



## Aprender a cuidarse entre los límites: El Trastorno Límite de la Personalidad

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un trastorno mental grave, que afecta un 2% de la población general, y es prevalente dentro del grupo de trastornos de la personalidad. Las características principales son: la inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la identidad, un alto nivel de impulsividad, ideación crónica de suicidio, ansiedad elevada, sufrimiento emocional y disminución de la motivación en las habilidades de resolución de problemas.

En general, las personas que tienen algún diagnóstico de trastorno de la personalidad presentan personalidades desadaptativas e inadecuadas, tanto en situaciones sociales como personales, y en

referencia a un contexto cultural concreto. La personalidad desadaptativa afecta, al menos, dos de las siguientes áreas: cognitiva, afectiva, del control de los impulsos o del funcionamiento interpersonal. Este patrón varía según el tipo de trastorno de la personalidad diagnosticado.

En concreto, las personas con TLP sufren giros emocionales de elevada intensidad. En un breve espacio de tiempo pueden pasar de la euforia a la tristeza o entrar en una espiral de ansiedad y rabia que en pocos minutos puede desembocar en conductas autolesivas. La autolesión es la expresión del dolor emocional y la lucha interna con sus propias

Dirección publicación:  
Beatriz San Román, Irene Salvo  
y Silvina Monteros

Contenidos de este número:  
Maria Romeu et al.

Imágenes:  
Rafel d'Olot

Coordinación:  
Victòria Badia

Traducción:  
Victòria Badia

Noticias y Agenda:  
Chandra Clemente

Difusión:  
Maria Galizia

Maquetación:  
Marta Mayoral Roca

Subscripción y contacto:  
gr.afin@uab.cat

ISSN: 2013-2956



**AFIN**  
Grup de Recerca  
Universitat Autònoma de Barcelona

Con el apoyo de:



MINISTERIO  
DE ECONOMÍA  
Y COMPETITIVIDAD

emociones. Estas crisis pueden tener consecuencias muy graves, incluso letales. El TLP es el trastorno psiquiátrico con mayor prevalencia de suicidios. La razón más común para realizar una tentativa suicida es evitar o aligerar situaciones de angustia extrema. Aunque las crisis tienen una naturaleza subjetiva, los factores que inicialmente intervienen en la crisis son la elevada ansiedad y el dolor emocional reactivo a una situación concreta.

La evolución positiva de este trastorno se define en torno a dos conceptos: la remisión de síntomas y la recuperación total. El primero, se explica como el no cumplimiento de cinco de los nueve criterios diagnósticos, establecidos por el DSM V, por un período superior a dos años. La recuperación total se conceptualiza como la remisión de síntomas, una puntuación superior a 61 en la escala del GAF (Global Assessment Functioning) y el mantenimiento de un vínculo de amistad o de pareja, además de poder trabajar. Se entiende que el trabajo incluye el trabajo doméstico o realizar estudios a tiempo completo. La remisión de síntomas tiene mayor prevalencia que la recuperación total. Tanto la remisión como la recupe-

ración suponen retos, que son más difíciles para las personas con TLP que para quienes presentan otros trastornos de la personalidad.

Las diferentes propuestas de tratamiento son a largo plazo y no existe un consenso respecto a la eficacia de cada una de ellas. En los últimos años la evidencia muestra la importancia de modelos generales de atención en lugar de priorizar los tratamientos intensivos y especializados como la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), Terapia Basada en la Mentalización (MBT) o Terapia Focalizada en la Transferencia (TFP), entre otras. En cuanto al tratamiento farmacológico, no se han observado modificaciones significativas en lo que respecta al abordaje sintomático.

Un elemento clave para conseguir la recuperación pone el acento en que los terapeutas deben creer en esta posibilidad, y esto es difícil si, como terapeuta, no se confía en esta hipótesis. Sus defensores afirman que es necesario alejarse del estigma, evitando prejuicios y actitudes estigmatizadoras. Esto contribuirá a centrar el tratamiento en maximizar la esperanza de la recuperación y reducir el sufrimiento de las personas con TLP.

