

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

Anexos del Trabajo “Análisis de los aspectos socioculturales que influyen en la génesis o evolución del Trastorno de la Personalidad y principales vías de actuación desde la práctica del Trabajo Social”.

Alumno/a: Cucalón Estrada, Belén.
Director/a: López del Hoyo, Yolanda
Zaragoza, a Septiembre de 2013



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza



Universidad
Zaragoza

CONTENIDO

ANEXO 1-Entrevista a la Psicóloga de la asociación "Avance" (Sevilla).....	3
ANEXO 2-Entrevista a la Trabajadora Social de la asociación "Avance".....	8
ANEXO 3- Entrevista a la Trabajadora social de la Unidad de Tratamiento de TP del Hospital ANEXO 4- Nuestra Señora de Gracia (Zaragoza).....	13
ANEXO 4- Entrevista al psiquiatra de la unidad de tratamiento de TP del Hospital Nuestra Señora de Gracia y anterior presidente de la Sociedad Española para el Estudio del TP.....	25
ANEXO 5- TRÍPTICO "POTENCIANDO LA SALUD DESDE LA EDUCACIÓN: Habilidades para un mundo acelerado, exigente y relativo".....	37

1- Entrevista a la Psicóloga de la asociación “Avance” (Sevilla).

A 31/05/2013, Sevilla

Preguntas

P: - En primer lugar, me gustaría que hablase de su perfil profesional. ¿Cuál es su profesión?, ¿qué tipo de intervención realiza con pacientes afectados por un trastorno de personalidad?

R: - *“Me licencié en psicología por la Universidad de Sevilla, y posteriormente me especialicé mediante un Máster en Tratamiento de Adicciones. Para la realización de una de mis tesis escogí el tema de trastornos de la personalidad, y desde entonces me interesé por el tema, participando en diferentes investigaciones. Trabajo en la asociación Avance desde el año 2004.”*

En cuanto al tipo de intervención que realizo con mis pacientes ésta es de tipo psicoterapéutica y generalmente consta de cuatro fases: valoración de la situación de la persona, valoración de la conciencia de enfermedad y conocimiento del diagnóstico (psicoeducación), valoración del grado de motivación para el cambio que posee la persona y elaboración de unos objetivos y un plan individualizado de atención.

Generalmente los objetivos que se plantean y el trabajo que se realiza con el paciente una vez evaluada su situación son: en primer lugar trabajar aquellas consecuencias o manifestaciones de la enfermedad que pongan en peligro la salud y la vida de la persona, como por ejemplo las ideaciones suicidas o la existencia de otro tipo de trastornos asociados (como trastornos alimenticios etc).

En segundo lugar se trabaja sobre aquellos hábitos de consumo que puedan

interferir en el tratamiento de la persona como por ejemplo las adicciones.

En tercer lugar, cuando se han superado dichas barreras o interferencias que limitan la capacidad de trabajo, atención y crecimiento o evolución de la persona, se trabaja con la propia persona sobre las manifestaciones patológicas de su personalidad.

Normalmente trabajamos el manejo de las crisis, el desarrollo de habilidades de tolerancia al malestar, las habilidades de regulación emocional, el control de la ansiedad y sus técnicas, entrenamiento de habilidades interpersonales...

En ocasiones, ciertas actividades se trabajan en grupo. Tenemos grupos de auto ayuda y de habilidades sociales.

Para que las personas accedan a las actividades grupales se requiere de un trabajo previo de forma individual, que posibilite a las profesionales valorar la idoneidad de la persona para su inserción en un grupo.

Dichos grupos normalmente están formados por personas que guardan relación en sus diagnósticos, edades, o tipos de dificultades que presentan.

De manera paralela a la intervención psicoterapéutica y cuando se considera que el usuario está preparado, se procede a la incorporación de la intervención en el plano social, realizada por la trabajadora social ,y que generalmente va dirigida a la inserción de la persona en la vida social y laboral: manejo de habilidades sociales, conocimiento de la enfermedad, entrenamiento de habilidades pre-laborales, ocupación del tiempo libre etc. De esta parte se encarga mi compañera, trabajadora social."

