos tampoco pueden dimensionar el grado de responsabilidad que irán adquiriendo y con la evolución del cuidado de su familiar enfermo.

De acuerdo a Campo (2000), Yanguas, Leturia y Leturia (2000), Herrera (1998), Úbeda, Roca y García (1997), De la Rica y Hernando (1994) y Jamieson e Illsley (1993), sí el proveedor de los cuidados son familiares, vecinos o amigos de la persona enferma o dependiente son descritos como cuidadores informales. Los cuales son personas que no pertenecen a ninguna institución de salud, ni social y que cuidan a personas no autónomas o dependientes que viven en su domicilio (Celma, 2001). Los cuidados informales se definen como todas aquellas acciones cotidianas del ámbito familiar o doméstico con el objetivo de mantener el

funcionamiento integral y autónomo (Domínguez-Alcón, 1998); Francisco del Rey, 1995). En el cual, de acuerdo a Tesch-Römer (2001) su objetivo es mantener un nivel óptimo de independencia y calidad de vida. Entre las personas que realizan los cuidados informales a la persona dependiente habitualmente se puede diferenciar alguna con mayor implicación y responsabilidad en los cuidados. Ésta es conocida como Cuidador Primario Informal (CPI), que se define como la persona que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a quién padece una enfermedad y también la que permite vivir en su entorno y de una manera confortable y segura a una persona que por razones de edad o incapacidad es totalmente dependiente (Úbeda et al., 1997). Es también, de acuerdo a Expósito (2008), quien pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. Incluso cuando la persona dependiente ingresa en una institución es el cuidador o cuidadora principal el que sigue manteniendo el rol más cercano a la persona, y actúa de interlocutor de éste con el sistema formal de cuidados.

Finalmente, de acuerdo a Islas se puede concluir que el CPI es la persona que:

Asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; generalmente es un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente (p. 52).

De acuerdo a Izquierdo (2004), el CPI es el primordial agente que da asistencia básica al paciente en su condición de enfermedad crónica. Es el apoyo continuo que lo asiste en lo cotidiano y quien asume las principales decisiones sobre su cuidado. Y brinda de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro de manera permanente y comprometida (Venegas, 2006).

Los CPI proporcionan el 85% del cuidado que se presta en el domicilio, variando sus tareas en grado de complejidad y cantidad. En el perfil de CPI tenemos que la mayoría son mujeres (83%), superan los 60 años de un 25% a un 35% (edad media de 58 años), en su mayoría son casados (75%), comparten el domicilio con la

persona cuidada en un 60 a un 80%, y la rotación familiar o sustitución del CPI por otros miembros de la familia es baja (20%). Los CPI de personas con deterioro cognitivo y funcional dedican a las responsabilidades del cuidado un tiempo medio de 11 horas (Losada, Montorio, Izal & Márquez, 2006).

Por otra parte, autores como Bover (2004) y Fukuyama (2001) mencionan que en la era del individuo y la posmodernidad asistimos al declive del parentesco como institución social; la familia como estructura sólida y base de la sociedad está perdiendo su estabilidad y su relevancia en las funciones que le eran inherentes, de socialización y protección de sus miembros. Este mismo sentimiento de aislamiento y autosuficiencia conlleva a una pérdida de la confianza del grupo social y sus instituciones como elemento cohesionador y protector. En el futuro, al previsible incremento de la demanda de cuidadores que provengan de la propia familia, se opondrá la menor disponibilidad de tales cuidadores y, por tanto, se originará un déficit considerable entre oferta y demanda de asistencia informal. Las consecuencias familiares, sociales y económicas derivadas de esta situación serán significativas.

Habitualmente el cuidado de otros es considerado como una actividad enriquecedora y positiva, tanto por lo que supone de muestra de relación filial o parentesco, reforzadora de vínculos, así como una expresión de solidaridad con un elevado *feedback* emocional. Sin embargo, el rol de CPI sufre en la actualidad una fuerte presión derivada, por una parte, de una mayor demanda de cuidados y un número mayor de colectivos más dependientes (es el caso de ancianos y discapacitados) y, por otra parte, de una menor disponibilidad de cuidadores debido al debilitamiento de la red familiar y social, con una mayor carga sobre los pocos cuidadores disponibles que, habitualmente, no tienen posibilidad de elección y poco reconocimiento social (Fukuyama, 2001).

Muchos CPIs tienen la sensación de sentirse física y emocionalmente atrapados y en algunos casos, incluso, es común que aparezcan sentimientos de culpabilidad si piensan en ellos mismos. Estas percepciones, a la larga, pueden provocar la renuncia, o lo que es lo mismo, la incapacidad para seguir atendiendo a las

demandas y necesidades del familiar enfermo. Al conjunto de consecuencias penosas que el cuidado de una persona enferma tiene para el CPI ha sido conceptualizado como síndrome del cuidador, carga del cuidador, carga, sobrecarga o *burden*, término anglosajón aparecido en los años setentas. Existen diferentes categorías diagnosticadas tipificadas que mencionan que esta situación es un problema de salud. De acuerdo a Grad y Sainsbury en 1963 distinguieron entre carga objetiva (cambios comportamentales y de autonomía del paciente, con los problemas prácticos que conllevan) y carga subjetiva, o reacción emocional del cuidador. Así mismo, Gómez y González (2004), Gómez, Ruíz de Alegría, Martín, San Jorge y Letona (1999), definen la sobrecarga como el conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores. Montorio, Fernández de Troconiz, López y Sánchez (1998) la describen como un estado subjetivo asociado al grado de incomodidad o molestia originado por la prestación de cuidados. Finalmente, también se aplica el término *Burnout* entendido como un complejo síndrome afectivo y motivacional que aparece en aquellos que desempeñan tareas de ayuda a los demás, caracterizado por la presencia de agotamiento emocional, despersonalización en el trato y una reducida realización personal con la tarea que se realiza (Peinado & Garcés de los Fayós, 1998).

En múltiples estudios, como los de Gómez et al. (2004), Wallsten (2000), Yanguas et al. (2000), Roca et al. (2000), Campo (2000) y Mateu, Panisello, Lasaga, y Sardá (2000) han valorado el impacto que esta exigencia de realizar los cuidados requeridos supone el CPI. Así pues, en estos trabajos se han detectado claros efectos sobre la salud tanto física como psíquica del cuidador como son agotamiento físico y mental, problemas osteomusculares, cardiovasculares e inmunológicos, hipertensión, estados depresivos debido al sentimiento de soledad, ansiedad, insomnio, irritabilidad, nerviosismo y baja autoestima. Siempre unidos a sentimientos de impotencia y resignación.

De manera general, de acuerdo a Díez et al. (1995), los cuidadores utilizan menos los servicios de salud en comparación con el resto de la población y consumen muchos más fármacos (Ashi, Girona & Ortuño, 1995; Hébert et al., 1999).

Otros efectos derivados de la sobrecarga son los efectos que se producen en el seno de la familia. Primero parece que refuerza los lazos existentes y estimula la solidaridad, pero a veces ocurre todo lo contrario.

Las personas cuidadoras en comparación con las no cuidadoras presentan más fácilmente interferencias con su actividad laboral y las responsabilidades familiares y tienen una mayor tendencia a perder su trabajo. La falta de redes sociales y de apoyo formal precipita el abandono del trabajo remunerado. El acto de cuidar tiene un impacto directo sobre el ocio y las relaciones sociales de los cuidadores, con una clara disminución en tales actividades, lo que favorece el aislamiento social.

De acuerdo al Manual para Cuidadores de Personas Dependientes (2005), define la afectación del cuidador en cuatro esferas, físicas, donde aparece el agotamiento por la excesiva cantidad de tareas, sensación de fatiga y cansancio motivada por la falta de sueño debido a los trastornos de conducta y otras alteraciones, el esfuerzo físico en la movilización y la descompensación de enfermedades crónicas por abandono de tratamiento médicos y cuidados propios. En la esfera psicológica se señalan los sentimientos negativos, así como la ansiedad y la depresión. La afectación social está dada por la reducción en la participación en actividades sociales, laborales, culturales y recreativas por disponer de poco tiempo para éstas. Se afecta la dinámica familiar por recibir escaso apoyo de otros miembros y por la desigualdad de criterios en el cuidado y manejo del enfermo. Finalmente, la afectación económica se ve reflejada en el aumento de gastos destinados para el aseo, alimentación y la compra de medicamentos del paciente. La reducción de ingresos en muchas ocasiones se debe a que el cuidador se ve obligado a abandonar su trabajo para dedicarse al cuidado del enfermo (Espín et al., 2005).

Por otra parte, entre las situaciones que favorecen una mala atención y abandono del enfermo se encuentran la falta de disposición de los recursos adecuados para dar los cuidados necesarios, una preocupación excesiva por la enfermedad, sentimientos contradictorios por el hecho de abandonar otros roles (como esposa, madre, trabajo o profesional) y la aparición de conflictos familiares o alteración de la relación cuidador-paciente por estrés o ansiedad, entre otros.

Para concluir este capítulo, es importante mencionar que no existe información suficiente que vincule al CPI con pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. Motivo por el cual, para la realización del mismo se retomaron investigaciones de cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades como el cáncer, esquizofrenia, Alzheimer, demencias y otras. Esta situación, sin duda, nos obliga a continuar construyendo el camino de este trastorno de la personalidad.

PSICOEDUCACIÓN EN LA FAMILIA CON UN ENFERMO MENTAL

3.1 Psicoeducación

Entre los antecedentes de los programas psicoeducativos modernos se pueden encontrar las Clínicas de Litio, que ganaron gran popularidad en Europa y en los Estados Unidos a mediados de los años setenta. Estos equipos estaban típicamente formados por psiquiatras y personal de apoyo (enfermería y, más raramente, psicólogos), y tenían como objetivo familiarizar a los pacientes con Trastorno Bipolar con su misma enfermedad y su tratamiento, a la vez que se monitoreaban los niveles séricos de litio. Se puede decir que esta intervención fue pionera en los modelos de “Psicoeducación Informativa”, que posteriormente tendrán gran arraigo en Centroeuropa, fundamentalmente en Holanda. Desafortunadamente, no se publicaron estudios que demostraran la eficacia de este modelo.

Así mismo, para este caso, la psicoeducación, nace a partir de una necesidad clínica: dotar al paciente de herramientas que le permitan ser más proactivo en la comprensión y tratamiento de su trastorno bipolar, con la finalidad de reducir el número y duración de recaídas, y evitar ingresos (Colom & Lam, 2005; Scott & Colom, 2005).

A principios de los años noventa aparecieron distintos modelos psicoeducativos para pacientes bipolares en todo el mundo y sorprendentemente al comparar estos modelos que habían sido desarrollados de manera independiente, se pudieron observar algunos temas prioritarios como lo son: conciencia de enfermedad, adherencia terapéutica, manejo de desencadenantes, detección precoz de pródromos y regularidad de hábitos (Vieta & Colom, 2004).

Hoy en día la psicoeducación forma parte de las rutinas habituales del tratamiento del Trastorno Bipolar, como queda reflejado en su inclusión prioritaria en distintas guías clínicas, que la consideran unánimemente como elemento esencial.

Colom (2011), dice que parte de la implementación exitosa de la psicoeducación en la clínica reside, precisamente, en que es un modelo nacido en un hospital, que, debido a sus buenos resultados ha alcanzado cierto reconocimiento académico.

Abundando en los antecedentes de la psicoeducación Bertrando y Toffanetti (2004), han indicado que en primera instancia se hizo de ella un uso psicológico, y psiquiátrico, en segunda. En psiquiatría, la psicoeducación se llevó a cabo, inicialmente también, como una forma de trabajo con pacientes esquizofrénicos. Y aun cuando existen diversas líneas en psicoeducación, hay algunos elementos en común:

- Se considera a la familia en sí misma, normal. Esto pone fin a la discusión acerca de las familias patógenas, anormales o al diagnóstico familiar.
- Se hace hincapié en la necesidad de informar a las familias acerca de la etiología, el curso, los síntomas y el tratamiento de la enfermedad.
- Se explicita, se estandariza y se le da linealidad a la metodología de intervención. Se enseña cómo resolver problemas asociados con la patología de uno de sus miembros. Dichas técnicas se desarrollan en períodos cortos.
- Se demuestra la eficacia de la psicoeducación con criterios de investigación empírica.

Los primeros programas psicoeducativos se centraban en la información mientras que los actuales hacen énfasis en un enfoque más terapéutico, que incluye trabajar con el significado de la enfermedad, identificar los desencadenantes individuales y los pródromos, manejar los síntomas y superar los problemas de adherencia a los fármacos.

Modelo Psicoeducativo Centrado en la Información

- ✓ Suelen ser breves o muy breves (alrededor de cinco o seis sesiones).

- ✓ Su prioridad es la transmisión de información acerca de la enfermedad por encima de otros elementos (como el modelado, el cambio de actitudes, la reestructuración de modelos de enfermedad, etc.).
- ✓ Su eficacia es limitada.
- ✓ Su eficacia la miden con el conocimiento que el paciente o la familia adquiere acerca de la enfermedad.

Modelo Psicoeducativo Centrado en la Conducta

- ✓ Se caracteriza por programas largos, debido a que el cambio al que se aspira también es mayor.
- ✓ Se priorizan aspectos como el trabajo práctico en la detección e intervención precoces ante un nuevo episodio.
- ✓ Manejo de síntomas.
- ✓ Regularidad de hábitos.
- ✓ Reestructuración de prejuicios acerca de la enfermedad.
- ✓ Identificación de desencadenantes.
- ✓ Sus medidas de eficacia suelen ser variables “duras”: número de episodios, duración, número de hospitalizaciones, lo que permite que el clínico se sienta más seguro de su implementación.

Sí se hace una revisión bibliográfica se encontrará que los Principales Modelos de Intervención más utilizados y que reúnen las mayores evidencias de eficacia son los Modelos de Anderson, Leff, Fallon y Tarrrier, los cuales se describen a continuación.

Modelo de Anderson (1988).

El rasgo que lo caracteriza es la psicoeducación. Encuentra su justificación en la Teoría de la Vulnerabilidad (Zubin & Spring, 1977), y en las investigaciones sobre emoción expresada y comunicación desviada.

Sus principales objetivos son:

1. Desarrollar en la familia expectativas realistas.
2. Reducir la vulnerabilidad de la persona afectada ante estímulos amenazantes.
3. Evitar riesgos de recaídas.
4. Mejorar la comunicación familiar.
5. Evitar el aislamiento social de la familia.

La intervención se organiza en cinco fases altamente estructuradas. Los contenidos de esas fases buscan conseguir los objetivos antes mencionados favoreciendo la adherencia al tratamiento, potenciando aspectos protectores del entorno, evitando situaciones estresantes y procurando un clima familiar emocionalmente equilibrado.

Fase 1. Conexión con la familia.

Se trata de un formato de intervención unifamiliar, en el que puede estar presente la persona afectada. Se busca establecer una alianza terapéutica con el paciente y la familia. Se trabaja conjuntamente con la familia la reducción del sentimiento de culpa y el control de estrés familiar. A continuación, se revisa la experiencia de la familia ante la enfermedad, se evalúan las estrategias de afrontamiento de los familiares ante situaciones problemáticas, se refuerzan las estrategias eficaces y se repasa cómo en el pasado han intentado solventar las situaciones estresantes y cómo lo hacen en el presente. Finalmente, se recogen los intereses de la familia y se elabora un contrato terapéutico con pasos realistas descritos con sencillez y claridad.

Fase 2. Taller psicoeducativo o seminario de habilidades de supervivencia.

Formato de intervención multifamiliar sin presencia de la persona afectada. Se trabaja psicoeducación a través de cuatro contenidos:

- a. Información sobre la enfermedad.
- b. Información sobre la medicación.
- c. Manejo eficaz de situaciones difíciles.

- d. Reconocer la importancia de preocuparse por, y cuidar de, uno mismo y hacerlo.

Se presupone que la asimilación de tales contenidos dará a las familias sensación de control sobre una situación que viven y han vivido como incontrolable.

Fase 3. Reintegración en la comunidad.

Formato de intervención unifamiliar sin presencia de la persona afectada. Las sesiones se dedican a ver el modo de llevar individualmente a la práctica, los contenidos tratados colectivamente en la fase anterior. La estructura de cada sesión podría resumirse en:

- a. Apertura de la sesión creando un ambiente cómodo y distendido
- b. Revisión de tareas asignadas en la sesión anterior
- c. Comentar circunstancias o sucesos que en ese momento preocupen
- d. Asignar tareas que se revisen en la siguiente sesión

El tratamiento farmacológico, la detección de pródromos, pautas para una convivencia adaptada, reforzar la responsabilidad del paciente y establecer límites interpersonales e intergeneracionales componen los contenidos a trabajar. Las sesiones pueden ser: a) rutinarias, sesión con la familia y el paciente; b) telefónicas; o c) excepcionales, en momentos de descompensación.

Fase 4. Rehabilitación social y profesional.

Es una continuación de la fase anterior. Las sesiones han de estar muy estructuradas y los contenidos claramente operativizados. Se organizan tres tipos de actividades coordinadas e implementadas en forma progresiva:

- Actividades sociales y de ocio dirigidas a reintegrar en la comunidad al familiar afectado.
- Actividades prelaborales, formativo-laborales y laborales dirigidas a conseguir que el familiar afectado trabaje.

- Actividades que permitan recuperar, a cada uno de sus familiares, una vida social no mediatizada de continuo por la problemática.

Modelo de Leff (1985).

Se caracteriza por ofrecer un paquete de intervenciones sociofamiliares dirigido a cambiar el clima familiar de alta emoción expresada (EE). Encuentra su justificación en las investigaciones que demuestran que las personas con esquizofrenia al volver, tras una hospitalización, a un medio familiar de alta EE tienen más riesgos de recaer. La EE es un constructo basado en tres factores: el hipercriticismo, la hostilidad y la sobreimplicación emocional.

Los principales objetivos de este modelo son:

- 1) Reducir la EE y el contacto con el paciente
- 2) Aumentar las redes sociales de la familia
- 3) Reducir las expectativas no realistas
- 4) Mejorar la comunicación

La intervención se organiza en tres fases:

Fase 1. Programa educativo.

Dura entre dos o cuatro sesiones. Estas sesiones son claramente insuficientes para conseguir los objetivos. Por eso los contenidos se seguirán trabajando transversalmente a lo largo de la intervención. Se basa en un formato unifamiliar, cuyo contexto de intervención es el domicilio. La familia ha de hacer lecturas referidas a la etiología, síntomas, desarrollo, tratamiento y manejo de la esquizofrenia. A continuación, el profesional abre un debate sobre lo leído. Esta fase tiene como objetivos específicos aumentar conocimientos acerca de la enfermedad y cambiar las actitudes hacia el paciente.