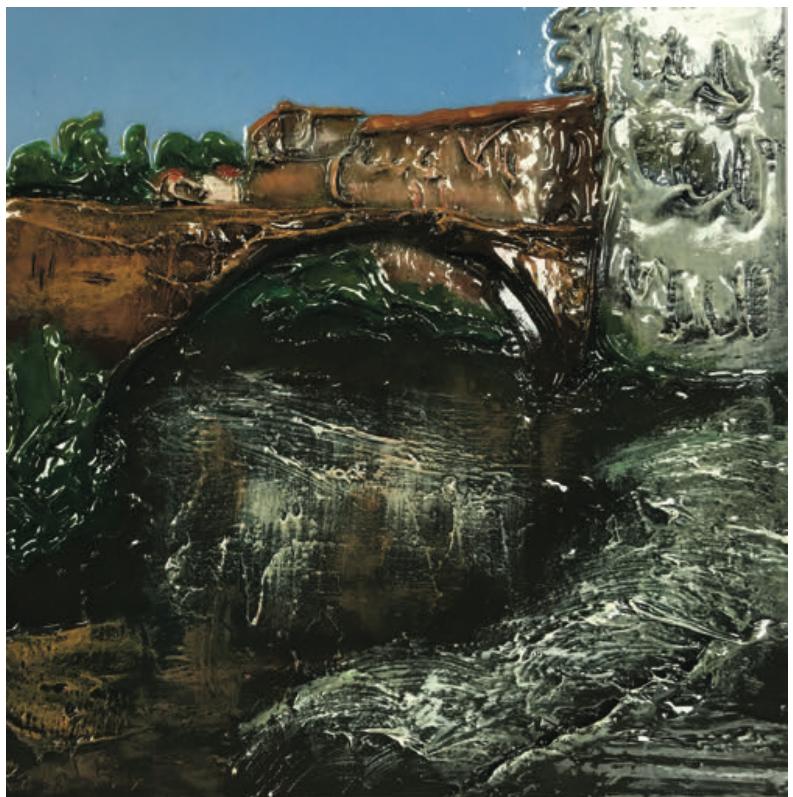


En la presente publicación analizamos la relación que se establece entre la enfermera y un grupo de personas con este diagnóstico a partir de su perspectiva. Su visión aporta información muy relevante para entender la influencia que tiene el proceso terapéutico que se establece en la cura.

### **Las dificultades para establecer una relación terapéutica. El estigma**

El diagnóstico de TLP arrastra un estigma generalizado, tanto socialmente como de los mismos servicios de salud mental,

que induce reacciones negativas entre los y las profesionales hacia estas personas, afectando la calidad de la atención al reducirlos a la etiqueta diagnóstica. Las conductas de *acting out*, el riesgo de suicidio y las automutilaciones generan preocupación e incomodidad entre los profesionales porque pueden dejarles sin recursos terapéuticos. A esta situación se añade también la elevada tasa de abandono del



tratamiento, que es otra causa de incomodidad.

Otro factor influyente es que a las personas con TLP se les atribuye actitudes manipuladoras que buscan ser el centro de atención. A pesar de que existe una evidencia de respuestas terapéuticas adecuadas en el ámbito de la enfermería, es frecuente que los y las profesionales consideren que la persona con TLP utiliza estrategias para llamar la atención buscando el control del entorno a través de la manipulación, en lugar de entender que estas estrategias forman parte del estado patológico del trastorno. Las personas afectadas niegan que las autolesiones las realicen para modificar el entorno, y sienten que las personas que están a su alrededor no pueden entender su sufrimiento. Ellas mismas manifiestan querer comprenderlo y necesitan profesionales que puedan entender su dolor emocional y realizar intervenciones que sean terapéuticas.

La relación terapéutica que se establece entre la enfermera y la persona usuaria en un contexto de salud tiene el propósito de:

- Iniciar una comunicación interpersonal de soporte para entender las percepciones y necesidades de la otra persona.

- Empoderar a la persona para que aprenda a hacer frente de manera más efectiva a su entorno.
- Reducir o solucionar problemas de la otra persona.

Para la enfermera de salud mental, la relación terapéutica tiene un grado más de complejidad porque debe responder a la demanda de ayuda y promocionar el cambio terapéutico con personas que sufren trastornos que afectan a las relaciones interpersonales.

### **Las enfermeras arrastradas por el estigma**

El estigma que arrastran las personas con TLP se proyecta en las atribuciones y perspectivas de las enfermeras de salud mental que las perciben como manipuladoras y activadoras de reacciones emocionales negativas respecto a personas con otros diagnósticos psiquiátricos. Algunas enfermeras expresan malestar porque sufren abusos verbales y físicos, aprensión, explotación y división del personal. Todo esto activa reacciones de resentimiento, sesgos y opiniones perjudiciales. Los resultados de la investigación en el ámbito de la enfermería, sobre las dificultades en

la relación terapéutica con personas con TLP, son amplios. Sin embargo, gran parte de esta evidencia también busca posibilidades de cambio, estrategias para modificar la actitud de las enfermeras, ya que se trata de un factor adverso que dificulta el desarrollo de la relación terapéutica y del cuidado de las personas con TLP. En definitiva, es generalizada la consideración de que el trabajo con las personas con este diagnóstico es un reto para las enfermeras de salud mental.

### **La visión teórica de la enfermería sobre los Trastornos de la Personalidad**

La maduración de la personalidad es un concepto clave de la Teoría de las Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau, referente en la conceptualización de la relación terapéutica. Este concepto hace referencia al proceso de maduración personal para el usuario que necesita adaptarse a una situación de salud que le produce malestar, y sitúa la intervención enfermera en la participación y la organización de las condiciones que facilitan el movimiento progresivo de la personalidad en la dirección de la vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria.

La respuesta de las enfermeras a las necesidades de las personas con trastornos de la personalidad varía notablemente en función de cómo comprenden las conductas disruptivas o patológicas. Si la enfermera alcanza una visión reduccionista basada en un enfoque biomédico centrado en la patología, y entiende la conducta disruptiva como producto del trastorno de la personalidad, tiende a intervenir farmacológicamente en situaciones de desbordamiento y no deja a las personas con TLP otra opción que aferrarse a la etiqueta diagnóstica para justificar sus problemas emocionales o relacionales, produciendo sentimientos de desesperanza. Por el contrario, si la entiende como una expresión de la angustia desbordada, el enfoque es más cercano al abordaje humanista, centrado en la persona, y de esta manera la contención emocional, verbal y la escucha terapéutica se convierten en intervenciones de primera elección.