P: En segundo lugar, me gustaría que comentase su visión, basada en la experiencia de trabajo , en torno a las siguientes cuestiones: ¿Considera que existen aspectos socioambientales que forman parte de la etiología de un trastorno de la personalidad?.

R: "Si, indudablemente, esto ya se ha estudiado y lo que se entiende es que los factores sociales, junto con otros de tipo genético y psicológico, subyacen a la aparición de este tipo de trastornos".

P: ¿Se muestran especialmente importantes en algún tipo de trastorno de la personalidad determinado?

R: "Si, el trastorno límite de la personalidad, también conocido como la personalidad border-line, es en el que mayores evidencias y estudios existen para demostrar la importancia de este tipo de factores.

Esto es algo sumamente interesante de cara al estudio, porque, como habrás leído durante la realización de tu trabajo, los trastornos límite de la personalidad son los más prevalentes en la actualidad, y su tendencia de crecimiento en la última década ha sido abrumadora".

P: ¿En qué medida cree que condicionan su desarrollo?

R: "El ambiente social de la persona condiciona de manera determinante el desarrollo de este tipo de patologías. Un ambiente y un entorno social puede ser facilitador o puede ser un obstáculo en la adaptación de la persona. Por tanto dichos factores tienen una influencia directa en el pronóstico de la enfermedad".

P: ¿Considera que la educación familiar juega un papel importante en el desarrollo de las consecuencias de la patología?

R: "Por supuesto. Ciertos estilos educativos pueden dar lugar a la consolidación de personalidades patológicas, en el sentido de que resultan conflictivas e inadaptadas a los entornos socioculturales predominantes y constantemente acarrean problemas que llevan consecuencias negativas para la vida de la persona".

P: ¿Podría nombrar algún estilo educativo en concreto cuyas consecuencias puedan influir en el desarrollo de la patología?

R: *"Existen ciertos estilos educativos que resultan más perjudiciales para la persona, esto está estudiado.*

Normalmente, estos estilos perjudiciales tienen la característica común de ser cambiantes y confusos, es decir, nos encontramos con familias que pese al tipo de estilo educativo (sea más agresivo, pasivo o assertivo), poseen un patrón inconstante en el establecimiento de límites.

También es perjudicial si existen diferencias en los estilos o patrones educativos de ambos educadores.

La persona interioriza una tendencia a no aceptar ni adaptarse a los límites por su creencia de que los límites son cambiantes y nunca se mantienen estables.

Uno de los prototipos más comunes es: padre "florero" y madre "sobre protectora".

P: ¿Cree que existen suficientes recursos comunitarios para atender a estas personas? Si la respuesta es negativa, ¿a qué cree que se debe esta carencia de recursos?

R: *"No. En primer lugar esto se debe a que los trastornos de personalidad son una patología reciente en el sentido de que se han empezado a tratar desde hace poco tiempo (desde la década de los 80).*

Por este motivo los diagnósticos de trastorno de la personalidad son recientes. En segundo lugar, porque hasta hace también poco tiempo no se reconocía que la personalidad pudiese ser cambiante, es decir, se pensaba que la personalidad de una persona no se podía cambiar, por lo que no se encontraban tratamientos para dichas patologías.

En tercer lugar, porque aunque parezca mentira, a día de hoy es cuando se está empezando a tomar conciencia de este problema desde el sector público,

y se está comenzando a sensibilizar a la sociedad."

P: ¿Qué tipo de recursos serían necesarios para asegurar una mejor atención a este colectivo?

R: "A nivel individual sería necesario:

1. Atención a nivel ambulatorio y mayor periodicidad en las citas médicas con especialistas psicólogos y psiquiatras. La periodicidad debería ser semanal. Además el tipo de atención sanitaria debería estar enfocado de una forma más integral, incluyendo a la familia y al entorno de la persona.