Fase 2. Grupos interfamiliares.

Dura aproximadamente nueve sesiones. Se basa en un formato de intervención multifamiliar sin el paciente, si bien el grupo no puede exceder los siete miembros. Las sesiones tienen una duración de hora y media, y se espacian cada 15 días durante nueve meses. El grupo de participantes debe estar integrado por familias de alta y baja EE, con el fin de que las familias de baja EE sirvan como modelo para el cambio de los estilos de afrontamiento. El terapeuta ha de ir moldeando y modelando a las familias para que aprendan correctamente la técnica, a la vez que el grupo servirá de apoyo emocional para cada uno de sus miembros. La elección de un formato grupal busca tanto la eficacia, como aumentar las relaciones sociales de las familias para romper su aislamiento. Por lo tanto, los objetivos específicos de esta fase son cambiar las actitudes negativas hacia el paciente, reducir el contacto cara a cara y aprender estrategias para manejar el estrés.

Fase 3. Sesiones unifamiliares.

Esta fase es de duración variable, y está diseñada bajo un formato de intervención unifamiliar con el paciente. Cada sesión dura una hora. Se llevan a término en paralelo las sesiones grupales. Se abordan, de forma pragmática, problemas que no pueden ser tratados en grupo. Por ejemplo, la naturaleza de la EE, la existencia de sentimientos de culpabilidad, resentimiento, etc. Al comenzar cada sesión se fijan los objetivos a conseguir y al finalizar se promueve un debate. Con estas sesiones se pretende: tratar problemas concretos de la familia; disminuir la EE; y mejorar el contacto social.

Modelo de Falloon (1984).

Se trata de una terapia conductual. Encuentra su justificación en el modelo estrés-vulnerabilidad-afrontamiento-competencia. Este modelo defiende que las habilidades de afrontamiento hacen competente a la persona para acometer los

retos de la vida cotidiana. Basándose en las teorías del aprendizaje social y aplicando técnicas conductuales, este modelo se estructura de forma directiva en torno a un proceso que incluye: evaluación de capacidades y déficit de cada miembro de la familia y del grupo familiar, definición de objetivos de trabajo, psicoeducación, práctica repetida del comportamiento a emitir, modelado, ensayo conductual, reforzamiento y asignación de tareas entre sesiones. La duración del tratamiento es variable. Las sesiones se realizan una o dos veces a la semana durante los primeros tres meses, y posteriormente las sesiones pasan a ser quincenales durante otros tres meses. Al final las sesiones serán mensuales durante un periodo de tiempo no inferior a un año.

Sus principales objetivos son:

- 1) Ayudar al paciente y a su familia a comprender la enfermedad
- 2) Cambiar las actitudes ante la enfermedad
- 3) Conseguir un clima familiar poco estresante
- 4) Dotar a los miembros de la familia de habilidades para la resolución de situaciones problemáticas.

La intervención se organiza en cinco fases:

Fase 1. Evaluación conductual de la unidad familiar.

Se mantiene durante todo el tratamiento. Se utilizan entrevistas estructuradas, observaciones, cuestionarios y auto registros con la finalidad de analizar funcionalmente el modo en que la familia se comunica y resuelve sus problemas, y también, las posibilidades, necesidades y déficit que presenta cada familiar. La intervención se organizará a partir de los resultados obtenidos en la evaluación.

Fase 2. Educación sobre la enfermedad.

Está basado en un formato de intervención unifamiliar con la familia y el paciente, siendo el contexto de intervención el domicilio. La duración de las sesiones es de aproximadamente una hora. En esta fase se informa de manera concreta y práctica

sobre la enfermedad (qué es, cuáles son sus causas, cómo evoluciona) y el tratamiento, combinando la exposición de contenidos, el debate y la aportación de experiencias personales. El estilo del terapeuta ha de ser abierto y alejado de la crítica y la culpabilización.

Fase 3. Entrenamiento en comunicación.

Basada en un formato de intervención unifamiliar con la familia y el paciente, en esta fase se entrena a la familia en habilidades de comunicación (comunicación no verbal, iniciar conversación, discutir constructivamente, clarificar mensajes, expresar sentimientos, hacer peticiones, realizar preguntas claras y escuchar activamente), con la finalidad de reducir la tensión en el medio familiar y ayudar a una mejor adaptación social de la familia como consecuencia de la mejora de la calidad de vida.

Fase 4 Entrenamiento en la solución de problemas.

A través de un formato de intervención unifamiliar con la familia y el paciente, se enseña a los participantes la técnica estándar de resolución de problemas: identificación del problema, listado de soluciones, ventajas y desventajas de cada una, elección de la que más ventajas tenga o de una combinación de varias soluciones, planificación de su aplicación y evaluación de los resultados.

Fase 5. Estrategias conductuales específicas.

Diseñada con un formato de intervención unifamiliar con la familia y el paciente, y dirigida a tratar aquellas problemáticas que no pueden ser abordadas eficazmente con la técnica de resolución de problemas. En esta fase, se enseña a las familias otras estrategias conductuales que sí pueden ser útiles, como por ejemplo: manejo de operantes, fijación de límites, habilidades sociales, contrato de contingencias, terapia sexual y de pareja, relajación, tiempo fuera, modelado, etc.

Así mismo, la psicoeducación desarrollada por Falloon, se le denomina Terapia Familiar Conductual. Y de acuerdo a éste mismo autor, las familias tienen los

siguientes problemas cuando tienen que enfrentar una enfermedad mental como lo es la esquizofrenia:

- 1) Falta de comprensión sobre la compleja naturaleza de la esquizofrenia y sus limitaciones sociales.
- 2) Falta de habilidades para arreglárselas en forma efectiva con los síntomas agudos y crónicos de la esquizofrenia.
- 3) Dificultad para expresar sentimientos negativos y positivos, por parte del paciente.
- 4) Dificultad para reducir tensión en la familia mediante un método efectivo para resolver problemas.
- 5) Tendencia a sentirse estigmatizados y a limitar los contactos sociales fuera del círculo familiar.

Programa Psicoeducativo de Falloon

1. El trabajo de la familia se integra a un equipo multidisciplinario.
2. Compromiso de escuchar a la familia y hacer visitas a domicilio cuando sean requeridas.
3. El paciente está involucrado en las sesiones de capacitación.
4. Existe una evaluación permanente para ayudar a mantener el foco central.
5. Evaluación de las fortalezas de la familia, problemas y metas individuales.
6. Brindar atención a las necesidades clínicas y sociales del paciente y su familia.
7. Manejo óptimo de la medicación del paciente.
8. Programa intensivo de educación para el paciente y su familia seguido de educación.
9. Promover una comunicación clara y escuchar activamente.
10. Capacitar a las familias en las técnicas de solución de problemas.
11. Ayudar en la regulación de las interacciones afectivas
12. Manejar los sentimientos de pérdida que se asocian a la discapacidad del paciente.

13. Reconocer que las persona con enfermedad mental seria pueden ser altamente sensibles al estrés.

14. Aprender a manejar el estrés, no a eliminarlo.

No habla de la enfermedad, habla de los problemas de la familia.

Modelo de Tarrrier (1988).

Se trata de una intervención cognitivo-conductual, adaptada al trabajo con la unidad familiar. En este modelo de Tarrrier, la intervención se orienta a dar respuesta a los problemas y necesidades de la familia y de cada uno de sus miembros y a reducir la EE. La intervención se planifica buscando dotar a los familiares, considerados agentes de rehabilitación, de habilidades de relación con el paciente. Se da mucha importancia a la reducción del estrés familiar y a la forma en que reaccionan los familiares.

La intervención consta de los siguientes componentes:

- Programa educativo

Se basa fundamentalmente en dar información. El programa consta de dos sesiones. En la primera sólo participa la familia y en ella se trabajan las creencias e interpretaciones falsas sobre la enfermedad, y se proporciona un folleto con información básica sobre la enfermedad. En la segunda sesión, puede participar el paciente, y en ella se debaten los contenidos del folleto informativo.

- Manejo del estrés y respuestas de afrontamiento

Se parte del reconocimiento de estrés que puede provocar en la familia el comportamiento del paciente. Ante esta situación caben dos opciones: a) reducir o extinguir las conductas estresantes del paciente; b) ayudar a la familia a manejar

adaptativamente emociones, pensamientos y otras respuestas negativas que puedan discriminar las conductas del paciente.

- Programa de establecimiento de metas

Consiste en, de un modo estructurado y operativo, enseñar a las familias a enfrentar los problemas de manera más constructiva, sustituyendo las conductas habituales por conductas más positivas.

Hay un conjunto de elementos transversales que potencian el impacto de las intervenciones, favorecen su aplicabilidad y facilitan el logro de objetivos. Los cuales son:

- La importancia de aproximarse a la familia con una actitud positiva, lo cual implica saber empatizar, no culpabilizar y reconocer la sobrecarga que la familia soporta.
- Establecer una alianza sólida con la familia.
- Proporcionar estructura y estabilidad a la relación terapéutica, es decir, citar regularmente a la familia y estructurar todo el proceso asistencial de modo que la familia vaya percibiendo que las sesiones ayudan a superar la sensación de descontrol e impredecibilidad que genera la patología del paciente.
- Como norma, centrar la intervención en problemas concretos.
- Ser capaz de ver a la familia como un todo.
- Promover la separación e independencia del hijo afectado siempre que sea posible.
- Proporcionar un modelo desde el que puedan dar sentido a sus conductas y sentimientos, y a los del paciente.
- Comprometer a la familia en el proceso de tratamiento.

Builes y Bedoya (2006), mencionan que actualmente la psicoeducación no se limita solamente a familias con personas con diagnóstico de esquizofrenia, sino a todo tipo de enfermedad mental.

La psicoeducación resulta ser un coadyuvante en el tratamiento de los trastornos mentales (McFarlane, Dixon, Luckens & Lucksted, 2003; Pekkala & Merinder, 2002). Estudios como los de Keefler y Koritar (1994) y Pitschel-Walz et al. (2006), han demostrado su eficacia en el tratamiento de la enfermedad mental, en cuanto a la disminución de recaídas en pacientes esquizofrénicos. Además, resaltan que se basa en la enseñanza que recibe la familia para comprender mejor la enfermedad y responder apropiadamente a sus manifestaciones.

Como muchas otras herramientas, la psicoeducación promueve una mayor adherencia al tratamiento farmacológico, disminuye la frecuencia de recaídas al mejorar el desempeño social y una reducción de emociones expresadas en los familiares (Penn & Mueser, 1996; Perry, Tarrier, Morris, McCarthy & Limb, 1999). Algunos defensores de ésta como Bertrando et al. (2004), sostienen que para ponerla en práctica es suficiente asistir a algunos cursos, con poca inversión temporal y económica. Sin embargo, existen también algunos otros autores como De Groot, Lloyd y King (2003), que consideran que las sesiones educativas son un componente necesario, pero no suficiente para provocar modificaciones en el clima emocional de la familia o para prevenir recaídas. E incluso mencionan, que la familia consigue mayor conocimiento de la enfermedad, pero esto no frena las recaídas.

Colom (2010) y Vieta et al. (2009), mencionan que sí estos modelos son importantes en cualquier especialidad médica, en psiquiatría deberían ser simplemente imprescindibles.

La psicoeducación eficaz va mucho más allá de la información y aspira a modificar actitudes o conductas del paciente que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad, mediante cambios en su estilo de vida, en sus cogniciones acerca de la enfermedad, en la adhesión al tratamiento, en el manejo de los desencadenantes o en la detección precoz de recaídas (Scott & Colom, 2008).

3.2 Psicoeducación y Enfermedad Mental

Cuando las personas descubren que uno de sus familiares ha desarrollado una enfermedad mental grave suelen quedar “choqueados”. No están preparados para este descalabro en sus vidas. Están perplejos y asustados por las conductas extrañas, preocupados sobre qué sucederá, afectados por esta desorganización en el transcurso de lo que parecía ser un desarrollo normal, y sin saber qué hacer. Esta experiencia es prácticamente igual para las familias de todo el mundo que vive esta situación. Ahora deben enfrentarse a la carga de la enfermedad mental, y ésta es grande.

Casi siempre la persona enferma es llevada al médico y es hospitalizada. Se le realizan exámenes, a veces los familiares son entrevistados, se prescriben medicamentos y tratamientos. Después de algunos días, a veces después de mucho tiempo, el paciente es dado de alta y regresa a casa. Lo más habitual es que a la familia no se le haya dicho nada. No ha recibido información acerca de la enfermedad mental de su familiar, ni de los medicamentos, ni sobre cómo arreglárselas con sus comportamientos extraños, ni cómo funcionar con una persona que insiste que no está enferma y finalmente, puede que después se les digan que es culpa de la misma familia. En suma, el personal profesional ha ignorado a la familia hasta el alta y entonces se supone que la familia sabrá qué hacer.

De acuerdo a Colom (2011), la relación entre médico y paciente en cualquier ámbito, pero especialmente en las enfermedades mentales, deberían evolucionar hacia un plano más horizontal, en el sentido de jerarquía e interactividad. En donde la autoridad sea sustituida por la confianza. La colaboración por el paternalismo y el consentimiento informado por la obediencia acrítica. Finalmente, la proactividad y la educación del paciente se conviertan en elementos imprescindibles del proceso médico. Así mismo, autores como Bird, Noronha y Sinnott (2010); Durna y Ozcan (2003); Linden (2000); Nielsen et al. (2010); Olmsted, Daneman, Rydal, Lawson, y Rodin (2002); Pladevall et al. (2010); Wolever et al. (2010) y otros; reúnen evidencia

suficiente de que el pronóstico en determinadas enfermedades como: cardiopatías, obstrucción pulmonar crónica, diabetes, osteoporosis y asma puede mejorar al incluir en su rutina aspectos relativos a hábitos saludables e higiene comportamental, y, en todo caso, cambios conductuales que pueden mejorar el curso de la condición tratada, el manejo de síntomas y aspectos de adherencia terapéutica.

De acuerdo al Modelo de Vulnerabilidad de Zubin y Spring de 1977; los factores biológicos, psicológicos y sociales, se entrecruzan e interactúan dando lugar a dinámicas mórbidas complejas multifactoriales. Siendo esto así, es de suponer que la organización de la atención deviene como un complicado proceso en el que han de combinarse con coherencia y coordinación respuestas farmacológicas, clínicas, rehabilitadoras y sociales. Dentro de este mapa terapéutico, destaca la atención e intervención con las familias de las personas afectadas.

Desde los estudios de Vaughn y Leff en el año de 1981 se ha hipotetizado que lograr que los familiares conozcan la enfermedad y entiendan su alcance y repercusión en la vida cotidiana, unido al aprendizaje en la resolución de problemas y a cambios en su manera de comunicarse, pueden contribuir decididamente a reducir el riesgo de recaídas del familiar afectado y favorecer su recuperación.

Pero no sólo son este tipo de razones directamente ligadas al modelo de vulnerabilidad lo que justifica la intervención con familias. Existe una realidad que por sí sola ya aconsejara tal intervención. Desde la reforma psiquiátrica, las familias se han convertido en el soporte comunitario esencial de las personas afectadas por una problemática psiquiátrica grave y los familiares en sus principales cuidadores. No en vano, la mayor parte de estas personas viven con su familia. Un ejemplo de esto es la comunidad de Madrid; en donde aproximadamente el 86% de estas personas viven con su familia y de éstos, el 70% vive con sus padres (Ruíz, Núñez, Jódar & Peón, 2008).

No sería fácilmente justificable dejar que las familias vivan en soledad el efecto de estas enfermedades y convivan aisladamente con quien las padece. En

consecuencia, parece lógico ofrecerles al menos: información sobre la enfermedad; apoyos en situaciones de crisis o de dificultad especial; competencias para la mejor convivencia con el familiar afectado; y aprendizaje de habilidades de resolución de problemas y afrontamiento de conflictos, que la continua convivencia con la enfermedad puede generar.

Por lo comentado y por la eficacia demostrada en evidencias experimentales, se han consolidado en los últimos treinta años diferentes modelos de intervención con familias. Modelos de intervención que principalmente se han centrado en dar información sobre la enfermedad, en modificar ciertas respuestas emocionales, en reducir el contacto paciente-familia, en mejorar la comunicación, en dotar a las familias de estrategias válidas de afrontamiento y resolución de problemas y en ofrecer apoyo.

Revisando la evidencia en cuanto a la efectividad de las maneras de ayudar a las familias, se observa que se han utilizado varios tipos de información. Estos incluyen reportes de familiares acerca de lo que han encontrado útil o no útil. Se han estudiado informes de los profesionales de la salud mental que han descrito sus programas y que han ofrecido su opinión acerca de la efectividad de dichos programas, y entre los más importantes se encuentran los ensayos en que los participantes de las investigaciones han sido distribuidos en forma aleatoria al programa en cuestión o a un grupo control. Estos ensayos aleatorios y controlados proveen la evidencia más convincente acerca de si una intervención es efectiva o no y de qué manera.

En todo el mundo, las familias son el principal cuidador de las personas con enfermedad mental seria. Pueden estar con la persona enferma las 24 horas del día, y no sólo las 8 horas que lo hace el médico en el hospital. Claramente, para poder sobrellevar la esquizofrenia y otras enfermedades mentales persistentes y graves las familias requieren información, pero para aliviar la carga también debe haber una reducción de los síntomas del paciente. La investigación ha demostrado que la carga es máxima cuando los síntomas del paciente son más severos y que la carga disminuye cuando los síntomas disminuyen (Johnson, 1994).

Así mismo, menciona Dale (1994), que “hasta los años 1980 esta información rara vez estaba disponible. Sin embargo, ahora la situación es diferente y se han diseñado varias maneras de ayudar a las familias” (p.1).

3.3 Psicoeducación para familias con pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite

De acuerdo a Martínez (2010), “las familias que tienen un paciente con Trastorno de la Personalidad Limítrofe (TPL) viven en constante estrés y ansiedad por la naturaleza de los síntomas, reflejándose esta condición en actitudes de incompreensión y rechazo que generan un ambiente familiar insatisfactorio...” (p.18).

Así mismo, entre las principales emociones identificadas con los familiares o Cuidadores Primarios Informales (CPI) de pacientes con este diagnóstico están: la tristeza, derrota, desesperanza, enojo y miedo (Martínez, 2010).