La experiencia de las personas con trastorno de la personalidad es de profundo malestar. Por alguna razón no pueden contenerlo y en consecuencia hay una repercusión conductual y social. Esto las conduce a ser etiquetadas como difíciles, suponiendo un reto para las enfermeras



de salud mental. Barker, enfermero y teórico del Modelo de la Marea, propone el acercamiento discursivo como enfoque de los cuidados de las enfermeras de salud mental para personas que experimentan un desbordamiento de la angustia, que basa en las siguientes premisas:

- Reconocer la naturaleza de la angustia, que consiste en buscar información respecto a los sentimientos y las relaciones interpersonales y, especialmente, sobre



los incidentes que han desencadenado la angustia. Este reconocimiento forma parte de un proceso psicoterapéutico de reconversión de la persona y de aceptación de sus diferencias.

- Establecer conexiones entre los síntomas presentes y su pasado, explorando cómo la persona ha aprendido a gestionar sus miedos y la angustia actual. También se puede ayudar a dicha persona a hacer conexiones entre las fuentes de la an-

gustia y los efectos que tiene en su vida. Dichas conexiones ayudan a ver cómo los esquemas del pasado dan sentido al presente. En definitiva, se trata de explorar cómo las experiencias, pensamientos y conductas actuales pueden estar ligadas a miedos y ansiedades del pasado.

- Situar el miedo y la angustia en su contexto sociocultural. La enfermera pregunta sobre los valores y creencias que sostienen la visión de la persona sobre los sucesos angustiantes, de esta manera le ayuda a detectar valores y creencias culturalmente impuestas que contribuyen a mantener su angustia.
- Promover la aceptación de la diferencia. La enfermera ayuda a las personas a aceptar diferencias, en el sentido de que puedan reconocer su identidad y las atribuciones que hacen a los demás. Animar a que exploren las expectativas que tienen sobre los demás y hagan hipótesis sobre qué es lo que los demás esperan de ellas.
- Explorar esquemas de interacción alternativos para gestionar la angustia. Este enfoque proporciona a la persona la oportunidad de encontrar otras formas de ser, para presentarse en sus interacciones con los demás.

El objetivo de dicho enfoque es ayudar a la persona que experimenta una angustia desbordada a desarrollar una alternativa basada en la toma de conciencia sobre el contexto sociocultural en el que se desarrolla, y que le permita la expresión de la angustia.

Diferentes teóricas de la enfermería han estudiado la importancia de la relación terapéutica a lo largo de la historia y las enfermeras de salud mental abrazan esta perspectiva conceptual otorgando fuerza a la relación terapéutica con la persona atendida, como clave para cuidar, alejándose del modelo biomédico. Las relaciones que son ricas en ofrecer información y mostrar comprensión, actitud no crítica, amabilidad, compasión, aceptación, confianza, respeto, empatía, honestidad, calidez y esperanza, fomentan y facilitan el cambio terapéutico.

### **Una experiencia de relación que es terapéutica para las personas con TLP**

A continuación se presentan los resultados del análisis de la experiencia de disminución de malestar con un grupo de mujeres con TLP contextualizada en la relación terapéutica con la enfermera de salud mental. Esta es una experiencia de

cambio o de proceso psicoterapéutico que parte de un pasado, la vivencia previa a la vinculación con el equipo de salud mental y la enfermera de salud mental, y finaliza cuando la persona con TLP puede reconocer en su historia que ha habido una evolución positiva hacia la disminución del malestar. En dicha evolución se diferencian claramente tres fases que integran el proceso psicoterapéutico de disminución del malestar, que son: el desconocimiento del malestar, el reconocimiento del trastorno y la disminución del malestar.

### ***El desconocimiento del malestar***

La primera fase o de desconocimiento del malestar se caracteriza por la experiencia de malestar que las personas con TLP no saben a qué atribuir. Es característico de este período el sufrimiento emocional, los giros emocionales que encienden la ansiedad intensa y llevan a episodios de crisis autolíticas que frecuentemente van acompañados de ideación suicida y, en algunos casos, de tentativas suicidas. Estos síntomas aparecen de forma reactiva a situaciones vitales adversas, a conflictos en las relaciones interpersonales más o menos cercanas y a sentimientos de vacío que

invaden el presente. La presencia continuada de conflictos y conductas disfuncionales tiene una amplia repercusión en su cotidianidad dificultando su vida funcional. A pesar de la elevada presencia de malestar, no saben a qué atribuirlo, no lo relacionan con un problema de salud y no piden ayuda a los servicios de salud hasta que han visitado los servicios de urgencia en numerosas ocasiones. Antes de llegar a la red de salud mental, estas personas sufren un gran malestar que dificulta mucho su funcionalidad, pero no saben a qué atribuirlo. La incomprensión de la propia vivencia distorsiona la posibilidad de pedir ayuda a los servicios de salud porque no lo identifican como un problema de salud. A esto se añade, en numerosos casos, que cuando llegan a contactar con los servicios de salud no reciben un diagnóstico acertado, lo cual retrasa en años la posibilidad de llegar al tratamiento adecuado. Este período se convierte en un tiempo de elevado riesgo de suicidio para las personas con TLP.