Sería interesante el aumento de los dispositivos de hospitalización de día, (en Sevilla hay un centro) y que en ellos se incluyese la posibilidad de hospitalización parcial.

Por supuesto serían necesaria la creación de todo tipo de recursos relacionados con la vivienda, acompañamientos terapéuticos, empleo, es decir, dirigidos a facilitar la inserción socio laboral de las personas afectadas por este tipo de patologías".

P: La intervención que realiza como profesional , ¿interviene con el medio social y cultural del individuo?, ¿de qué manera?

R: "Si, o al menos es lo que se intenta, ya que para intervenir por ejemplo con el entorno más inmediato que es el medio familiar, ambas partes tienen que estar de acuerdo, y estar además motivadas para trabajar y ser constantes. La verdad es que cuantas más personas del entorno estén implicadas y coordinadas mejor calidad y resultados tendrá la intervención".

2- Entrevista a la Trabajadora Social de la asociación "Avance" (Sevilla).

A 31/05/2013, Sevilla.

Preguntas

P: - En primer lugar, me gustaría que hablase de su perfil profesional. ¿Cuál es su profesión?, ¿Qué tipo de intervención realiza con pacientes afectados por un trastorno de personalidad?.

R: - *"Mi profesión como trabajadora social de la entidad se centra en detectar las necesidades sociales y personales que presentan los miembros de la entidad, tanto las personas afectadas por un trastorno de la personalidad como sus familias. Tras ello, se estudia la situación y busca el/los recurso/s adecuado para que cubra tal necesidad."*

El punto de partida tras estudiar la situación y las necesidades es la elaboración de un plan individualizado, donde se recogen las principales necesidades y las actuaciones a poner en marcha.

Éstas no se limitan a la tramitación de prestaciones económicas y demás gestiones burocráticas, sino en el adecuado uso de los recursos de la zona y los propios personales.

Por ello, un área importante de intervención es la de rehabilitación psicosocial, puesto que a través de diversas actuaciones con mayor continuidad y periodicidad mensual se pretende mejorar calidad de vida y la autonomía de la persona.

Se presta asesoramiento, información, y se proporciona las herramientas necesarias para que sean las propias personas, las responsables de su vida.

Asimismo a lo largo del proceso se acompaña y apoya emocionalmente a las personas que así lo requiera y/o atraviesan por momentos difíciles o crisis.

Al margen de las personas, existen funciones de búsqueda de recursos económicos para la entidad a través de la solicitud de subvenciones, coordinación con entidades públicas y privadas del área de la discapacidad en general o de la salud mental en concreto, intervención en foros públicos, jornadas y actuaciones de sensibilización sobre la enfermedad mental.

Para concretar un poco más sobre mis funciones en Avance, detallo las siguientes:

Asesoramiento social a usuarios y familiares. Principalmente referentes a los siguientes temas: prestaciones económicas, certificado de discapacidad (informe social) y los beneficios que aporta, otras prestaciones sociales, ley de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de la dependencia, orientación laboral, búsqueda de ocupación en la propia entidad a través de las actividades de ésta o existentes en la comunidad, asesoramiento en la administración del dinero.

Supervisión, seguimiento y coordinación de casos.

Acompañamientos terapéuticos, para la realización de gestiones externas, acompañamientos a centros sanitarios.

Asesoramiento laboral individual o Grupo de entrenamiento de habilidades pre-labórales.

Se trabaja las siguientes áreas: desarrollo personal (ajuste de expectativas, conocimiento personal, motivación, necesidades); técnicas e instrumentos para la búsqueda de empleo (elaboración del CV, carta de presentación, entrevista de trabajo, bolsas de empleo on-line y el registro, centros especiales de empleo, empresas de trabajo temporal, empresas de intermediación) formación (formación profesional, entidad que gestionan formación, becas)

imagen personal y auto cuidado (ropa y vestimenta adecuada, higiene básica); recursos socio sanitarios de interés (discapacidad, ayudas sociales de interés, derechos).