Particularmente a los (CPI) de los pacientes con diagnóstico de (TLP), definido como:

A lo largo de su vida adulta, las personas con TP limítrofe (TPL) parecen inestables. A menudo se encuentran en un punto crítico en cuanto al estado de ánimo, el comportamiento y las relaciones interpersonales. Muchos se sienten vacíos y aburridos; se apegan con intensidad a otros y luego desarrollan ira u hostilidad marcadas cuando piensan que son ignorados o maltratados por aquéllos de quienes dependen. Pueden tratar de manera impulsiva de lesionarse o mutilarse; estas acciones son expresiones de ira, gritos de ayuda o intentos de dejar de percibir su dolor emocional. Si bien los pacientes con TPL pueden experimentar episodios psicóticos breves, éstos se resuelven con tanta rapidez que rara vez se les confunde con psicosis similares a la esquizofrenia. Los cambios intensos y rápidos del estado de ánimo, la impulsividad y las relaciones interpersonales inestables dificultan en estos pacientes desarrollar el potencial social, laboral o escolar completo.

El TPL muestra distribución familiar. Estas personas en realidad sufren-a tal grado, que hasta 10% se suicida (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2015 p. 545).

Es fundamental que tengan conocimiento para esta enfermedad; ya que es insuficiente el tratamiento farmacológico por tratarse de un trastorno de personalidad, y, por tanto, será necesario poder proporcionarle a él y a la familia un tratamiento integral. Un tratamiento que abarque primeramente la adherencia al tratamiento explicándoles la importancia y los beneficios de tomar el medicamento. Seguido de un espacio terapéutico tanto para el paciente como para la familia en el que se puedan trabajar conflictos, emociones y acuerdos. Y tercero, contar con un Programa Psicoeducativo que vaya más allá de la mera transmisión de la información y en el que se puedan cuestionar ambos el papel de la enfermedad en la calidad de vida que debido a ésta están teniendo, un cambio de pensamientos respecto a la enfermedad mental y por último, pero no menos importante, un cambio de actitud ante la misma.

Son pocos, muy pocos los Programas Psicoeducativos para Familiares y Pacientes con (TPL) que existen en nuestro país. Sin embargo, en esta revisión bibliográfica, se pudo encontrar un sólo Programa de Cambio de Actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad (PPCPPTLP); el cual estuvo a cargo de la Maestra en Trabajo Social Emma Martínez Cruz (2010) en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

Éste Programa se fundamentó teórica y metodológicamente en el Modelo de Intervención de la Psicoeducación, utilizando técnicas psicodramáticas para identificar actitudes en sesiones vivenciales; puesto que, se comparten los procesos psicosociales de la vida cotidiana.

El objetivo principal del PPCPPTLP, fue el promover un cambio en las actitudes manifiestas de los CPI; con respecto al Trastorno Límite de la Personalidad y al paciente, las cuales les generan malestar y de una o de otra manera son manifestadas. A través de procesos de autocrítica, desculpabilización y desmitificación de la enfermedad se busca propiciar en ellos la identificación y explicación de sus emociones lo que traerá consigo la disminución en los niveles de estrés y ansiedad. Las actitudes se estudiaron a través de las siguientes

dimensiones: habilidades de comunicación, manejo de conflictos, instalación de límites y de negociación.

De acuerdo a esta misma autora, en el Servicio de Consulta Externa de éste Hospital se ha observado un incremento en el diagnóstico de personas con TLP en los años 2004 a 2009. Siendo éste trastorno la segunda causa de morbilidad, antecedido por la Esquizofrenia y precedido por el Trastorno de Ideas Delirantes.

Es trascendente 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” (Melgoza, 2002 p. 23).

Por último, es importante mencionar que se hace alusión a este trabajo porque puede ser considerado el parteaguas o el inicio de los Programas de Intervención Psicoeducativos para Familias de Pacientes con Trastorno de la Personalidad Limítrofe en México.

4.1 Justificación

Conocer o informarse acerca del trastorno o enfermedad mental por la que está atravesando un integrante de una familia, es sólo el primer paso en el largo camino hacia la rehabilitación psiquiátrica. Sin embargo, es trascendental poder darlo. Pues, en la medida en que sepamos qué es lo que tiene nuestro familiar, cuáles son los signos y los síntomas, las medidas o los cuidados que debemos tener a partir de su enfermedad, etc. En esa medida, nos encontraremos mejor preparados para hacer frente a la misma.

Sin embargo, sí pensamos la psicoeducación más allá de la mera transmisión de la información y mejor, la pensamos como una construcción colectiva del conocimiento. Sí también, usamos la información como un pretexto para resonar las experiencias, podremos obtener como resultado, que todos se muevan. Es decir, a partir de la psicoeducación, la familia puede llevar a la reflexión la enfermedad de su paciente y, además, puede adquirir las herramientas mínimas necesarias para hacer frente a la enfermedad o más específicamente al TPL. Y más, por las condiciones en las que llegan dichas familias a ésta Clínica. Pues, se ha observado, de manera importante; que antes de iniciar con su proceso terapéutico ni siquiera saben cuál es el padecimiento que aqueja a su paciente y, además, confunden la psicoterapia con la psicoeducación. Esto, generado por sus expectativas, las cuales están centradas en obtener información acerca del trastorno o enfermedad mental de su paciente.

Por tal motivo, se considera pertinente que antes de que inicien éstas familias con su proceso terapéutico, puedan primero despejar sus dudas acerca del TPL. Y esto, en buena medida lo proporciona el Taller. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, la idea es ir un poco más allá. La idea es que la familia pueda llevar

a la reflexión la enfermedad de su paciente, que puedan adquirir las herramientas mínimas necesarias para hacer frente a la enfermedad o más específicamente al TPL y que puedan modificar y/o mejorar la dinámica familiar antes de iniciar con su proceso psicoterapéutico.

Por otra parte, es necesario mencionar que es escasa la existencia de talleres psicoeducativos para familiares de pacientes con TPL y muchas las dificultades o los problemas con los que éstos se enfrentan a lo largo del camino de este trastorno. Empezando por el acceso a la información y orientación, seguido por la dificultad de un adecuado manejo de éste tipo de pacientes por las características propias del trastorno y por las conductas de riesgo que presentan. Además, de acuerdo al marco teórico revisado en el presente trabajo, la gran mayoría de los cuidadores de pacientes con alguna enfermedad, ya sea física o mental; son los familiares quienes cubren el papel de CPI. Por tal motivo, es en ellos en quien recae toda la responsabilidad del manejo y los cuidados que se deben de tener con éste tipo de paciente. Sí a lo anterior, le agregamos, que en la práctica clínica actual el TPL es el trastorno que más frecuentemente se diagnostica. Entonces, nos encontramos con una necesidad, por demás, preponderante. En la que es necesaria la intervención psicológica, que se cristaliza con la generación de éste tipo de propuestas. Finalmente, así, la psicoeducación cumple con ser parte de la rehabilitación psiquiátrica. En la que su objetivo, es que las familias y el paciente se puedan mover fuera de una Institución Psiquiátrica y dejen de depender de ésta haciendo frente a la cotidianidad y a los problemas que se puedan presentar.

Para concluir, entre las bondades de ésta propuesta es que se pueden agregar, modificar y/o mejorar los temas que la conforman; de acuerdo a las necesidades de la población para quienes vaya dirigida. Así mismo, la eficacia de la misma la podemos comprobar a partir de la modificación y/o mejora de conocimientos, conductas, técnicas, habilidades, en afrontamiento y solución de problemas.

4.2 Objetivo General:

Al término del “Taller Psicoeducativo para Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite”, los participantes reflexionarán los conocimientos, las técnicas y las habilidades adquiridas; a fin de modificar y/o mejorar su dinámica familiar.

4.3 Objetivos Específicos:

- 1) Analizar la importancia de participar en el “Taller Psicoeducativo para Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite”.
- 2) Identificar las principales emociones que se generan en un Cuidador Primario Informal de un paciente con Trastorno de la Personalidad Límite.
- 3) Analizar las principales emociones que se generan en un Cuidador Primario Informal de un paciente con Trastorno de la Personalidad Límite.
- 4) Conocer por parte de los Cuidadores Primarios Informales aspectos relevantes del Trastorno de la Personalidad Límite que padece su familiar.
- 5) Identificar por parte de los Cuidadores Primarios Informales aspectos relevantes del Trasto de la Personalidad Límite que padece su familiar.
- 6) Analizar aspectos relevantes en la dinámica familiar de una persona con una enfermedad mental, como lo es el Trastorno Límite de la Personalidad.
- 7) Analizar la importancia de ser un Cuidador Primario Informal de un familiar con Trastorno de la Personalidad Límite.

- 8) Identificar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite aspectos relevantes del Estrés y Técnicas de Relajación (Imaginaria y Respiración Diafragmática).
- 9) Aplicar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite aspectos relevantes del estrés y técnicas de relajación (Imaginaria y Respiración Diafragmática).
- 10) Analizar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite aspectos relevantes de la Vulnerabilidad Humana.
- 11) Identificar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite aspectos relevantes de las Habilidades Sociales.
- 12) Emplear por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad aspectos relevantes de las Habilidades Sociales.
- 13) Identificar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite aspectos relevantes en la Toma de Decisiones.
- 14) Aplicar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite aspectos relevantes en la Toma de Decisiones.
- 15) Identificar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite aspectos relevantes de la Técnica en Solución de Problemas.
- 16) Aplicar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite aspectos relevantes de la Técnica en Solución de Problemas.

- 17) Analizar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límitrofe aspectos relevantes de la Autoeficacia.
- 18) Integrar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límitrofe los temas revisados a lo largo de éste Taller Psicoeducativo.
- 19) Reflexionar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límitrofe los temas revisados a lo largo de éste Taller Psicoeducativo.

4.4 Participantes

Éste Taller está dirigido a familiares de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límitrofe, quienes fungen como Cuidadores Primarios Informales. Las variables sociodemográficas se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 3

Variables Sociodemográficas para quienes va dirigido el “Taller Psicoeducativo para Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite”.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	FAMILIAR DE PACIENTE CON TLP
Edad:	18 años en adelante
Sexo:	Indistinto
Grado escolar:	Indistinto
Nivel socioeconómico:	Indistinto
Población de origen:	Usuarios de la CLIFAM del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”
Localización geográfica:	D.F. Estado de México
Condición personal característica:	Familiar de paciente con TLP que funge como CPI
Conocimientos previos:	Ninguno
Número de participantes:	Mínimo: 15 Máximo:30
Forma de selección:	CPI de pacientes con TLP que estén interesados en mejorar su dinámica familiar
Forma de convocatoria:	Envío del Psicoterapeuta de la CLIFAM

4.5 Materiales e Instrumentos

MATERIALES		
Nombre	Descripción	Cantidad
Conocimientos Generales		
1. Aspectos relevantes acerca del TLP. Analizar la importancia de participar en el "Taller Psicoeducativo para Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad".	a) Definir el trastorno b) Conductas que presentan los pacientes c) Características del Trastorno d) Uso de Medicamentos e) Tratamiento	30 Cuestionarios (ver Anexo 1)
Conocimientos Generales		
2. Aspectos relevantes acerca de su papel como CPI.	a) Trato al Paciente b) Forma de Comunicarse	30 Cuestionarios
3. Análisis y reflexión acerca de la importancia de ser CPI.	Análisis y reflexión	Exposición de casos
Vulnerabilidad Humana		
Técnicas de relajación		
4. Toma de Decisiones	Aplicación de técnicas	Ejecución de técnicas
Técnica Costo-Beneficio		
Autoeficacia		
5. Habilidades Sociales Técnica en Solución de Problemas.	Análisis y reflexión	Exposición de casos

4.6 Cartas Descriptivas

1.- Objetivo Específico: Analizar la importancia de participar en el “Taller Psicoeducativo para Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límitrofe”.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
1	Bienvenida	1.- El instructor o facilitador dará la bienvenida a los participantes y se presentará ante ellos. Seguido de esto, se llevará a cabo la dinámica de: “Presentación en grupos de 5”; con la finalidad de que los participantes se presenten y se fomente la integración del mismo. Cada participante se enumerará del 1 al 6 y se integrará en el subgrupo correspondiente a su número. Ya conformados los 6 subgrupos de 5 integrantes cada uno, se irán presentando (proporcionando su nombre, edad, ocupación y el motivo por el que asisten al taller). Enseguida, un integrante de cada subgrupo presentará al grupo en general a cada uno de sus compañeros; mencionando rápidamente los datos arriba citados. Finalmente, cada quien elaborará su propio gafete con su nombre.	Un aula con asientos cómodos para recibir a un mínimo de 30 personas. Es importante, que ésta cuente con una adecuada iluminación y ventilación.	45 minutos	Cuestionario Abierto (ver Anexo 1).	Otro aspecto importante, es que el instructor o facilitador cuente con estudios en psicología o psiquiatría y que, además, conozca y maneje aspectos relevantes de la psicoeducación. Así mismo, es importante que el instructor o facilitador tenga un adecuado manejo y control de grupo.
	Dinámica de “Presentación en Grupos de 5”	Como parte final de la presentación, el instructor o facilitador dará conocer el objetivo general, los objetivos específicos y el temario que conforma el presente Taller.	1 Computadora. 1 Proyector de Diapositivas.			
	Encuadre	2.- Para el encuadre se plantearán aspectos como son: la asistencia, continuidad, puntualidad, escucha, respeto ante las experiencias y opiniones de los demás participantes.	50 Hojas blancas. 40 Lápices.	5 minutos		
	Reflexión y Cierre	3.- Para el cierre de la sesión el instructor o facilitador planteará los propósitos y alcances. Así mismo, cuestionará a los participantes sobre cuáles son sus expectativas y si éstas se cumplen. Derivado de lo anterior, el instructor o facilitador podrá llevar a los participantes a identificar y a analizar la importancia de su participación en el mismo.	40 Plumas. 40 Gafetes. 40 Seguros pequeños.	30 minutos		
	Evaluación	4.- Como parte de la evaluación, se aplicará a los participantes un cuestionario de seis preguntas abiertas (ver Anexo 1).	40 Plumones.	10 minutos		

2.- Objetivo Específico: Identificar las principales emociones que se generan en un Cuidador Primario Informal de un paciente con Trastorno de la Personalidad Límite.
 Analizar las principales emociones que se generan en un Cuidador Primario Informal de un paciente con Trastorno de la Personalidad Límite.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
2	Bienvenida	1.- El instructor dará la bienvenida a los participantes y retomará rápidamente la importancia de su participación en el Taller.	Un aula con asientos cómodos para recibir a un mínimo de 30 personas. Es importante, que ésta cuente con una adecuada iluminación y ventilación. 1 Computadora. 1 Proyector de Diapositivas. 50 Hojas blancas. 40 Lápices. 40 Plumas. 40 Copias del texto. 1 Pizarrón 40 plumones	5 minutos	Cuestionario Mixto (ver Anexo 4).	Otro aspecto importante, es que el instructor o facilitador cuente con estudios en psicología o psiquiatría y que, además, conozca y maneje aspectos relevantes de la psicoeducación. Así mismo, es importante que el instructor o facilitador tenga un adecuado manejo y control de grupo.
	Dinámica “Lluvia de ideas”	2.- La dinámica para ésta sesión es: “Lluvia de Ideas”, en la que el instructor o facilitador repartirá a cada uno de los participantes un texto que deberán leer atentamente (ver Anexo 2). En éste texto se encontrarán diferentes citas textuales de familiares de pacientes con TPL, en las cuales, se pueden observar situaciones difíciles por las que atraviesan en su vida cotidiana. Además, se ven también reflejadas emociones y sentimientos que les genera tener a un familiar con éste trastorno.		30 minutos		
	Presentación en Power Point	En forma de lluvia de ideas, el facilitador le solicitará al grupo que mencione las emociones que les genero dicha lectura y las irá anotando en el pizarrón. De ésta manera, el grupo podrá concluir cuáles de éstas son las principales. 3.- Como segunda parte de éste ejercicio, el instructor lanzará al aire la siguiente pregunta: ¿Qué hago con todas estas emociones? e invitará a 3 participantes a que compartan al grupo cómo han resuelto éste cuestionamiento. Como última intervención, el facilitador explicará qué son las emociones, cuántos tipos de emociones existen, cuál es su naturaleza y la importancia de identificarlas y reconocerlas (ver Anexo 3).		45 minutos		
	Evaluación	4.- Como parte de la evaluación, se aplicará a los participantes del Taller un cuestionario mixto de seis preguntas (ver Anexo 4).		10 minutos		

3.- Objetivo Específico: Conocer por parte de los Cuidadores Primarios Informales aspectos relevantes del Trastorno de la Personalidad Límite que padece su familiar.
 Identificar por parte de los Cuidadores Primarios Informales aspectos relevantes del Trastorno de la Personalidad Límite que padece su familiar.