La angustia más grande que puedes tener es estar dando vueltas en manos de profesionales y que no tengas nunca un diagnóstico claro, que la me-



dicación se te varíe constantemente, que, porque la incomprensión y la impotencia crecen, es un mal añadido a la impotencia de no poder llevar una vida normal. (Anna). (En catalán en el original).

La incomprensión de la propia vivencia también hace crecer la idea de la culpabilidad, de creer que el malestar y los conflictos son a causa de "tener mal ca-

rácter". Las personas con TLP atribuyen la conducta disruptiva a una cuestión moral en lugar de visualizarla como un problema de salud mental. Es al contactar con los servicios de salud mental y recibir el diagnóstico de TLP cuando inician un proceso hacia la comprensión, pero situada en un gran mar de dudas. Al abrir la puerta del diagnóstico, se abre la puerta del tratamiento y la de la esperanza de mejora, lo que es positivo porque sitúa el malestar en el contexto de la salud y lo aleja de la atribución moral de ser buena o mala persona. Al mismo tiempo, sin embargo,



aparecen los sentimientos de miedo y de vergüenza que van unidos al estigma social ligado a las personas con trastornos mentales. La imagen social devaluada de los diagnósticos psiquiátricos, en general, contribuyen a la consideración negativa y devaluada de su persona y a que tomen la opción de esconder el diagnóstico para no ser etiquetadas por su entorno.

### *El reconocimiento del trastorno*

Seguidamente se produce la fase de reconocimiento del trastorno. Esta fase se caracteriza por la identificación de los criterios diagnósticos como síntomas existentes y presentes en su día a día, y que son la expresión de su sufrimiento. La identificación de síntomas como la ansiedad, las autolesiones, la impulsividad, el vacío, el abandono y la ideación y conductas suicidas, les ayuda a poder ver que las conductas disruptivas que antes no sabían a qué atribuir, son síntomas del TLP y la expresión de su malestar. La identificación del trastorno es el primer paso de un largo camino que conduce a la aceptación del trastorno.

Por otra parte, también refieren que tienen vivencias, problemas y conflictos

que no están categorizados como síntomas, pero que también pueden relacionarlos con el diagnóstico y, por tanto, con el problema de salud mental. Estas vivencias están cargadas de gran negatividad porque perturban enormemente su confort, coinciden en una expresión triste de su vida y, en muchos casos, dolorosa. "Nos habían hecho creer que no servíamos para nada, que no valíamos para nada...". (Esther). (En catalán en el original).

Al final de esta fase, las personas llegan a poder aceptar y afirmar que tienen un trastorno mental que es el TLP. Este estado se alcanza después de un largo período en el que participan de las actividades propuestas por la enfermera de salud mental y por el equipo de salud mental, como son las visitas de seguimiento individual con psiquiatría y enfermería, la participación en el grupo psicoterapéutico, las visitas familiares y el grupo psicoformativo para las familias.

Porque yo he sido la primera que he negado mi diagnóstico, no, yo no pude de ser que tenga esto, yo esto me lo ventilo en un año. ¡Si hombre guapa! cuando aterrizas, empiezas a aceptar que tienes un diagnóstico, a que tie-

nes que vivir con eso, que eso ¿de qué va? ¿qué es? ¿por qué viene?. Darle un sentido e integrarlo en mi vida, a mí me costaba horrores, o sea, lo ponía en la mochila, aquí en la espalda y iala!, hago que no se vea. Y eso me ha pasado una factura del copón. Y eso lo hemos trabajado. (Mónica).

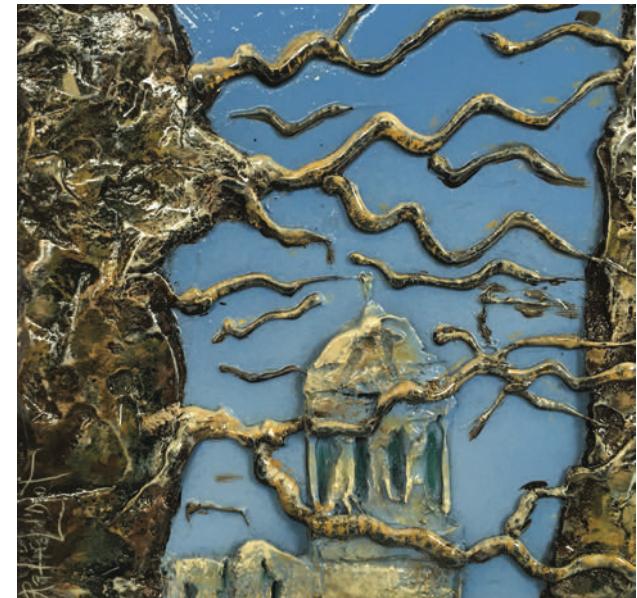
### ***La disminución del malestar***

Esta es la última fase de la relación terapéutica, donde se dan cuenta de que se ha producido un cambio. En este período, pueden identificar aspectos de su personalidad diferentes respecto a su pasado y crece la conciencia de disminución del malestar y del sufrimiento. Poder identificar síntomas, saber gestionarlos de forma que no desembocuen en conductas autolíticas o suicidas las aleja de las temidas crisis, aumentando la confianza en sí mismas sobre la capacidad de gestión del trastorno.