Asimismo se contacta con las empresas que gestionan ofertas de empleo para personas con discapacidad, facilitando el acceso a la entrevista de trabajo.

- Monitorización de talleres ocupacionales y supervisión de los participantes."

P: En segundo lugar, me gustaría que comentase su visión, basada en la experiencia de trabajo, en torno a las siguientes cuestiones: ¿Considera que existen aspectos socio-ambientales que forman parte de la etiología del T.P?

R: "*Teniendo en cuenta que los factores que determinan un trastorno de la personalidad aún no están claros, podemos afirmar pues la experiencia basada en el trabajo así lo respalda, que sí influye los factores sociales y ambientales en los que se ha desarrollado la personalidad del sujeto.*

Nos encontramos patrones comunes en varios casos que fundamenta la respuesta: familias extremadamente sobreprotectoras o extremadamente autoritarias en la educación de sus hijos, con mensajes contradictorios ante las normas y límites permitidos, usuarios/as con problemas de acoso escolar, abusos, duelos no elaborados, mobbing en el trabajo, que han marcado un momento puntual de su vida.

Por supuesto además de estos factores externos también influirá la herencia genética y la vulnerabilidad emocional con la que nazca la persona."

P: ¿Se muestran especialmente importantes en algún tipo de trastorno de la personalidad determinado?

R: "Con mayor frecuencia nos encontramos más personas con un diagnóstico de TLP (como el 50 % de los casos que atendemos) pero no sabría relacionar si los factores externos influyen o no en la mayor presencia de casos".

P : ¿En qué medida cree que condicionan su desarrollo?

R: "Condiciona en que se crea una forma de ser basada en la inestabilidad emocional, inseguridad, falta de autonomía y planificación para la realización de tareas cotidianas.

Todo ello se presenta en la edad adulta en determinadas áreas tales como el trabajo, la familia, las relaciones interpersonales creándole grandes dificultades para un desarrollo normalizado"-

P: ¿Considera que la educación familiar juega un papel importante en el desarrollo de las consecuencias de la patología?

R: "Sí influye, ya que los menores aprenden formas de comportamiento mediante la observación de figuras o modelos de referencia siendo éstas las personas adultas de su entorno, generalmente padres-madres o cuidadores.

Sin embargo para el desarrollo de la enfermedad es necesario que haya también una predisposición genética que la persona tenga desde su nacimiento".

P: ¿Podría nombrar algún estilo educativo en concreto cuyas consecuencias puedan influir en el desarrollo de la patología?

R: "Modelos de educación excesivamente autoritarios, excesivamente permisivos donde no existen límites, normas ni consecuencias, o una mezcla de ambos sin lógica alguna, optando en situaciones similares por ambos modelos indistintamente, lo que no genera un aprendizaje adecuado en la

persona (mensajes contradictorios)".

P: ¿Cree que existen suficientes recursos comunitarios para atender a estas personas? Si la respuesta es negativa, ¿a qué cree que se debe esta carencia de recursos?

R: "No, y la escasez es que todavía es un diagnóstico relativamente reciente y aún se investiga la forma más adecuada de tratamiento. La escasez de recursos y la diferencia de opiniones en cuanto a la forma de tratar a estas personas pueden ser otros de los motivos".

P: ¿Qué tipo de recursos serían necesarios para asegurar una mejor atención a este colectivo?

R: "Recursos específicos de personas con TP donde el equipo interdisciplinar se encuentre especializado y formado en este tipo de diagnóstico".

P: La intervención que realiza como profesional, ¿interviene con el medio social y cultural del individuo?, ¿de qué manera?

R: "Sí, puesto que nuestro trabajo no sólo se centra en la persona con el diagnóstico sino que también presta asesoramiento y apoyo a los familiares y/o cuidadores, y nuestra función es proporcionarles herramientas adecuadas para actuar cuando se den situaciones complicadas de abordar.