Sesión	Actividad		Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
3	Bienvenida	1.- El instructor dará la bienvenida a los participantes e introducirá el tema para ésta sesión.		5 minutos		
	Dinámica de "Lluvia de Ideas"	2.- Como parte inicial de ésta sesión, se llevará a cabo la dinámica: "Lluvia de Ideas". En ésta, el facilitador invitará al grupo a que de manera voluntaria anoten en pliegos de papel rotafolio lo primero que se les ocurra o lo que saben acerca del Trastorno de la Personalidad Límite.	Un aula con asientos cómodos para recibir a un mínimo de 30 personas. Es importante, que ésta cuente con una adecuada iluminación y ventilación.	30 minutos		Otro aspecto importante, es que el instructor o facilitador cuente con estudios en psicología o psiquiatría y que, además, conozca y maneje aspectos relevantes de la psicoeducación.
	Presentación en Power Point	3.- Lo anterior, será el preámbulo de la presentación del tema: Trastorno de la Personalidad Límite	1 Computadora.	45 minutos	Cuestionario Cerrado (ver Anexo 5).	Así mismo, es importante que el instructor o facilitador tenga un adecuado manejo y control de grupo.
	Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antecedentes Históricos. ✓ Trastorno de la Personalidad Límite de acuerdo al Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría. ✓ Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad F60.3 de acuerdo a la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud. ✓ Etiología. ✓ Prevalencia. ✓ Tratamiento. (Remitirse Capítulo I). 4.- Como parte de la evaluación, se aplicará a los participantes un cuestionario cerrado de cinco preguntas (ver Anexo 5).	1 Cañón de Diapositivas. 5 Plumones de colores.	10 minutos		

4.-Objetivo Específico: Analizar aspectos relevantes en la dinámica familiar de una persona con una enfermedad mental como lo es el Trastorno de la Personalidad Límite.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
4	Bienvenida	1.- El instructor dará la bienvenida a los participantes e introducirá el tema para ésta sesión.	Un aula con asientos cómodos para recibir a un mínimo de 30 personas. Es importante, que ésta cuente con una adecuada iluminación y ventilación.	5 minutos	Cuestionario Cerrado (ver Anexo 6).	Otro aspecto importante, es que el instructor o facilitador cuente con estudios en psicología o psiquiatría y que, además, conozca y maneje aspectos relevantes de la psicoeducación. Así mismo, es importante que el instructor o facilitador tenga un adecuado manejo y control de grupo.
	Presentación en Power Point	2.- Lo anterior, será el preámbulo de la presentación del tema: Familia y Enfermedad Mental <ul style="list-style-type: none"> ✓ El impacto en la dinámica familiar ante un enfermo mental. ✓ Los vínculos en la familia con un paciente con Trastorno de la Personalidad Límite. 		35 minutos		
	Dinámica "Role Playing"	Remitirse (Capítulo II). 3.-El facilitador indicará a los participantes se enumeren del 1 al 4 y se integren en el subgrupo correspondiente a su número. Conformando así, 4 subgrupos de 7 integrantes cada uno. Con la finalidad de abrir un espacio para la discusión y la reflexión, se les solicitará escenificar una situación familiar en relación al tema revisado.	1 Computadora. 1 Cañón de Diapositivas. 50 Hojas blancas.	40 minutos		
	Evaluación	4.- Como parte de la evaluación, se aplicará a los participantes un cuestionario cerrado de cinco preguntas (ver Anexo 6).	40 Lápices 40 Plumas.	10 minutos		

5.-Objetivo Especifico: Analizar la importancia de ser un Cuidador Primario Informal de un familiar con Trastorno de la Personalidad Limítrofe.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
5	Bienvenida	1.-El instructor dará la bienvenida a los participantes e introducirá el tema para ésta sesión.	Un aula con asientos cómodos para recibir a un mínimo de 30 personas. Es importante, que ésta cuente con una adecuada iluminación y ventilación. 1 Computadora. 1 Cañón de Diapositivas. 50 Hojas blancas. 40 Lápices 40 Plumas.	5 minutos	Retroalimentación	Otro aspecto importante, es que el instructor o facilitador cuente con estudios en psicología o psiquiatría y que, además, conozca y maneje aspectos relevantes de la psicoeducación. Así mismo, es importante que el instructor o facilitador tenga un adecuado manejo y control de grupo.
	Dinámica "Lluvia de ideas"	2.- Para esta dinámica, el facilitador invitará a los participantes a decir lo primero que se les ocurra cuando escuchen: Cuidador Primario Informal (CPI). La finalidad de ésta actividad iniciar con la reflexión acerca de lo que implica ser (CPI).		25 minutos		
	Presentación en Power Point	3.-El instructor o facilitador presentará el tema: Cuidador Primario Informal: ✓ El papel del Cuidador Primario Informal de un Enfermo Mental. Remitirse (Capítulo II).		40 minutos		
	Evaluación	4.- La retroalimentación será empleada como medio de evaluación. En ella se buscará primeramente, saber que tan claro quedo el tema y por otra, analizar su importancia.		20 minutos		

6.- Objetivo Específico: Identificar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límitrofe aspectos relevantes del Estrés y Técnicas de Relajación (Imaginaria y Respiración Diafragmática).
 Aplicar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límitrofe aspectos relevantes del Estrés y Técnicas de Relajación (Imaginaria y Respiración Diafragmática).

Sesión	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
6	<p>Bienvenida</p> <p>Presentación en Power Point</p> <p>Dinámica Modelado de Técnicas de Relajación</p> <p>Evaluación</p>	<p>1.- El instructor dará la bienvenida a los participantes e introducirá el tema para ésta sesión.</p> <p>2.- En esta sesión el facilitador presentará el tema: Estrés y el tema de Técnicas de Relajación (Imaginaria y Respiración Diafragmática) (Ver Anexo 7).</p> <p>3.- Modelado en Técnicas de Relajación (Imaginaria y Respiración Diafragmática).</p> <p>4.- Los integrantes del grupo llevarán a cabo éstas dos técnicas de relajación, bajo la supervisión del facilitador. Esto, con la finalidad de corroborar que los participantes podrán aplicar dichas técnicas en otros momentos que lo requieran.</p>	<p>Un aula con asientos cómodos para recibir a un mínimo de 30 personas. Es importante, que ésta cuente con una adecuada iluminación y ventilación.</p> <p>1 Computadora.</p> <p>1 Cañón de Diapositivas.</p> <p>50 Hojas blancas.</p> <p>40 Lápices</p> <p>40 Plumas.</p>	<p>5 minutos</p> <p>40 minutos</p> <p>15 minutos</p> <p>30 minutos</p>	<p>Aplicación de Técnicas de Relajación (Imaginaria y Respiración Diafragmática).</p>	<p>Otro aspecto importante, es que el instructor o facilitador cuente con estudios en psicología o psiquiatría y que, además, conozca y maneje aspectos relevantes de la psicoeducación.</p> <p>Así mismo, es importante que el instructor o facilitador tenga un adecuado manejo y control de grupo.</p>

7.- Objetivo Específico: Analizar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límitrofe aspectos relevantes de la Vulnerabilidad Humana.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
7	<p>Bienvenida</p> <p>Presentación en Power Point</p> <p>Dinámica "Role Playing"</p> <p>Evaluación</p>	<p>1.- El instructor dará la bienvenida a los participantes e introducirá el tema para ésta sesión.</p> <p>2.- El instructor o facilitador presentará el tema: Vulnerabilidad Humana (ver Anexo 8).</p> <p>3.- El facilitador indicará a los participantes se enumeren del 1 al 4 y se integren en el subgrupo correspondiente a su número. Conformando así, 4 subgrupos de 7 integrantes cada uno. Posteriormente, se le solicitará a cada subgrupo escenificar una situación de desastre natural, un problema económico, una situación de enfermedad y una de un accidente. Esto, con el objetivo de generar un pequeño espacio de discusión y análisis acerca de nuestra calidad de vulnerables.</p> <p>4.- La retroalimentación (a partir de compartir experiencias y la forma en haber hecho frente a estas situaciones) será empleada como instrumento de evaluación del tema.</p>	<p>Un aula con asientos cómodos para recibir a un mínimo de 30 personas. Es importante, que ésta cuente con una adecuada iluminación y ventilación.</p> <p>1 Computadora.</p> <p>1 Cañón de Diapositivas.</p> <p>50 Hojas blancas.</p> <p>40 Lápices</p> <p>40 Plumas.</p>	<p>5 minutos</p> <p>30 minutos</p> <p>40 minutos</p> <p>15 minutos</p>	Retroalimentación	<p>Otro aspecto importante, es que el instructor o facilitador cuente con estudios en psicología o psiquiatría y que, además, conozca y maneje aspectos relevantes de la psicoeducación.</p> <p>Así mismo, es importante que el instructor o facilitador tenga un adecuado manejo y control de grupo.</p>

8.- Objetivo Específico: Identificar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límitrofe aspectos relevantes de las Habilidades Sociales.
 Emplear por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límitrofe aspectos relevantes de las Habilidades Sociales.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
8	<p>Bienvenida</p> <p>Presentación en Power Point</p> <p>Dinámica "Inventario"</p> <p>Evaluación</p>	<p>1.- El instructor dará la bienvenida a los participantes e introducirá el tema para ésta sesión.</p> <p>2.- El instructor o facilitador presentará el tema: Habilidades Sociales (ver Anexo 9).</p> <p>3.- El facilitador invitará a los integrantes del taller a realizar un inventario de las situaciones en las que consideran no poseer las habilidades sociales necesarias para hacer frente a su problemática familiar en relación con la enfermedad mental de su paciente. En un segundo momento, el facilitador solicitará a cinco integrantes del grupo a que de manera voluntaria compartan en voz alta sus inventarios. De esta manera, a partir de estos inventarios el facilitador comentará algunas formas de emplear dichas habilidades sociales.</p> <p>4.- Como parte de la evaluación, se aplicará a los participantes del Taller un cuestionario mixto de cinco preguntas (ver Anexo 10).</p>	<p>Un aula con asientos cómodos para recibir a un mínimo de 30 personas. Es importante, que ésta cuente con una adecuada iluminación y ventilación.</p> <p>1 Computadora.</p> <p>1 Cañón de Diapositivas.</p> <p>50 Hojas blancas.</p> <p>40 Lápices</p> <p>40 Plumas.</p>	<p>5 minutos</p> <p>35 minutos</p> <p>40 minutos</p> <p>10 minutos</p>	<p>Cuestionario Cerrado</p> <p>(ver Anexo 10).</p>	<p>Otro aspecto importante, es que el instructor o facilitador cuente con estudios en psicología o psiquiatría y que, además, conozca y maneje aspectos relevantes de la psicoeducación.</p> <p>Así mismo, es importante que el instructor o facilitador tenga un adecuado manejo y control de grupo.</p>

9.- Objetivo Específico: Identificar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límitrofe aspectos relevantes en la Toma de Decisiones.
 Aplicar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límitrofe aspectos relevantes en la Toma de Decisiones.

Sesión	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor	
9	<p>Bienvenida</p> <p>Presentación en Power Point</p> <p>Dinámica "Técnica Costo-Beneficio"</p> <p>Evaluación</p>	<p>1.- El instructor dará la bienvenida a los participantes e introducirá el tema para ésta sesión.</p> <p>2.- El instructor o facilitador presentará el tema: Toma de Decisiones (Ver Anexo 11).</p> <p>3.- A partir del tema revisado, el instructor invitara al grupo en su conjunto a realizar la Técnica Costo-Beneficio. De manera que, en situaciones que así lo ameriten puedan llevarla a cabo.</p> <p>4.- La retroalimentación será empleada como un instrumento de evaluación del tema.</p>	<p>Un aula con asientos cómodos para recibir a un mínimo de 30 personas. Es importante, que ésta cuente con una adecuada iluminación y ventilación.</p> <p>1 Computadora.</p> <p>1 Cañón de Diapositivas.</p> <p>50 Hojas blancas.</p> <p>40 Lápices</p> <p>40 Plumas.</p>	<p>5 minutos</p> <p>35 minutos</p> <p>40 minutos</p> <p>10 minutos</p>	Retroalimentación	<p>Otro aspecto importante, es que el instructor o facilitador cuente con estudios en psicología o psiquiatría y que, además, conozca y maneje aspectos relevantes de la psicoeducación.</p> <p>Así mismo, es importante que el instructor o facilitador tenga un adecuado manejo y control de grupo.</p>

10.- Objetivo Específico: Identificar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite aspectos relevantes de la Técnica en Solución de Problemas.
 Aplicar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite aspectos relevantes de la Técnica en Solución de Problemas.

Sesión	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor	
10	<p>Bienvenida</p> <p>Presentación en Power Point</p> <p>Dinámica "Técnica en Solución de Problemas"</p> <p>Evaluación</p>	<p>1.- El instructor dará la bienvenida a los participantes e introducirá el tema para ésta sesión.</p> <p>2.- El instructor o facilitador presentará el tema: Técnica en Solución de Problemas (Ver Anexo 12).</p> <p>3.- A partir del tema revisado, el instructor invitara al grupo en su conjunto a realizar la Técnica en Solución de Problemas.</p> <p>4.- Como parte de la evaluación, se aplicará a los participantes del Taller un cuestionario cerrado de cinco preguntas (ver Anexo 13).</p>	<p>Un aula con asientos cómodos para recibir a un mínimo de 30 personas. Es importante, que ésta cuenta con una adecuada iluminación y ventilación.</p> <p>1 Computadora.</p> <p>1 Cañón de Diapositivas.</p> <p>50 Hojas blancas.</p> <p>40 Lápices</p> <p>40 Plumas.</p>	<p>5 minutos</p> <p>35 minutos</p> <p>40 minutos</p> <p>10 minutos</p>	<p>Cuestionario Cerrado (ver Anexo 13).</p>	<p>Otro aspecto importante, es que el instructor o facilitador cuente con estudios en psicología o psiquiatría y que, además, conozca y maneje aspectos relevantes de la psicoeducación.</p> <p>Así mismo, es importante que el instructor o facilitador tenga un adecuado manejo y control de grupo.</p>

11.- Objetivo Específico: Analizar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límitrofe aspectos relevantes de la Autoeficacia.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
11	<p>Bienvenida</p> <p>Dinámica “Lluvia de Ideas”</p> <p>Presentación en Power Point</p> <p>Evaluación</p>	<p>1.- El instructor dará la bienvenida a los participantes.</p> <p>2.- Como parte inicial de ésta sesión, el facilitador invitara a los integrantes del Taller a pasar de manera voluntaria a anotar en pliegos de papel rotafolio lo primero que se les ocurra con la palabra: Autoeficacia.</p> <p>3.- Lo anterior, será el preámbulo de la presentación del tema: Autoeficacia (Ver Anexo 14)</p> <p>4.- La retroalimentación será empleada como un instrumento de evaluación del tema. Así mismo, el espacio estará abierto para comentar y reflexionar acerca de la importancia de ser autoeficaces.</p>	<p>Un aula con asientos cómodos para recibir a un mínimo de 30 personas. Es importante, que ésta cuente con una adecuada iluminación y ventilación.</p> <p>1 Computadora.</p> <p>1 Cañón de Diapositivas.</p> <p>5 Pliegos de papel rotafolio.</p> <p>50 Hojas blancas.</p> <p>40 Lápices</p> <p>40 Plumas.</p>	<p>5 minutos</p> <p>25 minutos</p> <p>35 minutos</p> <p>25 minutos</p>	Retroalimentación	<p>Otro aspecto importante, es que el instructor o facilitador cuente con estudios en psicología o psiquiatría y que, además, conozca y maneje aspectos relevantes de la psicoeducación.</p> <p>Así mismo, es importante que el instructor o facilitador tenga un adecuado manejo y control de grupo.</p>

12.- Objetivo Específico: Integrar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite los temas revisados a lo largo de éste Taller Psicoeducativo.
 Reflexionar por parte de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad los temas revisados a lo largo de éste Taller Psicoeducativo.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluación	Instructor
12	Bienvenida	1.- El instructor dará la bienvenida a los participantes.		5 minutos	Cuestionario Abierto (ver Anexo 15).	Otro aspecto importante, es que el instructor o facilitador cuente con estudios en psicología o psiquiatría y que, además, conozca y maneje aspectos relevantes de la psicoeducación. Así mismo, es importante que el instructor o facilitador tenga un adecuado manejo y control de grupo.
	Presentación en Power Point	2.- Como siguiente punto, se realizará un breve recorrido de los temas revisados a lo largo de éste Taller. Resolviendo también, las dudas que existieran.	Un aula con asientos cómodos para recibir a un mínimo de 30 personas. Es importante, que ésta cuente con una adecuada iluminación y ventilación.	30 minutos		
	Reflexión	3.- Esta actividad consistirá, en generar un espacio de reflexión acerca de cómo los conocimientos, las técnicas y las habilidades adquiridas en el presente Taller Psicoeducativo pueden ser aplicadas en la modificación y/o mejora de la dinámica familiar de los participantes.		40 minutos		
	Evaluación	4.- Como parte de la evaluación, se aplicará a los participantes un cuestionario abierto de cinco preguntas (ver Anexo 15).	1 Computadora.	10 minutos		
	Cierre	5.- Finalmente, se agradecerá y se despedirán todos los integrantes del Taller.	1 Cañón de Diapositivas. 50 Hojas blancas. 40 Lápices 40 Plumas.	5 minutos		

CAPITULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las enfermedades mentales afectan directamente a la persona que la padece y a su familia también. La familia, como primer instancia proveedora de cuidado se encarga de contener, detener y solucionar la problemática que se presenta en torno al padecimiento. No obstante, muchas veces lo hace sin realmente contar con la información pertinente para el tratamiento, manejo y seguimiento de estas enfermedades o trastornos. Por ello, implementar un taller psicoeducativo confiere una gran importancia para el CPIs y para el paciente.

Poner en marcha un taller psicoeducativo como éste, permite a los CPIs de pacientes con TPL, darse cuenta de la importancia de su participación en el mismo. Pues, a través de él puede conocer, entender, reflexionar y en su momento modificar y/o mejorar su dinámica familiar a partir de dicho trastorno.

Dentro las emociones, se ha encontrado que la mayoría de los CPIs de pacientes con TPL, experimentan emociones negativas; como enojo, ira, frustración, desesperanza y descontento (Martínez, 2010). El taller que se propone, ayuda a que identifiquen y reconozcan éstas emociones ante la aparición del trastorno y la finalidad; es que aprendan a regularlas.

En cuanto al conocimiento sobre el TPL, es importante que los CPIs conozcan y entiendan toda la gama de signos y síntomas que su paciente puede presentar. Con el objetivo de tener las medidas o los cuidados necesarios ante la aparición de conductas de riesgo (lesionarse o mutilarse, participar en conductas con potencial lesivo, indiscreciones sexuales, gastos desmedidos, atracones alimentarios o conducción irresponsable), entre otras, (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5, 2015). De tal forma, que se puedan prevenir situaciones de este tipo y así, el CPI se encuentre mejor preparado para hacer frente a las mismas.

La familia es el primer núcleo social al que una persona pertenece. De ésta, se aprenden patrones relacionales, conductas, actitudes, pensamientos, valores, etc. Y por si fuera poco, la familia es el contexto natural para crecer y recibir auxilio (Minuchin & Fishman, 2004). Por tal motivo, la importancia y trascendencia de la misma. Llevar a cabo una revisión y análisis al interior de ella es una de las partes que conforman a éste Taller, de modo que los integrantes de la familia se puedan reubicar en un lugar diferente y/o mejor al que estaban en su dinámica.

En un país tercermundista como el nuestro, la responsabilidad del cuidado recae generalmente en la familia. El integrante de esa familia en quien recae toda la responsabilidad de los cuidados, manejo, recuperación, mantener un nivel óptimo de independencia y calidad de vida; es un CPI (Tesch-Römer, 2001). En este trabajo se hace un análisis acerca del mismo, de su función y de los recursos de los que debe echar mano para afrontar las diferentes situaciones generadas a partir de la enfermedad mental de su paciente.

En sociedades como la nuestra, en las que cada vez es más difícil acceder a una mejor calidad de vida por las dificultades económicas, políticas, sociales, educativas y de salud; resulta más frecuente la presencia de situaciones distrésantes. Conocer por medio de éste Taller la diferencia entre estrés, distrés y eustrés; además, de contar con técnicas de relajación como lo son imaginaria y respiración diafragmática (Jacobson & Shultz, 1929) puede ser de gran utilidad para el CPI a la hora de enfrentar las situaciones generadas a partir de la enfermedad mental de su paciente.

De acuerdo a Feito (2007), la vulnerabilidad humana posee dos caras. La primera, es que ésta es inherente al ser humano a lo largo de toda su vida y, por tanto, constantemente estaremos proclives a situaciones de riesgo (enfermedades, accidentes, desastres naturales). La otra cara, se materializa con la capacidad de respuesta y la habilidad para adaptarse al nuevo escenario generado por la situación de riesgo a partir de estrategias de afrontamiento. Es decir, la vulnerabilidad no es estática sino dinámica. Saber y entender ésta condición humana por parte de los CPIs les permitirá contar con otra herramienta más para hacer frente a su labor de cuidado de su paciente.