En primer lugar, se produce la auto-percepción de mejora. Para las personas con TLP es una satisfacción entrar en un estado de conciencia de su mejora, darse cuenta de que hay síntomas que han disminuido porque ellas han adquirido recursos y han aprendido a gestionar-

los. El aumento del autoconocimiento es uno de los aspectos más destacables porque consideran muy positivamente haber podido hacer un proceso de aprendizaje también sobre sí mismas, un proceso que les ha conducido a conocerse mejor. Darse cuenta de qué les está pasando en el momento en que les está pasando les permite identificar el malestar y, también, les permite conocer el porqué, el cómo y qué hacer. Es así como conocen mejor qué situaciones, personas o cosas les hacen sentir mal, conocen mejor cómo se presenta el malestar, así como qué hacer para reconducir la crisis cuando se encuentran mal. Ellas explican cómo pueden pensar y analizar aquello que les sucede y hacen la comparación con su pasado, de esta manera reconocen que no existía una reflexión en torno de sus pensamientos, sentimientos ni conductas. En esta fase se dan cuenta de la diferencia en la intensidad de los síntomas y pueden explicar cómo la ansiedad, el vacío, la agresividad, la impulsividad y las conductas autolíticas y suicidas son menos frecuentes, menos intensas y pueden controlarlas.

Pues la verdad es que he conseguido muchas cosas, por ejemplo, el tema



de las autolesiones lo he conseguido dejar, pero sí que es cierto que alguna que otra recaída he tenido, pero, la verdad, que esto lo tengo más o menos superado. (Ruth).

Hay que hacer énfasis en el esfuerzo que sienten que han tenido que hacer para poder llegar hasta aquí. Consideran que es imprescindible tener motivación por el cambio, lo que significa tener fuerza de voluntad e intención de mejorar, y apuntan a la idea de que superar las dificultades es posible, siempre y cuando se quiera cambiar.



La disminución del malestar es la percepción subjetiva de sentirse mejor, de sentir que el malestar es menor que en el pasado, pero también interviene en la construcción de esta autopercepción el reconocimiento del entorno, de los familiares, de los amigos que ponen en palabras la observación del cambio en la persona y se lo comunican. Este refuerzo positivo es un elemento altamente terapéutico porque es la constatación del cambio. Las personas con TLP necesitan el reconocimiento del entorno porque, precisamente, la confianza en sus propias percepciones, intuiciones y observaciones es mínima y necesitan

fuertemente el refuerzo del otro para creer y asegurarse que es real. Esto justifica la importancia de trabajar con las familias, a través de visitas o destinando espacios terapéuticos como el grupo de familiares. Permite también avanzar hacia la disminución del malestar con el acompañamiento de familia, pareja, amigos, en definitiva, el entorno más cercano a la persona con TLP.

### Reflexiones finales

En el ámbito de la enfermería de salud mental es clave establecer una relación terapéutica con las personas con problemas de salud mental, porque esta es la base para poder plantearse objetivos psicoterapéuticos y de salud, siendo esta una condición *sine qua non*. La complejidad de establecer una relación terapéutica es prioritaria, superior cuando la persona a quien va dirigida la cura tiene dificultades para establecer relaciones interpersonales debido a un trastorno mental. Las personas con TLP tienen patrones de relación interpersonales inestables, lo que unido al estigma que arrastra el diagnóstico hace que se perciban como personas difíciles para las enfermeras. No obstante, es necesario profundizar en su malestar, enten-

der sus razones y acompañarlas hacia la relación de confianza que hará posible el cambio. En este trabajo se ha escuchado la voz de las personas con TLP, su percepción, y se han identificado los elementos que deben tener presentes en cada fase de la relación terapéutica construida.

En resumen, se puede decir que las acciones terapéuticas deberían centrarse en la persona. El sufrimiento que supone el trastorno para estas personas plantea la necesidad, por parte de los profesionales y en concreto de las enfermeras de SM, de trabajar las atribuciones estigmatizadoras que dificultan su recuperación, evitando respuestas contratransferenciales, que generan impotencia, frustración u hostilidad. También se torna necesario situar las dificultades que estas personas tienen en sus relaciones interpersonales, mediante una comprensión de sus razones y, en general, de su malestar, acompañándolas hacia una relación de confianza que haga posible el cambio. En este trabajo se han planteado los elementos que se han de tener presentes en cada fase de la relación terapéutica, a partir de la escucha de su voz, porque esta es la base para poder plantearse objetivos psicoterapéuticos y de salud.