De igual forma realizamos actividades de información, sensibilización y visibilización de la entidad y el colectivo, para eliminar barreras y prejuicios que favorezca su integración. Estas actuaciones se dirigen a la sociedad en general o a entidades, como empresas de empleo, congreso andaluz de voluntariado, Día mundial de la salud mental".

3- Entrevista a la Trabajadora social de la Unidad de Tratamiento de TP del Hospital Nuestra Señora de Gracia (Zaragoza).

A 01/10/2013, Zaragoza

Preguntas

P: - En primer lugar, ¿me podrías explicar en qué consiste esta unidad?, ¿qué tipo de intervención se realiza con los pacientes?, ¿cuáles son a grandes rasgos los motivos de su hospitalización?

R: - *"Se trata de una unidad que realiza un abordaje específico y global de la patología de la personalidad. No sólo atiende al paciente ingresado sino que además trabaja con el núcleo familiar con quien convive (padres, pareja etc). La hospitalización del paciente se realiza durante un periodo de 2 o 3 meses (en función de su evolución), y posteriormente tiene una duración de hasta 2 años en la que se realiza un seguimiento paciente – familia.*

El ingreso siempre es voluntario, y se accede por derivación del equipo de salud mental de referencia (dentro de la CC.AA de Aragón). Además, siempre tiene que ser voluntario (la persona ha de estar convencida y comprometerse), eso es imprescindible.

Nosotros atendemos a pacientes de 18 a 45 años.

El tipo de intervención que se realiza es un programa de abordaje integral, que consiste en pruebas orgánicas, psicológicas, atención psicológica y psiquiátrica, psicoeducación , socio-terapia e intervención familiar.

Los pacientes que ingresan en la unidad lo hacen porque consideran que lo necesitan, que están sufriendo (junto con sus familiares) un gran malestar y quieren poner remedio. No son ingresos de "urgencias", las personas acceden por lista de espera, todas las situaciones se consideran igual de graves".

Nuestra opinión es que lo que mejor les va a los pacientes es la separación del ámbito familiar, pensamos que normalmente están inmersos en un ambiente familiar conflictivo y que dicha separación les ayuda mucho a replantearse ciertas cosas. Además a nosotros nos viene muy bien para estudiar al paciente y a la familia por separado. El paciente está haciendo sus estudios psicológicos, biológicos, psiquiátricos, y la familia está trabajando por otro lado. Cambia totalmente la forma que tienen de actuar cuando no se encuentran con su familia, ya que son muy dependientes (los unos de los otros). En esa "separación" es cuando sale a la luz la auténtica forma de ser del paciente. Eso nos permite hacer una muy buena observación.

Además, permite al equipo médico eliminar mucha parte de la medicación (vienen sobre-medicados).

La intervención que realizamos con ellos, desde el ámbito del trabajo social, consiste en atender al paciente en relación a la familia. Lo primero es el estudio y el conocimiento del núcleo de convivencia o entorno familiar.

Mientras el paciente está ingresado, no "sale" con la familia, pero los fines de semana se les van dando permiso. Mi función es también valorar y planificar esos permisos.

Cuando el paciente tiene el alta, se hace un auténtico abordaje familiar y de relación con otro tipo de recursos etc.

P: Mi investigación, como he comentado anteriormente, tiene que ver con la importancia de aspectos de tipo social y cultural que pueden estar implicados en el desarrollo de un TP junto con otros de tipo biológico y psicológico. ¿Consideráis que este tipo de aspectos influyen en el desarrollo de todos los TP en general o más en concreto de algún TP específico?

R: *"Creo que lo que sí influye mucho es la educación que haya recibido la persona. No te puedo decir si es en un tipo específico o en otros, porque nosotros generalmente valoramos la situación de la persona en individual, más*

que según su diagnóstico concreto. Sí que es cierto que se entiende que los TLP pueden ser un subconjunto (muy heterogéneo dentro de sí), en el que el factor educativo parece bastante claro".