Aprender a poner límites para no caer en el chantaje, aprender a decir no cuando así se considere necesario, aprender a expresar las emociones sin temor a ser criticado, etc.; son elementos que se pueden poner en práctica a partir de la adquisición de habilidades instrumentales para las relaciones con los demás y para el afrontamiento de problemas de la vida en comunidad. En este caso, estamos hablando de las habilidades sociales. Las cuales, podrían definirse como aquellas conductas que resultan eficaces en la interacción social; nos ayudan a comunicar nuestras emociones y necesidades de forma precisa y nos permiten conseguir los objetivos interpersonales que deseamos (Caballo, 1991). El hecho de que los CPIs cuenten con estas habilidades, les permitirán modificar y/o mejorar las formas de relacionarse en su núcleo familiar.

Elegir, es escoger entre varias posibilidades u opciones y decidir, es un proceso que consiste en concretar la elección entre distintas alternativas a partir del pensamiento y razonamiento, se busca información, se analiza y se lleva a la acción. Entonces, elegir y decidir no son equivalentes, son dos procesos diferentes. La toma de decisiones es un aspecto muy importante por su propia naturaleza y por lo que a partir de ella se puede generar. Además, no sólo en un núcleo familiar del CPI cobra importancia, sino también, en los distintos ámbitos en los que interactúa.

La técnica en solución de problemas (Caballo, 1991) es también uno de los temas más importantes en la presente propuesta, pues a partir de ésta, el CPI podrá contar con otra herramienta más para hacerle frente a la problemática en la familia generada a partir de la patología que presenta su paciente como lo es el TPL (conductas de riesgo). Para este caso, se enseñará el empleo la técnica costo-beneficio. La cual posibilita respuestas de afrontamiento para lograr los objetivos y al mismo tiempo maximiza las consecuencias positivas y minimiza las consecuencias negativas de un problema.

Uno de los aportes más importantes de Bandura (1977), fue el concepto de autoeficacia. En el que señala que la autoeficacia es la creencia que la persona se forma respecto a su propia capacidad de actuar ante una tarea o situación concreta. Así, la autoeficacia determina que una persona inicie una actividad, se esfuerce en

obtener sus propósitos y persista durante largos períodos de tiempo en su consecución. En ámbitos como la salud, la autoeficacia se ha convertido en un constructo muy importante y útil; ya que se relaciona con la voluntad y la capacidad de las personas para participar en diversos aspectos de su comportamiento como lo son: conductas de prevención, manejo de hábitos, psicoeducación, etc. Aprender a ser autoeficaz es otro de los objetivos que plantea éste taller para los CPIs de pacientes con TPL a fin de que su desempeño como tales se modifique y/o mejore.

Integrar y reflexionar los temas tratados en éste taller, les permitirá a los CPIs ver todo como un continuo de conocimientos, técnicas y habilidades. En el que el ideal sería que las pudieran emplear como herramientas para promover modificaciones y/o mejoras en su dinámica familiar, la cual ya se encuentra deteriorada por el sólo impacto de saber que en la familia existe un integrante con una enfermedad mental como lo es el TPL.

5.1 Alcances

Un primer alcance, es en sí mismo éste Taller, el cual intenta contribuir, aunque sea en una mínima parte al campo de la psicoeducación. Pues son pocos los existentes. Y en específico, talleres psicoeducativos para CPIs de pacientes o personas con TPL, son mucho menos.

Se considera que el presente taller se puede impartir también a los pacientes con TPL, directamente. Lo cual, resultaría favorable para que pudieran ir adquiriendo consciencia de su enfermedad, para que encontrarán una explicación de sus conductas y lo que ellas trastocan en su dinámica familiar, asumieran de mejor manera el cuidado que deben tener de ellos mismos, que su apego al tratamiento fuera mayor y que pudieran adquirir también, las técnicas y habilidades necesarias para hacer frente a su padecimiento.

Otro alcance es que el taller está dirigido a los CPIs, es decir, la figura más importante para lograr la rehabilitación psiquiátrica, pues ellos son los agentes de cambio. Ellos son en quien recae toda la responsabilidad de la atención, cuidados, tratamiento farmacológico, etc. Y, por lo tanto, son en quienes se vuelve más

necesario el poder contar con éste tipo de herramientas que el taller propone para hacer frente de manera distinta y/o mejor a la enfermedad de su paciente.

Un alcance más, es que se puede contribuir a la modificación y/o mejora de la dinámica familiar en la cual está inserto un CPI a partir de los elementos brindados en éste taller.

El taller les permitirá a los integrantes de las familias, encontrarse en mejores condiciones (más y mejor informados acerca de la enfermedad de su paciente, con mayor consciencia de enfermedad, y con técnicas, herramientas y habilidades útiles en el enfrentamiento de la enfermedad) para, ahora sí, iniciar con su proceso terapéutico.

Finalmente, un alcance más de esta propuesta es que cuenta con los elementos necesarios para verificar los conocimientos, las técnicas y las habilidades adquiridas por parte de los CPIs. Pues cada una de las sesiones se encuentra estructurada detalladamente y cuenta con los instrumentos de evaluación.

5.2 Limitaciones

Si bien es una propuesta, esta se podría llevar a cabo para probar su eficacia y eficiencia. Parte de esta propuesta se ha probado en un Hospital Psiquiátrico del Sector Salud, obteniendo una gran demanda y participación de los usuarios del mismo.

Una limitante para la presente propuesta, sería la participación de los CPIs, debido a que algunas veces no están abiertos a participar. Principalmente aquellos que son agresivos, poco tolerantes a las sugerencias, poco participativos y cerrados a las ideas de cambio. Para lo cual, se deben encontrar otras estrategias para poder incorporarlos.

Las condiciones económicas y sociales son dos factores muy importantes que pueden limitar la asistencia y participación de los CPIs. Debido a que muchas veces no se cuentan con este tipo de recursos con facilidad y es necesario que se dediquen a obtener el sustento necesario a través de un empleo. Por otra parte, las

condiciones sociales (como un medio criminógeno, el ser el único responsable de los cuidados de los demás integrantes de la familia, etc.) también dificultarían su asistencia y participación.

Finalmente, que no se cuente con los recursos materiales y humanos para poder poner en marcha éste taller, puede ser otra limitante.

REFERENCIAS

- Agulló, S. M. (2002). *Mujeres, Cuidados y Bienestar Social: El Apoyo Informal a la Infancia y a la Vejez*. Madrid: Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer.
- Anderson, C.; Reiss, D. y Hogarty, G. (1988). *Esquizofrenia y Familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Andolfi, M. (1984). *Terapia Familiar. Un Enfoque Interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P., Nicolo-Corigliano, A. (1983). *Detrás de la máscara familiar. La familia rígida. Un modelo de psicoterapia relacional*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Ashi, A.; Girona, G.; Ortuño, M.A. (1995). Síndrome del Cuidador. *Rehabilitación*, 29, 465-468.
- Morrison, J. (2015). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-5. Guía para el Diagnóstico Clínico*. Asociación Americana de Psiquiatría. México: Manual Moderno.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Guía Clínica para el Tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad*. Barcelona: Ars Médica.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 2, 191-215.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción: Fundamentos Sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization Based Treatment versus Structured Clinical Management for

Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1364.

Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind: A Revolutionary Approach to Mans Understanding of Himself*. New York: Ballantine Books.

Bernstein, D. P., Cohen, P., Skodol, A., Bezirgianian, S. & Brook, J.S. (1996). Childhood Antecedents of Adolescent Personality Disorders. *Am J Psychiatry*, 153, 651-658.

Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la Terapia Familiar: Los Personajes y las Ideas*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Bird, S.; Noronha, M. & Sinnott, H. (2010). An Integrated Care Facilitation Model Improves Quality of Life and Reduces Use of Hospital Resources by Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Chronic Heart Failure. *Australian Journal Primary Health*, 16, 326-333.

Boss, P. & Greenberg, J. (1984). Family Boundary Ambiguity: A new Variable in Family Stress Theory. *The Family Process*, 23, 4, 535-546.

Bover, B, A. (2004). *Cuidadores Informales de Salud del Ámbito Domiciliario. Percepciones y Estrategias de Cuidados Ligadas al Género y a la Generación*. Tesis doctoral. Universidad de Las Islas Baleares, Palma de Mallorca.

Builes C. M. y Bedoya, H. M. (2006). La Psicoeducación como Experiencia Narrativa: Comprensiones Posmodernas en el Abordaje de la Enfermedad Mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 4, XXXV, 463-475.

Bunting, C.J.; Little, M.J.; Tolson, H. & Jessup, G. (1986). Physical fitness and eustress in the adventure activities of rock climbing and rappelling. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 26, 1, 11-20.

Caballo, V. E. (1991). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. España: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

- Caballo, V. E. y Camacho, S. (2000). El Trastorno Límite de la Personalidad: Controversias Actuales. *Psicología desde el Caribe*, 5, 30-55.
- Campo, M. J. (2000). *Apoyo Informal a las Personas Mayores y el Papel de la Mujer Cuidadora*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Celma, V. M. (2001). Cuidadoras Informales en el Medio Hospitalario. *Revista Rol de Enfermería*, 24,7-8, 503-511.
- Collière, M. F. (1993). *Promover la vida*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Colom, F. (2010). Achieving Remission and Recovery in Bipolar Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 11.
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el Litio de las Psicoterapias. Algunas Consideraciones Sobre su Eficacia y su Implementación en la Práctica Diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 5, 40, 147S-165S.
- Colom, F. & Lam, D. (2005). Psychoeducation: Improving Outcomes in Bipolar Disorder. *European Psychiatry*, 20, 359-364.
- Cuevas, Y. C. y López, P. A. (2012). Intervenciones Psicológicas Eficaces para el Tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 1, 97-114.
- Dale, L. (1994). Educación Familiar o Psicoeducación Conductual Familiar: Tomando una Decisión. Recuperado en: <http://espanol.worldschizophrenia.org/alianza/members/johnson.spanish.pdf>
- De Groot, L.; Lloyd, C. & King, R. (2003). An Evaluation of a Family Psychoeducation Program in Community Mental Health [Version electronica], *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1, 27, 18-23.
- De la Rica, M. y Hernando, I. (1994). Cuidadores del Anciano Demente. *Revista Rol de Enfermería*, 187, 35-40.

- De los Reyes, M. C. (2001). Construyendo el Concepto de Cuidador de Ancianos. Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur. IV Reunión de Antropología del Mercosur. Brasil. <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/06CuidadoresdeAncianos.pdf>
- Díez, E. J., Redondo, M. L., Arroniz, C.; Giacchi, A.; Zabal, CH.; Salaberri, A. (1995). Malestar Psíquico en Cuidadores Familiares de Personas Confinadas en su Domicilio. *MEDIFAM*, 3, 124-130.
- Domínguez-Alcón, C. (1998). Cuidado Informal, Redes de Apoyo y Políticas de Vejez. *Index de Enfermería*, 23, 15-21.
- Durna, Z. y Ozcan, S. (2003). Evaluation of Selfmanagement Education for Asthmatic Patients. *Journal Asthmatic*, 40, 631-643.
- Espín, A. A., Leyva, S. B., Vega, G. E., Simón, M. J., Arencibia, P. H., Ochoa, B., Rodríguez, R. L., García, O. M., López, P. M., Diéguez, D. R. y Suárez, C. Z. (2005). *¿Cómo Cuidar Mejor? Manual para Cuidadores de Personas Dependientes* [Versión electrónica], 1-95. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/como_cuidar_mejor
- Expósito, C. Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer [Versión electrónica], *Revista Haban de Ciencias Médicas*, 3, 7.
- Fallon, I.; Boyd, C.& McGill, C. (1984). *Family Care of Schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Francisco del Rey, C. y Mazarrasa, L. (1995). Cuidados Informales. *Revista Rol de Enfermería*, 202, 61-65.
- Fukuyama, F. (2001). *La gran ruptura. Naturaleza Humana y Reconstrucción del Orden Social*. Madrid: Suma de Letras.
- García, B. E. (2007). Tratamiento Psicoterapéutico de los Trastornos Límite de la Personalidad (TLP): *Clínica y Salud*, 18, 3, 347-361.

- Glaserfeld, E. V. (1987). *The Construction of Knowledge: Contribution to Conceptual Semantics*. U.S.A.: Intersystems Publications.
- Glick, I. D., Dulit, R. A., Wachter, E. & Clarkin, J. F. (1995). The Family, Family Therapy and Borderline Personality Disorder. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 237-246.
- Gómez, R. M. y González, V. F. (2004). El Cuidador del Paciente con Demencia: Aplicación del Test Índice del Esfuerzo del Cuidador. *Revista Española Geriatría y Gerontología*, 39, 3, 154-159.
- Gómez, B. F.; Ruíz de Alegría, L.; Martín, A. B.; San Jorge, B. y Letona, J. (1999). Perfil del Cuidador, Carga Familiar y Severidad de la Demencia en tres Ámbitos Diferentes: Domicilio, Centro de Día y Residencia de Válidos. *Revista Española Geriatría y Gerontología*, 34, 3, 141-149.
- Grad, J. & Sainsbury, P. (1963). Mental Illness and the Family. *The Lancet*, 7280, 544-547.
- Gunderson, J. G. (2002). *El Trastorno Límite de la Personalidad. Guía Clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Hébert, R., Lévesque, L., La Voie, J.P.; Véxina, J., Gendron, C. y Prévile, M. (1999). Ayuda a los Cuidadores de Personas afectadas de Demencia que viven en el Domicilio. *Año Gerontológico*, 13, 217-234.
- Herrera, G. M. (1998). Nuevos Desafíos en Políticas Sociales: The Community Care. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 82, 249-281.
- Islas, S. N., Ramos del Río, B., Aguilar, E. M. y García, G. M. (2006). Perfil Psicosocial del Cuidador Primario Informal del Paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19, 4, 266-271.
- Izquierdo, M.J., (2004). El cuidado de los individuos y de los grupos: quien se cuida. *Debate Feminista*, 30, 129-153.

- Jamieson, A. Eillsley, R. (1993). *Comparación de políticas Europeas de Atención a las Personas Ancianas*. Barcelona: SG Editores.
- Keefler, J.& Koritar, E. (1994). Essential Elements of a Family. Psychoeducation Program in Aftercare of Schizophrenia [Versión electrónica], *Journal of Marital and Family Therapy*, 4,20, 369-380.
- Koldobsky, N. (2005). *Trastorno Borderline de la Personalidad. Un Desafío Clínico*. Buenos Aires: Polemos.
- Lawson, C. A. (2000), *Understanding the Borderline Mother. Helping her Children Transcend the Intense, Unpredictable, and Volatile Relationship*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Leff, J.; Kuipers, L.; Berkowitz, R. & Sturgeon, D. (1985). A Controlled Trial of Social Intervention in the Families of Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry*, 146, 594-600.
- Lewis, J. M. (1986). Family Structure and Stress. *The Family Process*,25, 2, 235-248.
- Linden, W. (2000). Psychological Treatments in Cardiac Rehabilitation: Review of Rationales and Outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 4, 48, 443-454.
- Linehan, M. M. (1993/2003). *Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite*. Barcelona: Paidós.
- López, G. D. (2004). *Psicoterapia Focalizada en la Transferencia para pacientes Limítrofes*. México: Editores de Textos Mexicanos, S.A. de C.V.
- Losada, B. A., Montorio, C.I., Izal, F. M. y Márquez, G. M. (2006). *Estudio e Intervención sobre el Malestar Psicológico de los Cuidadores de Personas con Demencia. El Papel de los Pensamientos Disfuncionales*. Madrid: Editorial INMERSO.

- Martínez, C. E. (2010). *Cambio de Actitudes en los Cuidadores Primarios ante el Trastorno Límite de la Personalidad*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mateu, M. L., Panisello, M. J., Lasaga, A. y Sardá, N. (2000). *Sobre la Mortalidad en Cuidadores de Pacientes Confinados en Domicilio*. *Atención Primaria*, 25, 6, 164.
- Maturana, H. (2001). *Emociones y Lenguaje en Educación Política*. Chile: Dolmen Ensayo.
- Mc Farlane, W. R.; Dixon, L., Luckens, E.& Lucksted, A. (2003). Family Psychoeducation and Schizophrenia: A Review of Literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2, 29, 223-245.
- Melgoza, M. M. (2002). *Adolescencia: Espejo de la Sociedad Actual. Serie: Repasando y Repensando la Adolescencia*. México: Editorial Lumen.
- Minuchin, S. y Fishman, Ch. (2004). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Montorio, I., Fernández de Troconiz, M. I., López, L. A. y Sánchez, C. M. (1998). La Entrevista de Carga de Cuidador. Utilidad y Validez del Concepto de Carga. *Anales de la Psicología*, 14, 2, 229-248.
- Nielsen, D., Ryg, J.; Nielsen, W., Knold, B., Nissen, N. & Brixen, K. (2010). Patient Education in Groups Increases Knowledge of Osteoporosis and Adherence to Treatment: A two-year Randomized Controlled Trial [Versión electrónica], *Patient Education & Counseling, The Leading International Journal for Communication in Healthcare*, 81, 155-160.
- Olmsted, M. P., Daneman, D., Rydall, A. C., Lawson, M. L. & Rodin, G. (2002). The Effects of Psychoeducation on Disturbed Eating Attitudes and Behavior in Young Women with Type 1 Diabetes Mellitus. *International Journal Eating Disorders*, 36, 629-639.

- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Papalia, D. E. y Wendkos, O. S. (1988). *Psicología*. U.S.A: Mc Graw Hill.
- Peinado, A. I. y Garcés de los Fayós, R. E. (1998). Burnout en Cuidadores Principales de Pacientes con Alzheimer: El Síndrome del Asistente Desasistido. *Anales de la Psicología*, 1, 14, 83-93.
- Peiró, S. J. (2001). El Estrés Laboral: Una Perspectiva Individual y Colectiva. *Investigación Administrativa*, 30, 88, 31-40.
- Pekkala, E. & Merinder, L. (2002). Psychoeducation for Schizophrenia [Versión electrónica], *The Chochrane Schizophrenia Library*, CD002831, 10.
- Penn, D. L. & Mueser, K. T. (1996). Research Update on the Psychosocial Treatment of Schizophrenia [Versión electrónica], *American Journal of Psychiatry*, 5, 153, 607-617.
- Penn, P. (1983). Coalitions and Binding Interactions in Families with Chronic Illness. *Family Systems Medicine*, 3, 3, 16-25.
- Perry, A., Tarrier, N., Morris, R., McCarthy, E. & Limb, K. (1999). Randomised Controlled Trial of Teaching Patients with Bipolar Disorder to Identify Early Symptoms of Relapse and Obtain Treatment. *The BMJ*, 518, 149-153.
- Pervin, A. L. (1988). *La Ciencia de la Personalidad*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Bender, W., Engel, R., Michael, W. & Werner, K. (2006). Psychoeducation and Compliance in the treatment of Schizophrenia: Results of the Munich Psychosis Information Project Study [Version electrónica], *Journal of Clinical Psychiatry*, 3, 67, 443- 452.