## Criterios diagnósticos de TLP según la taxonomía DSM V

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables, intensas y turbulentas, caracterizado por los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamientos de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo.
7. Sensación crónica de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira.
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves

## SOBRE EL AUTOR DE LAS IMÁGENES

### Rafel Casado Fernández

Como su nombre artístico indica, Rafel d'Olot nace en la ciudad de Olot (Girona), en 1970. Su marcada inquietud por la pintura destaca ya desde su infancia. En la década de los 80 comienza sus primeros estudios en la Escola Municipal de Belles Arts i Oficis d'Olot, época en que recibe clases de los profesores Carles Aulí y Lluís Soler, bajo la dirección de Joan Vila Montcau. Su vida laboral adquirió otro matiz, aunque el artista siempre estuvo profundamente relacionado con el mundo de la pintura. En el año 1998 entra en la Escola Municipal de Belles Arts de Sant Joan les Fonts donde cursa estudios durante una década profundizando en las diversas técnicas de dibujo y pintura. En el año 2008 deja esta escuela para cursar diversos estudios de secundaria y sumergirse de lleno en el reencuentro con su estilo. Todo con un gran éxito y plenitud. Actualmente sus trabajos artísticos han alcanzado un evidente estilo propio, basado en los volúmenes, las texturas y los agradables colores que proporciona su querida tierra de la comarca de La Garrotxa. Un arte que se puede "tocar con la mano", como se puso de manifiesto en las exhibiciones, que el autor hizo de algunas de sus obras, dedicadas a las personas invidentes. Su obra se ha expuesto en diversas exposiciones colectivas e individuales de diferentes pueblos de la zona de La Garrotxa y, también, en Barcelona, Girona y Milán (Italia).

<http://www.rafeldolot.com>

## SOBRE LAS AUTORAS DEL TEXTO

### Maria Romeu

Doctora en Enfermería por la Universitat de Lleida. Enfermera especialista en Salud Mental del Centre de Salut Mental d'Adults Horta-Guinardó de Barcelona. Profesora asociada del Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universitat de Barcelona.

### Glòria Tort

Enfermera, antropóloga y doctora en Pedagogía por la Universitat de Barcelona. Con una experiencia en el mundo de la docencia universitaria de enfermería de más de 20 años, actualmente vicedecana de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de Lleida Campus Igualada.

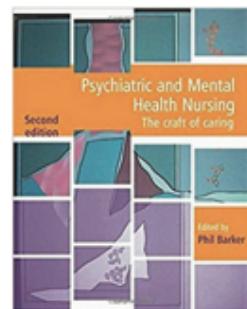
### Martí Subías

Enfermero especialista en Salud Mental del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Profesor asociado del Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universitat de Barcelona.

### Maria Assumpta Rigol

Enfermera especialista en Salud Mental. Máster en Psiquiatría Social y licenciada en Antropología Social y Cultural por la Universitat de Barcelona. Doctora en Antropología Social y Cultural por la misma universidad. Profesora titular del Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universitat de Barcelona.

## PARA LEER...



Barker, P.  
(Ed.). (2009)  
***Psychiatric and  
Mental Health  
Nursing:  
The craft of  
caring***  
London: Hodder  
Arnold

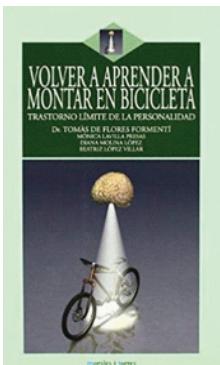
Este manual proporciona una visión general completa de la práctica de la enfermería de salud mental, que se apoya en teorías, investigación, política y filosofía relevantes. El libro se basa en el concepto de "artesanía del cuidado", donde la base de la buena práctica de la enfermería se considera una combinación de arte y de ciencia, y que anima a las enfermeras a adoptar un enfoque holístico de la práctica. Un texto imprescindible para las enfermeras de salud mental, así como para enfermeras de otras especialidades que quieran actualizar sus conocimientos. También resulta una referencia útil para otras disciplinas, como el trabajo social, la medicina y la psicología.



Mosquera, D. (2013). *Diamantes en bruto (I): Un acercamiento al Trastorno Límite de la Personalidad*. Madrid: Editorial Pléyades.



Dickens, G.L. et al. (2016). *Journal of Clinical Nursing* 25 (13,14)



De Flores, T. et al. (2006). *Volver a aprender a montar en bicicleta*. Barcelona: Ed. Morales y Torres

## PARA VER...



Franco, F. (director) (2013). *La herida*. España, 95 min

Esta es la segunda edición de un libro clásico en el área de los trastornos de la personalidad en España. La obra ayuda a la comprensión profunda del malestar de las personas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). La autora presenta un planteamiento de tratamiento integral: abordaje psicoterapéutico individual, grupal y familiar, con el apoyo del tratamiento farmacológico que resultó ser innovador en la época en que se publicó la primera edición. Desde una perspectiva terapéutica de características cognitivo-conductuales y psicopedagógicas, es en la actualidad un manual imprescindible para entender las claves de dicho trastorno y de su tratamiento.

Un número monográfico de la revista que ofrece una revisión de las publicaciones más actuales que exploran la complejidad de la relación terapéutica de las enfermeras con las personas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Esta extensa revisión muestra los diferentes factores que intervienen en el modelo relacional de intervención de la enfermería. El artículo recoge los aspectos positivos que se han identificado en la investigación como terapéuticos, así como aspectos negativos que interfieren en la creación de una relación terapéutica y el cuidado de las personas con dicho trastorno.