- Pladevall, M., Brotons, C., Gabriel, R.; Arnau, A., Suárez, C., De la Figuerola, M., Márquez, E., Coca, A.; Sobrino, J., Divine, G., Heisler, M. & Williams, K. (2010). Multicenter Cluster-Randomized Trial of Multifactorial Intervention to Improve Antihypertensive Medication Adherence and Blood Pressure Control Among Patients at high Cardiovascular Risk (The COM99 Study). *Circulation Journal of the American Heart Association*, 122, 1141-1144.
- Robles, de F. T., Eustace, J. R. y Fernández, de C. M. (1987). *El Enfermo Crónico y su Familia. Propuestas Terapéuticas*. México: Centro Mexicano de Investigación y Clínico y Ediciones Nuevomar, S.A. de C.V.
- Roca, R. M., Úbeda, B. I., Fuentelsaz, G. C., López, P. R., Pont, R. A., García, V. L. y Pedreny, O. R. (2000). Impacto del Hecho de Cuidar en la Salud de los Cuidadores Familiares. *Atención Primaria*, 4, 26, 217-223.
- Rolland, J. S. (1984). Toward a Psychosocial Typology of Chronic and Life-Threatening Illness. *Family Systems Medicine*, 2, 3, 245-262.
- Rodríguez, C. C. y Murias, F. E. (2006). Situación Actual de los Tratamientos en el Trastorno Límite de Personalidad. *Psiquitría.com*, 10 (1), 1-27.
- Ruíz, J.M., Núñez, P. J., Jódar, A. R. y Peón, M, R. (2008). *Calidad de Vida y Esquizofrenia*. Madrid: AMAFE.
- Schwartzman, J. (1985). Health, Illness, and the Family: An Evolutionary Perspective. *Family Systems Medicine*, (3), 4, 447-453.
- Scott, J. & Colom, F. (2005). Psychosocial Treatments for Bipolar Disorders [Versión electrónica], *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 371-384.
- Scott, J. & Colom, F. (2008). Gaps and Limitations of Psychological Interventions for Bipolar Disorders [Versión electrónica], *Psychotherapy Psychosomatics*, 77, 4-11.
- Selvini, P. M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (2004). *Paradox and Counterparadox*. Maryland: Jason Aronson Book.

- Simon, F. B., Stierlin, Y. & Wynne, L. (1985). *The Language of Family Therapy: A Systemic Vocabulary and Source Book*. New York: Family Process Press.
- Sluzki, C.E. "Process, Structure and World Views: Towards an Integrated View of Systematic Models in Family Therapy". *Family Process* (1983), 3 (2), 469-476.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J. S., Porceddu, K., Watts, W. & Freeman, H. (1988). The Community Management of Schizophrenia: A Controlled Trial of a Behavioural Intervention with Families to Reduce Relapse. *British Journal of Psychiatry*, 153, 532-542.
- Tesch-Römer, C. (2001). Intergenerational Solidarity and Caregiving. Original Contribution to the Main Topoc. *Z Gerontol/Geriat*, 34, 28-33.
- Úbeda, I., Roca, M., y García V. I. (1997). Presente y Futuro de los Cuidados Informales. *Enfermería Clínica*, 8, 3, 116-120.
- Vaughn, C.E. & Leff, J. P. (1981). Patterns of Emotional Response in Relatives of Schizophrenia Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 43-44.
- Venegas, B. B. (2006). Habilidad del Cuidador y Funcionalidad de la Persona Cuidada. *Revista Aquichan*, 6, 6, 137-147.
- Vieta, E. & Colom, F. (2004). Psychological Interventions in Bipolar Disorder: From Wishful Thinking an Evidence-Based Approach [Versión electrónica], *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement*. 110, 422, 34-38.
- Vieta, E., Pacchiarotti, I., Valenti, M., Berk, M., Scott, J. & Colom, F. (2009). A Critical Update on Psychological Interventions in Bipolar Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 11, 494-502.
- Von Foerster, H. (1984). *Observing Systems*. U.S.A.: Intersystems Publication.

- Wallsten, S. S. (2000). Effects of Caregiving, Gender, and Race on the Health, Mutuality, and Social Supports of Older Couples. *Journal of Aging and Health*, 12, 1,90-111.
- Wolever, R. Q., Dreusicke, M., Fikkan, J., Hawkins, T. V., Yeung, S., Wakefield, J., Duda, L., Flowers, P., Cook, C. & Skinner, E. (2010). Integrative Health Coaching for Patients with Type 2 Diabetes: A Randomized Clinical Trial [Versión electrónica], *Diabetes Educator*, 4, 36,629-639.
- Yanguas, J. J., Leturia, F. J. y Leturia, M. (2000). Apoyo Informal y Cuidado de las Personas Mayores Dependientes. *Papel del Psicólogo*, 76, 23-32.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A New View of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

Anexo 1

Cuestionario Abierto

1. ¿Qué espera de este taller?

2. ¿Qué cosas le gustaría que se tratarán en este taller

3. ¿Cuál debe ser la actitud del instructor o facilitador ante los participantes del taller?

4. ¿Qué elementos serían importantes para que se conduzca de manera más participativa este taller?

5. ¿Qué aspectos considera que pueden ser de utilidad para que este taller sea exitoso?

6. Hasta este momento teniendo una escala del 1 al 5 ¿cómo evaluaría este taller?

Anexo 2

“Siempre me he sentido triste, con mucho miedo al abandono...hace una semana termine con mi pareja... me dan ganas de golpearme...” sic.pac.

“Tengo miedo de hacerme dependiente del Rivotril... tengo miedo que luego que me quiten el medicamento retroceda otra vez... no sólo fue lo de mi ex novio, yo ya estaba mal desde antes...” sic.pac.

“Vengo porque tengo veinte días en que me viene el pensamiento de matarme... yo no lo quiero hacer, pero pensé hoy tres veces en tirarme de un puente cuando pasaba por él... me siento como que no es real lo que está pasando y nunca me había sentido así... tengo muchas ganas de llorar porque estoy desesperada” sic. pac.

“Me dio mucho miedo, porque yo no lo quiero hacer, pero siento que me puede ganar el impulso...” sic. pac.

“Tenía ganas de matarme porque tenía muchos conflictos con mi esposo... y pensé en aventar a la niña contra la pared...” sic.pac.

“Dice mi madre que somos histéricas, que somos como olla exprés, por eso no podemos estar juntas, sólo un rato y ya” sic.pac.

Anexo 3

Emociones

Papalia y Wendkos (1988), mencionan que “las emociones son reacciones subjetivas al ambiente que van acompañadas de respuestas neuronales y hormonales, generalmente experimentadas como agradables o desagradables y consideradas como reacciones adaptativas que afectan nuestra manera de pensar” (p.319).

Las emociones se relacionan con la Teoría de los tres componentes de la Motivación pues, poseen también éstos tres componentes, que son el biológico, el aprendido y el cognitivo. La combinación de estos tres, afectan nuestra manera de entender el mundo que nos rodea, así como nuestra manera de actuar en él; como lo sostiene Maturana (2001).

Debido a que las emociones son estados afectivos, indican nuestro estado interno personal, motivaciones, deseos y necesidades. El miedo, el enojo, la alegría, la tristeza; son algunas de las principales emociones

- Las emociones son universales e inevitables.
- Se pueden expresar de manera verbal, corporal y en acciones o conductas.
- Proviene de sensaciones universales mismas que no requieren explicarse desde lo racional, juzgarse o justificarse, sino que requieren del contacto con nuestro sentir.
- Pueden provenir de situaciones reales, deseos, creencias y expectativas y/o de la idea que el sujeto tiene de sí mismo.

Cómo manejarlas:

- Es importantísimo saber que son naturales e inevitables.
- Otros aspectos fundamentales son reconocerlas, identificarlas y aceptarlas como propias.
- Tenemos que permitirnos sentir las y experimentar con ellas (no justificarlas, ni racionalizarlas).

- Redirigirlas de lo impulsivo a acciones que permitan que transiten y satisfagan la necesidad que las originó.
- En la actualidad somos analfabetas emocionales, no sabemos expresar lo que sentimos, vamos por la vida diciendo “siento cosa”, “estoy dos tres”, “estoy, que ya es ganancia”. Todo esto, porque no poseemos el lenguaje suficiente para nombrar aquello que estamos experimentando.
- Cuando verdaderamente estamos contactados con nuestras emociones, la manera en que las expresarnos es simple y directa.
- En ocasiones las emociones se manifiestan con tanta fuerza que bloquea cualquier otra actividad, especialmente la capacidad cognitiva.

Enojo:

- Surge como una reacción ante una carencia o una frustración.
- No es una emoción placentera.
- Generalmente, es la última emoción que aprendemos a manejar.
- Para controlarlo generalmente, lo colocamos fuera de nosotros.
- Generalmente va disfrazado de otras emociones, pues socialmente es la emoción menos aceptada.
- Puede oscilar desde una sensación de inseguridad, hasta fuertes ataques de pánico.

Tristeza:

- De ella se desprende la melancolía.
- En situaciones patológicas puede conllevar a una depresión.
- La tristeza es un sentimiento básico del dolor.
- Es una emoción de descontento ante la pérdida.
- Requiere la búsqueda de un espacio personal y de aislamiento de la gente alrededor.
- La tristeza inhibe la energía.

Miedo:

- Reacciona como una alarma personal que indica que nos hemos arriesgado demasiado ante lo desconocido.
- Es un mecanismo de sobrevivencia.
- La ansiedad es una sensación que regularmente manifiesta dicha emoción.
- Puede surgir por carencia (sensación de desamparo real o supuesto), insuficiencia (sentimiento de inferioridad) o ante lo que le es nuevo o le genera conflicto (muerte, enfermedad, dolor, etc.).
- La puede generar la sobreprotección de la familia o padres exigentes a los cuales no se alcanzó a cubrir sus expectativas.

Estrategia para manejar el enojo:

- Apropiarse de él, cambiar el “Me enoja que tú...” por “Me siento enojado por...”.
- Graduar la respuesta, ponerle valor al enojo. Sí logramos aprender a vislumbrar los niveles del enojo se propiciará un manejo adecuado del mismo, ya que esto nos ayudará a poder sacar la presión que tenemos dentro.
- Diagnosticar la amenaza y regular nuestras respuestas. Dar tiempo, respirar profundamente y analizar los motivos reales de mi enojo. Lo anterior, debido a que las reacciones ante el enojo son demasiado impulsivas y pocos controlables si las desconocemos.
- Perdonar, desde las expectativas propias hasta las que tenemos o tiene otro de uno mismo.
- Hacer actividades positivas de descarga, y al finalizar cuando la tensión haya disminuido, expresar abiertamente los motivos del enojo.

Estrategia para manejar la tristeza y el miedo:

- Volver al espacio personal.
- Ocuparse de nosotros mismos y de lo que sentimos que es importante.

- No quedarnos estancados y separados por periodos largos de tiempo de la gente que nos ama.
- Descansar.
- Concentrarse en sí mismo/a.
- Buscar a alguien con quien compartir. Esto nos dejará cansados y relajados.
- Utilizar el arte como expresión de la emoción.
- Realizar actividades que nos hagan sentir bien.
- Llorar.
- Bañarse.

Anexo 4

Cuestionario Mixto

1. ¿Qué son para usted las emociones?

2. ¿Cuáles son los tres componentes de una emoción?

3. Mencione algunas de las principales emociones: _____

4. ¿Cuál es la emoción con la que generalmente se identifica y por qué?

5. Mencione cuatro emociones que usted siente al estar al cuidado de su paciente:

6. ¿Qué cree usted que sea lo que le genera estas emociones?

Anexo 5

Cuestionario Cerrado

1. De acuerdo a lo revisado en esta sesión, defina ¿Qué es el Trastorno Límite de la Personalidad?

2. ¿Cuáles son algunos de las conductas de riesgo que presentan las personas con este trastorno?

3. ¿Cuáles son algunas de las principales causas revisadas hoy, las que pueden originar éste trastorno?

- 4.- ¿En quienes es más frecuente que aparezca este trastorno? _____

- 5.- ¿Cuáles son algunas de las principales opciones de tratamiento mencionadas en la sesión?

Anexo 6

Cuestionario Cerrado

1. Después del tema revisado, ¿cómo definiría usted el concepto de familia?

2. De acuerdo a su estructura Minuchin define a la familia como: amalgamada y desligada Cierto_____ Falso_____

3. Existen dos parámetros que influyen sobre el curso de cualquier enfermedad, ¿cuáles son?

_____ y _____

4. ¿Es cierto que una familia flexible tiene más posibilidades de hacer frente a la enfermedad, cualquiera que esta sea y por qué?

5.- De lo revisado en la sesión de hoy, mencione algunos de los principales factores que influyen para la aparición del Trastorno Límite de la Personalidad:

Anexo 7

Estrés

El estrés es una de las causas de mayor infelicidad en las sociedades modernas y esta originado por el modelo de vida que llevamos. El estrés aparece cuando de un modo constante estamos sumergidos en situaciones desagradables, situaciones que estropean nuestra salud, calidad de vida y felicidad.

Así pues, el estrés es una respuesta automática y natural de nuestro cuerpo (ante las situaciones que nos resultan amenazadoras o desafiantes) y que nos permite prepararnos para enfrentar las posibles demandas de una nueva situación. Es un mecanismo necesario para la supervivencia y permite la adaptación del organismo al medio.

En general creemos que el estrés es consecuencia de circunstancias externas a nosotros, cuando en realidad; es un proceso de interacción entre los eventos del entorno y nuestras respuestas cognitivas, emocionales y físicas.

Una persona en una situación normal tiene tensiones y las precisa para realizar las cosas que hace, por ejemplo:

- Para sostener un libro, leerlo y entenderlo se precisa tensión muscular y atención. Es decir, estrés que es necesario y útil.
- Para comenzar un proyecto, jugar un partido de fútbol, hablar en público se precisa un estrés que lleve y mueva a ello.

El estrés es: natural, funcional, útil, y necesario; pues sin él no existiría la vida. Ningún tipo de vida.

Cuando la respuesta de estrés se prolonga e intensifica en el tiempo puede afectar nuestra salud, nuestro desempeño académico, profesional, e incluso nuestras relaciones personales.

Historia del Estrés:

En 1936 Hans Selye, estudiante de medicina de la Universidad de Praga observó que los enfermos tenían síntomas comunes como lo eran la fatiga, debilidad, pérdida de peso y dificultad para conciliar el sueño. Al comienzo lo llamó “Síndrome de estar Enfermo” y en 1950, comenzó a llamarlo estrés, mencionando que éste era la respuesta adaptativa del organismo ante diversos estresores.

El estrés es un término que proveniente de la física y se refiere a la presión que ejerce un cuerpo sobre otro con la tendencia de destrozarse aquel que recibe más presión. Es decir, el estrés es una reacción a una fuerza externa y cuando hay demasiado el objeto se rompe o cambia de forma.

En medicina estrés significa: (del inglés *stress*, tensión o fatiga). En determinados momentos de nuestras vidas nos ha tocado enfrentar situaciones que nos conducen a estados de estrés de mayor o menor intensidad, negativo y positivo. Se han acuñado dos términos para definir cuando el estrés es positivo y cuando el estrés es negativo.

Los profesionales de la salud debemos hacer 3 distinciones: estrés, distrés y eustrés.

Distrés

El distrés, que conlleva importantes consecuencias negativas para el individuo que lo sufre. Habitualmente, se ha entendido en este sentido el término genérico de estrés (Peiró, 2001 p. 35). El distrés crónico a menudo resulta en sentimientos de desesperanza, impotencia y miseria. Por ejemplo:

- Un gusano de seda no puede estar permanentemente luchando por salir del capullo.
- Una cebra no puede pasarse todo el día corriendo porque le atacó un león en el pasado.

- No se puede estar permanentemente en proyectos que requieran de la atención durante meses y meses, debido a que el ser humano precisa descansar y dormir.

Así pues, hablaremos del estrés como algo saludable y del distrés como algo negativo. En esta fase el organismo se colapsa por la intensidad del distrés y pueden aparecer alteraciones psicósomáticas.

1. Alteraciones Físicas:

a) Alteraciones Digestivas:

- Úlcera de estómago.
- Colon irritable.
- Dispepsia funcional.
- Colitis ulcerosa.
- Aerofagia.

b) Alteraciones Respiratorias:

- Hiperventilación.
- Disnea.
- Asma psicógena.
- Sensación de ahogo.

c) Alteraciones Nerviosas:

- Pérdida de memoria.
- Cefaleas.
- Insomnio.
- Astenia.
- Ansiedad.
- Cambios de humor.
- Aumento de consumo de drogas sociales.
- Depresión.

d) Alteraciones Sexuales:

- Impotencia.
- Eyaculación precoz.
- Vaginismo.
- Alteraciones de la libido.
- Dispareunia.

e) Alteraciones Dermatológicas:

- Prurito.
- Ezcema.
- Hipersudoración.
- Alopecia.
- Dermatitis atópica.

f) Alteraciones Musculares

- Risa nerviosa.
- Precipitaciones a la hora de actuar.
- Calambres.
- Contracturas.
- Rigidez.
- Hiperreflexia.
- Hiporreflexia.
- Dolor muscular.

g) Alteraciones Cardiovasculares

- Taquicardia.
- Extrasístoles.
- HTA.
- Dolor precordial.

- Aceleración de la arteriosclerosis.
- Angina de pecho.
- Infarto de miocardio.

h) Alteraciones Inmunológicas

- Infecciones frecuentes.

2. Alteraciones Psicológicas:

- Preocupación excesiva.
- Falta de concentración.
- Falta de control.
- Desorientación.
- Olvidos frecuentes.
- Consumo de fármacos.

Estas alteraciones psicológicas podrían dar lugar a las siguientes alteraciones de conducta:

- Temblores.
- Tartamudeo.
- Hablar rápido.
- Imprecisión para expresarse.
- Falta de apetito.
- Bostezos frecuentes.
- Conductas impulsivas.
- Comer excesivamente.

La parte más difícil del estrés crónico es que nos acostumbramos a él y pensamos que es esa la forma de vida que se supone, debemos vivir. Sin embargo, estar acostumbrado a esta situación; no hace que los síntomas sean menos peligrosos.

Eustrés:

El eustrés es un estado de conciencia, en el cual pensamiento, emoción y conducta parecen organizarse para proporcionar un bienestar general de alegría, satisfacción y energía vital. Podemos decir, que el eustrés es estrés positivo y que por medio de él podemos alcanzar de nuevo un equilibrio emocional para enfrentar situaciones de tensión de una manera más adecuada.

El eustrés no solo incrementa la vitalidad, salud y energía, sino que, además; facilita la toma de decisiones que permitirán llevar la iniciativa en el desarrollo como ser humano, permitiendo un nivel de conciencia capaz de sentir la vida como una experiencia única y valiosa.

Entre otros beneficios del eustrés podemos mencionar los siguientes:

- ✓ La cantidad adecuada de eustrés es estimulante y saludable.
- ✓ Llevamos a cabo las tareas más rápido y mejor.
- ✓ Nuestros músculos se fortalecen.
- ✓ Mejora la función del corazón.
- ✓ Aumenta la resistencia.
- ✓ El pensamiento se agiliza.
- ✓ Algunos expertos dicen que el eustrés incluso puede ayudar a nuestro cuerpo a combatir las infecciones.
- ✓ Alivia los efectos del distrés (resultados, consecuencias), desacelerando el proceso de sobre activación psicofisiológica.
- ✓ Esta desaceleración, (aunque no ataque las causas sino los síntomas), ha demostrado ser muy benéfica; siempre que se cuente con el tiempo necesario para establecerlo de manera diferente de lo habitual a fin de encontrar otro “ritmo cognitivo” que proporcione al sujeto nuevas posibilidades de auto-observación y cambio.
- ✓ Diversas actividades deportivas, sociales, sexuales, etc. (y practicadas de forma empática y no competitiva); procuran experiencias muy positivas: sensaciones y sentimientos placenteros (sensación de bienestar, de adaptación), fortalecimiento de la propia autoeficacia-autoestima,

reforzamiento de estrategias de afrontamiento, etc. (Bunting, Little, Tolson, & Jessup, 1986).

El objetivo fundamental del eustrés es superar la situación negativa de distrés, usando diversas tácticas y técnicas. Las cuales trabajan sobre las causas y las consecuencias.

Trabajan sobre las causas: técnicas de resolución de problemas, optimización de los procesos cognitivos de apreciación de la realidad, reforzamiento y/o mejora de las estrategias de afrontamiento, aprendizaje de nuevas habilidades sociales; todas éstas favorecen la función del locus de control interno del individuo.

Trabajan sobre las consecuencias: técnicas de relajación con distintos métodos de relajación psicofísica (Jacobson & Shultz, 1929). Éstas técnicas, se emplean para reducir la tensión muscular para relajar y desocupar la mente. La liberación y bienestar físico sirven de punto de partida para que la psique del sujeto se libere de los procesos nocivos del distrés. Sin embargo, el eustrés ataca tanto a los síntomas como a la raíz del problema.

Entrenamiento en Técnicas de Relajación

Estar relajado es lo opuesto de estar tenso y, estar tenso es usar energías para mantener el cuerpo y la mente en un estado de rigidez y alerta que no siempre es el adecuado y además, consume mucha energía.

La utilización de la relajación tiene una larga historia en medicina general, psicología clínica y psiquiatría. En 1929, Edmund Jacobson se centró principalmente en la exploración de la concepción de Watson, según la cual los sentimientos y pensamientos se localizan en la musculatura periférica. Jacobson que era médico, se refirió también a los beneficios derivados de la relajación para los individuos ansiosos.

Su método consiste en atraer la atención del sujeto sobre la sensación de contracción muscular. Se ocupa de los grupos musculares uno tras otro, hasta la relajación profunda. En la segunda fase se educa al sujeto hacia la relajación

diferencial durante el curso de las actividades del día. La última fase obtiene un descondicionamiento total de la musculatura.

En 1959, Shultz y Luthe investigaron independientemente la utilización de lo que llamaron entrenamiento autógeno para la reducción de la ansiedad y el logro de una sensación de bienestar.

El método de Shultz consiste en entrenar al sujeto en una relajación miembro por miembro.

En 1963; Haugen, Dixon y Dicel delinearon una terapia completa basada en la relajación muscular profunda.

Objetivos de las Técnicas de Relajación:

- ✓ El objetivo del entrenamiento de relajación es la desensibilización sistemática ante situaciones de ansiedad específica.
- ✓ La capacidad de relajación adquirida resulta de utilidad en las sesiones de terapia, pues facilita el ensayo conductual en los casos en que la representación de un rol determinado provoca niveles de ansiedad en las que el paciente no logra seguir las instrucciones o asumir la conducta de que se trata.
- ✓ La reestructuración de ideas constituye un objetivo reciente de ésta técnica convenciendo a los pacientes que pueden controlar mediante la relajación: palpitaciones y sensaciones corporales de modo más natural.
- ✓ Para que el terapeuta pueda iniciar un régimen de reestructuración cognitiva.
- ✓ Se ha logrado reducir y casi eliminar por completo el dolor de cabeza provocado por la tensión, mediante la enseñanza de la relajación.
- ✓ Con el entrenamiento de la relajación, el paciente llega a concebirse como alguien capaz de controlar sus tensiones.
- ✓ Se produce un cambio general en el concepto que el paciente tiene de sí mismo y en esa medida la sensación de que él es quien tiene el control, va cobrando fuerza.

- ✓ La capacidad de relajarse puede ser aplicada a situaciones tensionantes fuera de la terapia como, por ejemplo: visita al dentista, subirse a un avión, etc.

1.- Visualización o Relajación en Imaginación (Imaginaria)

Objetivo: Que el paciente o cliente controle su propio nivel de activación sin la ayuda de recursos externos.

Descripción: Se dirige al cliente a imaginar situaciones agradables que induzcan a la relajación.

Procedimiento de aplicación: Consiste en evocar de manera imaginaria una escena, situación o acontecimiento que tenga un valor especial para tranquilizar o relajar a la persona.

Por ejemplo: Imagínese tendido al sol en una playa, o imagínese sentado en su sillón favorito oyendo música, etc.

Pueden asociarse además a la visualización determinadas palabras o frases de contenido relajante (“calma”, “respira hondo”, etc.), que ayuden en el momento de su utilización a potenciar los efectos que se persiguen.

2.- Respiración Diafragmática



Anexo 8

Vulnerabilidad Humana

Feito (2007), ha hecho importantes contribuciones al estudio de la vulnerabilidad. Una de ellas se refiere a que la vulnerabilidad es una característica de lo humano; la cual va desde el momento en que el ser humano es concebido, durante su nacimiento, primera infancia, niñez, adolescencia y finalmente a lo largo de toda su vida adulta.

La palabra vulnerabilidad emana del latín y está conformada por tres partes latinas claramente diferenciadas: el sustantivo *vulnus*, que puede traducirse como “herida”; la partícula *-abilis*, que es equivalente a “que puede”; y finalmente el sufijo *-dad*, que es indicativo de “cualidad”. De ahí que vulnerabilidad pueda determinarse como “la cualidad que tiene alguien para poder ser herido”. Siendo ésta su segunda contribución.

Ante esta posibilidad de ser vulnerable, el medio ambiente se convierte en un factor determinante para que se produzca un daño, un evento adverso, un riesgo, una incapacidad de respuesta y una inhabilidad para adaptarse al nuevo escenario generado por la materialización del riesgo. Es en este contexto es en el que cobra relevancia la idea de poblaciones vulnerables, es decir, aquellas que son susceptibles al daño en el medio en el que viven.

La vulnerabilidad tiene dos componentes explicativos. Por una parte, la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, grupos, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento natural, económico y social de carácter traumático. Por otra, el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, grupos, familias y personas para afrontar sus efectos.

La definición de los diccionarios nos habla de un sentimiento muy humano. ¿Quién no se siente vulnerable ante una amenaza, ante el peligro o ante el sufrimiento? La clave para entender todo esto está en darnos cuenta de que lo que nos hace verdaderamente susceptibles no es nuestra vulnerabilidad, sino nuestras creencias, el poder que otorgamos a lo que creemos que puede herirnos. Sin embargo, el vocablo “vulnerabilidad” expresa tanto la exposición al riesgo como la medida de la capacidad de cada unidad para enfrentarlo a través de una respuesta. Es decir, la vulnerabilidad posee otra cara que corresponde a las capacidades de las personas, esto es: los recursos y aptitudes que les permiten afrontar y mejorar su vida diaria, así como también, encarar los procesos de desastre y posterior rehabilitación.

La Vulnerabilidad en el plano de la Salud:

Las enfermedades y las incapacidades corporales son una fuente importante de vulnerabilidad, tanto para las personas que las padecen como para aquellas familias en las que éstas representan una alta proporción respecto a los miembros sanos con capacidad de generar ingresos. La enfermedad reduce la capacidad de trabajo y la obtención de ingresos.

Si bien es cierto que todas las personas somos vulnerables, también es cierto, que cada una en función de sus circunstancias socioeconómicas y condicionantes personales, tiene su propio nivel de vulnerabilidad; así como también, su propio tipo de vulnerabilidad. Esto significa que uno puede ser muy vulnerable a un tipo de catástrofe potencial, pero poco a otra, ya que cada una de ellas golpea de forma diferente y pone a prueba aspectos diferentes. Es decir, la vulnerabilidad es una dimensión relativa.

La exposición a la vulnerabilidad se traduce como: eventos excepcionales, inesperados, consecuencia directa de factores naturales (meteorológicos, medioambientales o demográficos), factores con relación causal (enfermedades hereditarias o congénitas) y factores sin relación causal (agentes patógenos de la vida diaria).

La vulnerabilidad no es estática, sino dinámica en el tiempo, esto es, puede aumentar o disminuir.

Existen también, determinadas tendencias contrarrestantes de la vulnerabilidad, como son, las estrategias de afrontamiento. Estos mecanismos pueden mitigar e incluso frenar el proceso de crisis, sobre todo, si actúan en las fases iniciales. Si fracasan o se agotan, es probable que se presente cierto malestar general que puede convertirse en caos. Es por esta razón, que la capacidad de decisión del individuo que es el impacto de todos los factores (estructurales, procesos, condiciones personales) que posee pueden ser modificados. En parte por su propia capacidad, mayor o menor según las circunstancias para decidir y tomar o no determinadas actuaciones.

En definitiva, todo tipo de intervención, sea de desarrollo, mitigación, emergencia o rehabilitación, debería orientarse a dos objetivos comunes: reducir la vulnerabilidad y reforzar las capacidades de las personas, familias y comunidades. Resultando así, en un factor decisivo para la capacidad de familias e individuos de afrontar los desastres y también de recuperarse tras ellos.

Creencias como las siguientes, son las que me hacen vulnerable:

- Entender mi condición como debilidad, es lo que me hace verdaderamente vulnerable.
- Cuando vivo mi relación con los demás desde el miedo a ser atacado, temeroso de lo que puedan pensar de lo que digo, hago o pienso, eso me hiere.
- Si pedir ayuda, decir “no sé”, dar las gracias, reconocer que necesito a los demás y que yo solo no puedo... me sitúa por debajo de los otros. Porque el sentimiento que me despierta me hace sentir inferior, menos valorado y más débil.

- No es extraño que para mucha gente la vulnerabilidad sea sinónimo de debilidad.

Finalmente, debemos entender que vivir humanamente significa ser vulnerable, pero, la vulnerabilidad puede también tener otro rostro. Un rostro de fortaleza en nuestras relaciones para acercarnos y vincularnos con los demás de manera más humana.

Anexo 9

Habilidades Sociales

De acuerdo a Caballo (1991), la conducta socialmente habilidosa puede definirse como:

Un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (p. 407).

Así pues, las Habilidades Sociales (HS) podrían definirse como aquellas conductas que resultan eficaces en la interacción social; nos ayudan a comunicar nuestras emociones y necesidades de forma precisa y nos permiten conseguir los objetivos interpersonales que deseamos.

Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS):

El EHS es una técnica de intervención basada en los principios del Aprendizaje Social. Incluyen diversos aspectos, como la comunicación verbal y no verbal, la autoconciencia de sentimientos internos y de las actitudes, la percepción del contexto, la capacidad de respuestas adaptativas y el refuerzo social.

Para llevar a cabo este conjunto de intervenciones, se emplean técnicas conductuales o técnicas de aprendizaje que permiten a los participantes adquirir habilidades instrumentales necesarias para sus relaciones con los demás y el afrontamiento de los problemas en la vida comunitaria.

Trabaja sobre el Modelo Básico (*Motor Skills Model*) en el que las conductas sociales complejas son fraccionadas en pasos mucho más sencillos, susceptibles de ser recogidos a través del aprendizaje mediante la escenificación (*role playing*).

La intervención del EHS puede ser grupal o individual y su objetivo principal está dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida o como un intento sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos, con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual.

Es importante mencionar que las habilidades son un conjunto de capacidades de actuación aprendidas y adquiridas, y también, son un conjunto identificable de capacidades específicas.

De acuerdo a Caballo (1991), las habilidades sociales poseen tres dimensiones:

- Dimensión conductual (tipo de habilidad).
- Dimensión personal (las variables cognitivas).
- Dimensión situacional (el contexto ambiental).

Procedimiento del Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS):

1.- Identificar con ayuda del paciente las áreas específicas con las que tiene dificultades. Lo mejor es obtener varios ejemplos específicos de las situaciones en términos de lo que sucede realmente en ellas. La entrevista, el auto registro y los inventarios son de gran utilidad para complementar la información.

2.- Analizar por qué el paciente no se comporta de forma socialmente adecuada. Se han postulado una serie de factores que podrían impedir a una persona comportarse de forma socialmente habilidosa. La especificidad de factores implicados en la conducta desadaptativa nos facilitara el camino para el empleo de los distintos procedimientos.

3.- Es importante informar al paciente sobre la naturaleza del EHS, sobre los objetivos a alcanzar en la terapia y sobre lo que se espera que haga dicho paciente.

4.- Puede ser importante enseñar al paciente a relajarse antes de afrontar determinadas situaciones problemáticas.

5.- Se desarrolla la construcción de un sistema de creencias que mantenga el respeto por los derechos propios y los de los demás.

6.- El paciente debe entender que el comportamiento asertivo es generalmente más adecuado y reforzante que los otros estilos de comportamiento. Además, le ayuda a expresarse libremente y a conseguir los objetivos que se ha propuesto.

7.- Promover una reestructuración cognitiva de los modos incorrectos del sujeto socialmente inadecuado.

8.- Ensayo conductual de las respuestas asertivas en situaciones determinadas.

Entre las clases de respuesta del EHS están las siguientes:

1. Iniciar y mantener conversaciones.
2. Hablar en público.
3. Expresión de amor, agrado y afecto.
4. Defensa de los propios derechos.
5. Pedir favores.
6. Rechazar peticiones.
7. Hacer cumplidos.
8. Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo.
9. Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.
10. Aceptar cumplidos.
11. Disculparse o admitir ignorancia.
12. Petición de cambios en la conducta de otros.
13. Afrontamiento de las críticas.

Por otra parte, es importante tener las siguientes consideraciones de las Habilidades Sociales:

- a) No existe un criterio absoluto de habilidad social.
- b) Es una característica de la conducta, no de las personas.
- c) Es una característica específica de la persona y de la situación, es decir, no es universal.
- d) Debe contemplarse en el contexto cultural del adulto o del niño, así como en términos de otras variables situacionales.
- e) Está basada en la capacidad del individuo para escoger libremente su actuación.
- f) Es una característica de la conducta socialmente efectiva.

Las habilidades de afrontamiento, entre las que se incluyen las habilidades sociales y la competencia social, funcionan como protectores de la enfermedad, en la medida en que permiten amortiguar el impacto de los estresores psicosociales, reduciendo, por lo tanto, la probabilidad de recaídas en sujetos vulnerables.

Beneficios asociados al EHS:

- ✓ Reducen el estrés.
- ✓ Reducen las dificultades en las relaciones sociales.
- ✓ Incrementan las capacidades de afrontamiento de situaciones de interacción social.
- ✓ Aumentan las habilidades para una vida independiente.
- ✓ Asociadas con una psicoterapia grupal de mayor duración reduce los síntomas.
- ✓ Mejoran las habilidades para el manejo de la medicación y los síntomas.
- ✓ Mejoran la interacción social.
- ✓ Mejoran el funcionamiento social y la calidad de vida.

Anexo 10

Cuestionario Mixto

1. ¿Cómo definiría las Habilidades Sociales?

2.- ¿Cuáles son las tres dimensiones de las Habilidades Sociales?

3.- Mencione algunas clases de respuesta del Entrenamiento en Habilidades Sociales:

4.- Mencione algunos beneficios asociados al Entrenamiento en Habilidades Sociales:

5.- ¿De qué forma emplearía las Habilidades Sociales en su problemática familiar?

Anexo 11

Técnica en Toma de Decisiones

Elegir:

Elegir proviene del latín *eligere*, que significa arrancar eligiendo. Es decir, la idea de elegir es escoger entre varias posibilidades u opciones.

Decisión:

Decisión del latín *decisio*, es una determinación o resolución que se toma sobre una determinada cosa. Por lo general, la decisión supone poner un comienzo o fin a determinada situación. Es decir, impone un cambio de estado.

Los expertos definen a la decisión como el resultado de un proceso mental-cognitivo de una persona o de un grupo de individuos.

Se conoce como toma de decisiones al proceso que consiste en concretar la elección entre distintas alternativas, a partir de un proceso de pensamiento y razonamiento.

Diferencia entre elegir y decidir

- Elegir y decidir no son equivalentes, son dos procesos diferentes.
- Elegir supone clasificar y valorar diferentes posibilidades. En cambio, decidir es un proceso con mayor gasto de energía cognitiva, buscar información, analizarla y llevarla a la acción.
- Hay personas que pueden elegir sin llegar a decidirse, por ejemplo: "Quiero aprender canto", pero no comienzan a tomar clases para ello.
- Las elecciones y la toma de decisiones se llevan a cabo en todos los aspectos de la vida y a todo momento.
- Desde que una persona se despierta y elige qué desayunar, pasando por la vestimenta, el medio de transporte, el almuerzo y muchísimas otras cosas más; el sujeto debe elegir y/o decidir infinidad de veces por día. Por supuesto,

las decisiones son más trascendentes que las elecciones por sus repercusiones que ellas conllevan.

Toma de Decisiones:

La Toma de Decisiones consiste en encontrar una conducta adecuada para resolver una situación problemática, en la que, además, hay una serie de sucesos inciertos. Tomar decisiones es por sí mismo un proceso que hasta cierto punto nos tranquiliza, porque es el inicio del afrontamiento de un problema: ya estamos haciendo algo (pensar) para solucionar lo que nos agobia.