Estos autores plantean que para entender el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), no es suficiente con comprender los síntomas, sino que es importante acercarse a la persona que sufre el trastorno desde la comprensión y la aceptación de su mundo. El libro ofrece el conocimiento teórico sobre el TLP, pero también una reflexión sobre la experiencia de las personas que viven con el TLP, desde el respeto y la empatía que dichas personas merecen. Es una guía para personas con TLP, familiares y profesionales de la salud.

Este film relata la vida de una mujer que trabaja y parece disfrutar de su trabajo, pero fuera de su entorno laboral su vida es de insatisfacción, tristeza y autolesiones. No nos paramos a pensar en la regulación de nuestras emociones y cómo el desarrollo de esta capacidad nos permite el autocontrol de los altibajos emocionales que pueden estar presentes en nuestro día a día. La persona con un Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) vive sus emociones con una mayor intensidad y una falta de recursos para adaptarse y regularlas. La protagonista muestra cómo la dificultad para tolerar la soledad la conduce al consumo de tóxicos, las autolesiones y la agresividad. "Vivir con un TLP no diagnosticado es como vivir sin control sobre uno mismo". La película muestra el día a día de una persona con dicho trastorno.

## NOTICIAS AFIN

### La diversidad de género en la infancia

El pasado mes de octubre se puso en marcha el proyecto europeo "Diversity and Childhood: Changing social attitudes towards gender diversity in children across Europe", en el que participan los grupos de investigación "Procesos de gobernabilidad en las actuales sociedades post-fordistas" y AFIN de la Universitat Autònoma de Barcelona y cuyo objetivo es cambiar las actitudes y creencias que sufren el colectivo infantil LGBTI y colectivos que no se adhieren a las normas de género establecidas. Se llevará a cabo a lo largo de dos años e incluye acciones dirigidas a los niños, niñas y adolescentes, así como a cualquier persona que participe en su desarrollo, incluido profesorado, profesionales de la salud y de trabajo social y las familias. Financiado por la UE, se llevará a cabo en 9 países de la UE: Bélgica, Portugal, Hungría, Grecia, Polonia, Lituania, Eslovenia y Croacia.

El proyecto trabajará activamente con el colectivo infantil de los países participantes para crear diferentes materiales, entre los cuales se encuentran una aplicación interactiva para niños y niñas en formato de preguntas frecuentes, un manual para profesionales que trabajan con ellos traducido a todos los idiomas nacionales, 55 cursos de capacitación para interesados y profesionales a fin de mejorar sus aptitudes y competencias, 9 seminarios para mejorar la cooperación interinstitucional y un curso abierto masivo en línea (MOOC).

### Cuerpos marcados

Silvia López y Lucas R. Platero Méndez publican *Cuerpos Marcados*, que parte de una premisa fundamental: la acción política e institucional puede privilegiar, dañar, humillar, violentar e, incluso, dejar morir a determinadas personas. La obra analiza las políticas públicas poniendo los cuerpos en el centro, prestando atención a qué vidas se consideran importantes, qué cuerpos se protegen y cuidan.

Las aportaciones de la obra abordan cómo la Política y las políticas han tratado al cuerpo diagnosticado con VIH/sida o con enfermedad mental, las vicisitudes a las que se enfrenta el cuerpo trans, la (doble) victimización de las supervivientes de la violencia sexual, los cuerpos agotados y resistentes de las cuidadoras principales en los hogares, los retos de la relación de la vida humana y no humana en un contexto de crisis ecológica, los discursos que buscan el derecho a decidir en materia de interrupción del embarazo, poniendo en riesgo determinadas vidas, y el impacto de las violencias sobre los cuerpos racializados.

El índice y la introducción están disponibles [en este enlace](#).

### "Sexo" es una palabra divertida

El investigador y educador social Lucas R. Platero participa en la elaboración de un libro que aborda la educación sexual en la infancia, dirigido a niños y niñas de entre 7 y 10 años. "¿Cuándo está bien tocar y cuándo no?", "¿en alguna ocasión has escuchado la palabra "sexo" y no has entendido lo que significaba?", son algunas de las cuestiones que introducen asuntos relacionados con la sexualidad. Y es que como muestran diversas investigaciones, entre ellas las que se están desarrollando desde AFIN sobre educación sexual, existe una ausencia de educación afectivosexual en la infancia y la adolescencia, tanto en la escuela como en los hogares, que perjudica el desarrollo de niños y niñas. *Sexo es una palabra divertida* es una herramienta para dialogar con niños y niñas sobre diferentes componentes de la sexualidad como la confianza, el consentimiento, los roles de género, el placer, el buen trato o, incluso, el autoconocimiento.