Factores que bloquean y/o paralizan la Toma de Decisiones:

- La incertidumbre inherente a todo el proceso. Hay personas que soportan muy mal la incertidumbre.
- La pérdida que toda elección conlleva. Porque si elegimos perseguir el objetivo A dejamos a un lado el B y si hacemos C entonces no haremos D.
- El riesgo a equivocarnos, fracasar y no lograr el objetivo propuesto. El temor a fallar puede ser totalmente paralizante.
- Se evita preocuparse por eventos menores para no afrontar aquellos que nos causarían mayor ansiedad y que no son solucionables.

Factores que facilitan la Toma de Decisiones:

- La exposición al temor al fracaso y el entrenamiento en la aceptación de pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones; es un medio importante para enfrentar estos problemas.
- Afrontar el abandono de un objetivo por elegir otro será sencillo, si lo que se elige está de acuerdo con nuestros intereses a largo plazo, es decir, con nuestros valores.

Técnica en Toma de Decisiones

Técnica Costo – Beneficio

Descripción:

Ésta técnica se emplea cuando el paciente o la persona tiene dificultad en la toma de decisiones. El instructor le solicita que en una hoja en blanco anote sus opciones y que de cada una de ellas enliste las ventajas y desventajas, las evalúa para poder llegar a la conclusión de cuál de ellas es la que más le conviene.

Procedimiento de aplicación:

Terapeuta: Me comentaste que se te dificulta elegir entre encargarte de las actividades de orden en tu casa o buscar un empleo.

Paciente: Sí

Terapeuta: Ok, toma una hoja de papel y te mostraré como medir las ventajas y desventajas. ¿Alguna vez has hecho esto?

Paciente: No, lo he pensado a veces, pero no por escrito.

Terapeuta: Muy bien, pues tenerlo por escrito te facilitará tomar una decisión. ¿Con qué deseas comenzar, con atender tu casa o buscar un empleo?

Paciente: Con el empleo.

Terapeuta: Bien, entonces escribe: “Ventajas de un empleo” en la parte superior izquierda y “Desventajas de un empleo”: Ventajas de empleo / Desventajas de empleo.

Terapeuta: Ahora puedes anotar en cada rubro lo que pienses sobre ello (se le ayuda con algunas preguntas).

Paciente: (lo hace).

Terapeuta: Bien, está bastante completo. Ahora harás lo mismo con el tema de quedarte en tu casa y les podrás dar un puntaje de cero a diez, según la importancia de cada cosa que escribas. También podrías subrayar los que te parecen más importantes. ¿Qué te parece?

Paciente: (lo hace).

Terapeuta: Platica sobre lo realizado por el paciente y basados en la lista, se le guía en la toma de decisión. Más adelante se le alienta al paciente para utilizar nuevamente la técnica en situaciones posteriores en las que se dificulte la toma de decisión.

Finalmente, tomar una decisión es un riesgo y no tomarla también es un riesgo.

Anexo 12

Técnica en Solución de Problemas (TSP)

La Técnica en Solución de Problemas (TSP) opera en una amplia variedad de trastornos clínicos como lo son: depresión, estrés, ansiedad, agorafobia, obesidad, problemas matrimoniales, alcoholismo, tabaquismo y fracaso académico, etc.

Existen principalmente dos razones por las que la solución de problemas puede ser poco eficaz:

- 1.- Porque no se adquirieron las habilidades necesarias.
- 2.- Se pudieron haber adquirido las habilidades, pero la persona no es capaz de solucionar el problema por el predominio de sus emociones negativas.

Concepto de Problema:

Un problema es una situación específica de la vida (presente o anticipada) que exige respuesta para el funcionamiento adaptativo, pero que no recibe una respuesta de afrontamiento eficaz. Un problema puede generarse por distintos aspectos como lo son: la ambigüedad, la incertidumbre, las exigencias contrapuestas, la falta de recursos y la novedad.

Soluciones Eficaces:

Son respuestas de afrontamiento que logran los objetivos y al mismo tiempo maximizan las consecuencias positivas y minimizan las consecuencias negativas.

Aunque la investigación revela la amplia diferencia que existe entre los individuos, en cuanto a su capacidad para resolver problemas, existe un notable grado de acuerdo entre los teóricos y los investigadores acerca de las operaciones exigidas por una eficaz resolución de problemas.

De acuerdo a Caballo (1991), entre los objetivos de la TSP se encuentran:

- Ayudar a los individuos a identificar las anteriores y las actuales situaciones estresantes de la vida, que constituyen los antecedentes de una reacción emocional negativa.
- Minimizar el grado en que esa respuesta impacta de forma negativa sobre intentos futuros de afrontamiento.
- Aumentar la eficacia de sus intentos de solución de problemas, en el afrontamiento de situaciones problemáticas actuales.
- Enseñar habilidades que permitan a los individuos vérselas de modo más eficaz con problemas futuros, con el fin de evitar perturbaciones psicológicas (p.533).

La Solución de Problemas Eficaz, está conformado por cinco componentes; los cuales son interactuantes (Caballo, 1991 p. 531):

1. Orientación hacia el problema.
2. Definición y formulación del problema.
3. Generación de alternativas de solución.
4. Toma de decisiones.
5. Puesta en práctica de la solución y verificación.

1.- Orientación hacia el problema: es un conjunto de respuestas de orientación, que representan las reacciones cognitivo-afectivo-conductuales inmediatas de una persona cuando se presenta por primera vez con una situación problemática.

- ✓ Este componente es más un proceso motivacional.
- ✓ Es importante considerar que las situaciones problemáticas constituyen una parte normal de la vida y sentirse capaz de enfrentar muchas de estas situaciones, es igual de importante.
- ✓ Identificar las situaciones problemáticas cuando estas se presentan.
- ✓ Inhibir la tendencia a responder con un primer impulso.
- ✓ Aumentar las expectativas de ser capaces de realizar satisfactoriamente actividades de solución de problemas.

Etapas de la orientación hacia el problema:

- a) Percepción del problema
- b) Atribuciones del problema
- c) Valoración del problema
- d) Control personal
- e) Compromiso de tiempo y esfuerzo

2.- Definición y formulación del problema: consiste en clarificar y comprender la naturaleza específica del problema.

- ✓ Éste componente y los cuatro restantes, consisten en capacidades y habilidades específicas.
- ✓ Los individuos aprenden a formular una amplia variedad de preguntas de las cinco clases de preguntas específicas como lo son, el quién, qué, dónde, cuándo y por qué.
- ✓ Al establecer los objetivos, se toma en cuenta que éstos se pueden plantear en los que se centran en el problema (situaciones que se pueden cambiar y los que se centran en la emoción (reducir o minimizar el impacto del malestar ante un problema).

Etapas de la definición y formulación del problema:

- a) Recogida de información
- b) Comprensión del problema
- c) Establecimiento de objetivos
- d) Revaluación del problema

Para ésta parte es importante también conocer la diferencia entre hecho y problema.

Hecho: algo que ya paso y que no se puede modificar.

Problema: la característica principal que todo problema tiene es que tiene una solución. No existe un problema que no tenga solución. Sí no tiene solución, entonces es un hecho.

3.- Generación de alternativas de solución: es hacer que estén disponibles tantas soluciones como sea posible, con el fin de tener el máximo de posibilidades de una solución eficaz.

Al generar todas estas alternativas, se enseña a los individuos a utilizar tres reglas generales del torbellino de ideas:

- a) Principio de cantidad: cuantas más ideas alternativas se produzcan, más elevada será la probabilidad de que se generen opciones eficaces.
- b) Principio de aplazamiento del juicio: la regla de cantidad puede aplicarse mejor si se elimina el juicio sobre la calidad o la eficacia de cualquier idea, el único criterio que puede emplearse es el de la relevancia para el problema presente.
- c) Principio de variedad: pensar en un amplio rango de soluciones posibles a través de una variedad de estrategias o tipos de enfoque, en vez de centrarse sólo en una o dos ideas limitadas.

Para ver la calidad de una alternativa:

- Se comienza produciendo alternativas generales, (es decir, estrategias: que significan el qué hacer) las más posibles.
- Se busca la mejor estrategia o conjunto de estrategias.

Finalmente, se vuelve a las alternativas, pero ésta vez más específicas (es decir, tácticas: que significan el cómo hacerlo) siendo ésta eventualmente la adecuada para llevar adelante la estrategia seleccionada.

4.- Toma de decisiones: el propósito de éste componente es el de evaluar las opciones disponibles, con el fin de seleccionar la más adecuada a la solución del problema real.

Es importante enseñarle al paciente a estimar:

- ✓ La probabilidad de que una alternativa determinada sea realmente eficaz para alcanzar el objetivo.
- ✓ La probabilidad de que el individuo sea realmente capaz de llevar a cabo la solución de forma óptima.
- ✓ Sí sólo hay un pequeño número de ideas que son evaluadas como potencialmente satisfactorias, entonces el solucionador de problemas se preguntara ¿Tengo suficiente información? ¿He definido el problema correctamente? Es probable que en este punto el individuo necesite retroceder y volver a implicarse en las tareas anteriores de solución de problemas.
- ✓ Si se identifican distintas alternativas satisfactorias se alienta al individuo a que incluya una combinación de opciones de afrontamiento potencialmente eficaces para cada su objetivo como un medio de atacar el problema desde diferentes perspectivas.
- ✓ A menudo es útil un plan de contingencias, en donde se identifican un grupo de ideas para ser aplicadas contingentemente en el caso de que las soluciones elegidas fracasen (Plan A, Plan B, Plan C, Plan D).
- ✓ La meta es realizar un análisis de costo-beneficio para cualquiera de las soluciones propuestas para identificar la más efectiva y ponerla en acción.

Etapas en la toma de decisiones:

- a) Anticipación de los resultados de la solución
- b) Evaluación
- c) Preparación de una solución

5.- Puesta en práctica de la solución y verificación: consiste en vigilar el resultado de la solución y evaluar la eficacia de la misma para controlar la situación problemática.

A pesar del énfasis que se pone en el pensamiento, el objetivo principal es facilitar la acción. Posteriormente que se lleva a cabo el plan de solución, se alienta a los

individuos para que vigilen las consecuencias en la vida real. Si la equiparación es satisfactoria, entonces se alienta al solucionador de problemas para que se proporcione alguna clase de autorrefuerzo. Si la equiparación no es satisfactoria, entonces se alienta al paciente para que lleve a cabo el plan de contingencias; previamente establecido o bien empiece de nuevo todo el ciclo del proceso de solución de problemas.

- ✓ La primera parte implica la aplicación de las opciones de solución escogidas.
- ✓ El segundo aspecto conlleva la vigilancia cuidadosa y la valoración de los resultados reales de la solución
- ✓ Se propone una unidad de comprobación-operación-comprobación-abandono.
- ✓ La solución de problemas se guía por la medida en que el resultado de la actividad resulta congruente o incongruente con la norma dada.
- ✓ Si al emprender algunas operaciones cognitivas o conductuales, el individuo comprueba su progreso y decide que ha alcanzado una norma; se detiene o abandona esas actividades.
- ✓ Si, por el contrario, descubre que es insuficiente o insatisfactorio continuar operando; aplica el plan de contingencia o empieza de nuevo hasta obtener una solución feliz.

Etapas de la puesta en práctica de la solución y verificación:

- a) Llevar a cabo la solución elegida
- b) Autorregistro
- c) Autoevaluación
- d) Autorreforzamiento
- e) Recapitular y reciclar

Anexo 13

Cuestionario Cerrado

1.- ¿De acuerdo al tema revisado, que es un problema? _____

2.- ¿Qué es un hecho? _____

3.- Mencione cuáles son los pasos en el proceso de Solución de Problemas

4.- ¿Qué son las Soluciones Eficaces?

5.- Mencione algunos trastornos o enfermedades en las que es útil la Técnica en Solución de Problemas.

Anexo 14

Autoeficacia

En un primer momento, el trabajo de Albert Bandura (1977) fue identificado como Teoría del Aprendizaje Social, sin embargo, a mediados de los años ochenta redefiniría su trabajo como Teoría Social Cognitiva. Esta teoría se inclina hacia el modelo del determinismo recíproco; en el que el ser humano puede ser estudiado en toda su complejidad, en el que los múltiples factores operan como determinantes y en el que sus influencias son interactivas. Es decir, la conducta, los factores cognitivos, los factores personales y el medio ambiente; se articulan en forma interactiva como determinantes recíprocos.

En 1977, Bandura publicó: Las Expectativas de Autoeficacia. Obra en la que destacaba el concepto de autoeficacia. Definiéndola como la creencia que la persona se forma respecto a su propia capacidad de actuar en una tarea o situación concreta.

De acuerdo a Pervin (1988), pensamos, sentimos y nos comportamos de manera distinta en aquellas situaciones en las que nos sentimos seguros de nuestras capacidades, de aquéllas en las que estamos inseguros o no nos sentimos capaces. Es así, que las creencias de la autoeficacia influyen en los pensamientos, la motivación, el rendimiento y el estado emocional.

Las creencias de autoeficacia operan según los siguientes mecanismos (Bandura, 1987):

1.- En la elección de actividades y conductas.

Las personas tienden a elegir y comprometerse en actividades en las cuales se consideran altamente eficaces y tienden a evitar aquellas en las cuales se consideran ineficaces.

2.- El esfuerzo y la persistencia.

La autoeficacia determina cuánto esfuerzo invierten las personas en una actividad y lo perseverantes que serán frente a los obstáculos que puedan presentarse. A

mayor autoeficacia, mayor será el grado de esfuerzo invertido y la persistencia de las personas en la actividad.

3.- Los pensamientos y las reacciones emocionales.

Las personas de baja autoeficacia, por ejemplo, pueden considerar a las actividades que deben realizar mucho más difíciles de lo que realmente son, lo cual les ocasionara un alto grado de estrés y ansiedad así como pensamientos negativos acerca de su posible desempeño. Un alto nivel de autoeficacia, por otra parte, brinda una mayor confianza y serenidad en el afrontamiento de tareas difíciles.

4.- La producción y predicción de la conducta.

Aquellos sujetos que se perciben a sí mismos eficaces se imponen retos, intensifican sus esfuerzos cuando el rendimiento no es suficiente de acuerdo a las metas que se habían propuesto, experimentan bajos grados de estrés ante tareas difíciles y presentan una gran cantidad de intereses por actividades nuevas.

Las creencias de autoeficacia se forman a partir de la información aportada por cuatro fuentes:

1.- Los logros de ejecución anterior.

Constituyen la fuente de información de autoeficacia más importante. Las creencias de autoeficacia se generan a partir del éxito o fracaso en la ejecución de una tarea. El éxito repetido en determinadas tareas tiende a fortalecer las evaluaciones positivas de autoeficacia mientras que los fracasos repetidos las debilitan, especialmente cuando los fracasos no pueden atribuirse a un esfuerzo insuficiente o a circunstancias externas.

2.- La experiencia vicaria.

El aprendizaje por observación permite al individuo evaluar en términos de observación sus habilidades para llevar a cabo una tarea prevista. Esta fuente de autoeficacia adquiere particular relevancia en los casos en los cuales los individuos

no tienen gran conocimiento de sus propias capacidades o tienen poca experiencia en la tarea a realizar. Bandura (1977), sostiene que mediante la observación de logros de otros, el individuo se compara y se ve a sí mismo desempeñándose en la misma situación.

3.- La persuasión verbal.

Bandura (1977), señala que cuando las personas reciben apreciaciones basadas en juicios de valor o de evaluación con respecto a sus capacidades para alcanzar el éxito, esta persuasión verbal parece fortalecer el sentido de autoeficacia, lo cual induce al individuo a esforzarse para alcanzar sus metas.

Representa otra importante fuente de autoeficacia, especialmente en aquellas personas que ya poseen un nivel elevado de autoeficacia y necesitan solamente de un poco más de confianza para realizar un esfuerzo extra y lograr el éxito.

4.- Estado emocional.

A través de nuestro estado emocional recibimos información de nuestra eficacia en una situación determinada. Por tanto, la activación fisiológica evidenciada en ansiedad, estrés y temores afectan el desempeño del individuo, ya que por lo general, las personas tienden a interpretar los estados elevados de ansiedad como signos de vulnerabilidad y por ende, como indicadores de un bajo rendimiento.

Las creencias de autoeficacia elevadas desempeñan un papel en el mantenimiento de la perseverancia en las tareas. El crecimiento y la consolidación de las creencias de autoeficacia también son parte importante de los intentos terapéuticos por hacer que los pacientes se enfrenten con situaciones temidas y eviten recaídas en el tratamiento de trastornos psicológicos (Bandura, 1989).

Las expectativas por sí solas no producen la ejecución deseada, si las capacidades que la componen están ausentes. Más aún, hay muchas cosas que las personas pueden hacer con cierta probabilidad de éxito que ellos no ejecutan por no tener los incentivos para hacerlo (Bandura, 1977).

Incluso hay ocasiones en que las habilidades para la ejecución son limitadas o inexistentes y, por lo tanto, lo que procede es el fomento y adquisición de las habilidades implicadas para que las expectativas de eficacia sean más realistas. No importa que las personas sean adultos o niños, lo importante es que sean capaces de sentirse valiosas y eficaces en su accionar cotidiano y de poder tener éxito en las actividades en que se empeñen.

Es interesante el hecho de que en familias disfuncionales en las que las expectativas de autoeficacia personal son bajas, predominan los estados emocionales depresivos, ansiosos y coléricos. Pero, cuando por casualidad, aparecen emociones positivas son tan rápidamente debilitadas o eliminadas por los conflictos y tensiones que conducen y devalúan aún más la pobre autoeficacia percibida que se deriva del discomfort y malestar familiar.

Las expectativas de autoeficacia pueden influir en la salud a través de sus efectos motivacionales y a través de sus efectos emocionales.

La autoeficacia se ha convertido en un constructo muy importante y útil para la salud, la psicología y las ciencias sociales en general; ya que se relaciona con la voluntad y la capacidad de las personas para participar en diversos aspectos de su comportamiento como lo son: las conductas de prevención, manejo de hábitos, enfermedades, etc.

Anexo 15

Cuestionario Abierto

1.- ¿Qué le pareció éste Taller? _____

2.- ¿Qué temas considera que hicieron falta revisar? _____

3.- ¿Considera usted adecuado el material utilizado para el desarrollo del Taller?

4.- ¿Qué experiencias se lleva de éste Taller? _____

5.- ¿Considera usted que éste Taller le servirá para mejorar la dinámica familiar generada por el trastorno de su paciente y de qué manera?