## AGENDA AFIN

### Las nuevas configuraciones de la maternidad

El próximo día 4 de diciembre a las 15h tendrá lugar en el Centro AFIN la conferencia "Entre patriarcado y neoliberalismo: nuevas configuraciones de la maternidad en la España actual", a cargo de la Dra. Marina Bettaglio, profesora de la University of Victoria (Canadá). Sus intereses de investigación giran en torno a los estudios de género y teoría crítica. Es experta en la construcción de narrativas sobre la maternidad en Italia y en la España posfranquista. Este evento forma parte de las actividades formativas de doctorado en Antropología Social y Cultural. La entrada es gratuita. Se ruega confirmación de asistencia por e-mail a:c.afin@uab.cat

# ACTIVIDADES AFIN 2019-2020

Las actividades AFIN se plantean como un espacio donde compartir reflexiones, dudas y estrategias a partir de las experiencias de las familias, la investigación y la práctica profesional. El objetivo principal de los talleres es reflexionar alrededor de diversos temas, potenciar el bienestar emocional y encontrar estrategias que potencien las capacidades de los hijos e hijas, madres y padres, su seguridad emocional, su sentimiento de pertenencia, su autonomía y su bienestar



CHARLAS FAMILIAS	TALLERES FAMILIAS	TALLERES NIÑAS Y NIÑOS	TALLERES ADOLESCENTES
Duración: 2h	Duración: 3h	Duración: 2h	Duración: 2h
<p>1.1 La sexualidad con ojos de niño/a</p> <p>1.2 Herramientas para hablar de sexualidad con niñas y niños</p> <p>1.3 Hablemos de diversidad familiar con niños y niñas</p> <p>1.4 Hablemos de la muerte desde la infancia, rompiendo tabús</p> <p>1.5 Estrategias de comunicación familiar</p> <p>1.6 Ni castigos ni premios: ¿cómo fomentar la autonomía de niños y niñas?</p> <p>1.7 El sueño de los y las bebés</p> <p>1.8 La gestión de las emociones en la familia</p> <p>1.9 Herramientas y recursos para hablar de los orígenes en adopción</p> <p>1.10 La familia como equipo: cómo fomentar la colaboración, la solidaridad y la empatía</p>	<p>2.1 Recursos para hablar de sexualidad con niñas y niños</p> <p>2.2 Construimos familias diversas</p> <p>2.3 Rosas, azules, negros y blancos: los colores de las diversidades</p> <p>2.4 Coeducamos en casa</p> <p>2.5 Adopción, acogida y escuela</p> <p>2.6 La comunicación en torno a la adopción</p> <p>2.7 Taller para madres y padres con hijas e hijos racializados</p> <p>2.8 La comunicación en torno a la "donación" (óvulos, esperma o embriones)</p> <p>2.9 Recursos audiovisuales sobre sexualidad para ver en familia</p>	<p>3.1 ¿Y por qué no hablamos de ello? Información y educación afectivosexual y reproductiva</p> <p>3.2 Los cambios de nuestro cuerpo</p> <p>3.3 Digamos Sí, digamos NO: cómo reconocer las sensaciones de nuestro cuerpo</p> <p>3.4 El bosque familiar: la diversidad familiar</p> <p>3.5 El mural para recordar nuestras pérdidas</p> <p>3.6 Rosas, azules, negros y blancos: los colores de las diversidades</p> <p>3.7 Aprendemos a ser críticos/as con las músicas que escuchamos</p>	<p>4.1 ¿Y por qué no hablamos de ello? Información y educación afectivosexual y reproductiva</p> <p>4.2 ¿Conoces tu cuerpo? Deseos, placeres y aversiones</p> <p>4.3 El bosque familiar. Trabajamos la diversidad familiar</p> <p>4.4 El mural para recordar nuestras pérdidas</p> <p>4.5 Rosas, azules, negros y blancos: los colores de las diversidades</p> <p>4.6 Aprendemos a ser críticos/as con las músicas que escuchamos</p> <p>4.7 De amistad y de amor: emociones y relaciones positivas</p>

A partir de las investigaciones realizadas por el grupo AFIN, se han generado una serie de Servicios de transferencia dirigidos a la comunidad educativa y a los profesionales del ámbito de la educación y la salud.



## PROYECTOS DE COMUNIDAD EDUCATIVA

- 5.1 SexAFIN: educación afectivosexual y reproductiva
- 5.2 SexAFIN-APS: educación afectivosexual y reproductiva
- 5.3 Hablamos de diversidad familiar
- 5.4 Hablamos de la muerte con la comunitat educativa
- 5.5 Entrenamos la mirada: bullying y violencias en la escuela

## PARA PROFESORADO Y PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN

Duración: 20h

- 6.1 SexAFIN: educación afectivosexual y reproductiva en los centros educativos
- 6.2 Diversidad familiar: una perspectiva antropológica

## PARA PERSONAL SANITARIO

- 7.1 La reproducción asistida desde la perspectiva de la antropología médica

## CÁPSULAS FORMATIVAS

Duración: 4h

- 6.3 Herramientas y recursos para hablar de sexualidad con niñas y niños
- 6.4 Recursos audiovisuales sobre sexualidad para trabajar con niñas, niños y adolescentes.
- 6.5 De sexos y géneros: coeducación
- 6.6 La diversidad familiar explicada a niñas y niños
- 6.7 Cómo hablar de la muerte sin tabúes
- 6.8 Entrenamos la mirada: bullying y violencias en la escuela

## CENTRE AFIN

Edifici B13, c/ Vila Puig s/n  
 Universitat Autònoma de  
 Barcelona  
 08193 Bellaterra (Cerdanyola  
 del Vallès)  
 Tel.:+34 93 581 46 40  
 c.afin@uab.cat

¡Visita nuestra web!

[Centre AFIN](#)  
[Grup de Recerca AFIN](#)