P: Basándooen vuestra experiencia de trabajo, ¿Influyen los siguientes aspectos psicosociales en la génesis o la evolución del TP?, ¿De qué manera influyen?. ¿Existe algún otro aspecto que consideréis importante?:

1. ¿Pensáis que es importante el papel del entorno socializador, el tipo de pautas o modelos educativos?

R: " *Sí, esto es importante, sobretodo pensamos que ciertas pautas educativas pueden tener una influencia negativa en la consolidación de la personalidad de una persona. No tiene que ver con un tipo u otro de educación en sentido estricto (más o menos autoritaria etc), con lo que tiene que ver es con la coherencia. Los mensajes contradictorios y la ambivalencia son en mi opinión las características más destacables a la hora de hablar de patrones educativos contraproducentes.*"

2.¿*Cómo trabajáis con el entorno, es difícil el abordaje?. Detectáis cierto grado de psicopatología en el entorno familiar?*

R: " *Cuando realizamos intervención familiar es porque la unidad familiar está concienciada y quiere apoyar al paciente en su proceso de tratamiento. Cuando la familia colabora realmente es mucho más eficaz la intervención, eso es un aspecto clave.*

En algunos casos sí existe cierto grado de psicopatología en el entorno familiar, al menos esto es lo que observamos al realizar algunas pruebas o test psicológicos".

3. ¿Es frecuente la existencia de experiencias traumáticas en la historia de vida de estos pacientes?.

R: "Si que existen estas situaciones traumáticas, pero no pensamos que sean una causa, es decir, el TP es una forma de enfrentarse a la vida y a los acontecimientos vitales en general poco satisfactoria para la persona y su entorno. Unas personas sabrán superar esas situaciones vitales, sean cuales sean, y otras encontrarán mayores dificultades y se "quedarán ahí". Además en muchas ocasiones se utilizan estas situaciones o experiencias para "escudarse" y justificar el problema, cuando la realidad es un problema de afrontamiento en general".

4. ¿Influyen aspectos de tipo socio-económico?

R: "No , no tiene nada que ver".

5. ¿ Y factores como la edad o el sexo?.

R: "Pienso que se dan más casos de mujeres, y en cuanto a la edad no se si existe algún tipo de estadística. Los pacientes que normalmente ingresan aquí llegan siendo ya adultos. Pensamos que realmente esto sucede porque las personas más jóvenes no han sufrido todavía "lo suficiente" y no están en un "momento" como para querer someterse a un programa de estas características de forma voluntaria. "

6.Tengo entendido que también tenéis una unidad para el tratamiento de trastornos alimenticios, ¿hay comorbilidad entre TP y TCA?.

R: "Sí, claro que la hay, de hecho nos encontramos con situaciones de personas (normalmente son chicas jóvenes), que tienen un diagnóstico de TCA y posteriormente nos damos cuenta de que se trata de un problema mucho más global, de la personalidad en su conjunto".

7. ¿Puede influir en el pronóstico una detección más temprana o más tardía de la enfermedad?.

R: "Hombre supuestamente cuanto antes se trate mejor, pero la realidad es que la persona tiene que estar en "su momento", ya que la eficacia del tratamiento depende mucho de la voluntad del paciente, y en ocasiones, personas muy jóvenes con poca andadura en este terreno no buscan un programa como éste."

P: Según tengo entendido, la incidencia de estos trastornos ha aumentado en las últimas décadas. ¿Habéis observado este aumento?, ¿lo habéis observado en general o ha sido en algún TP en concreto?, ¿cuál pensáis que es el motivo de este aumento?.

R: *"Yo trabajo en ésto desde hace años. Cuando empecé a trabajar el TP ni siquiera se diagnosticaba, de hecho mi jefe fue pionero en el trabajo con este colectivo. Nos "tachaban" de locos al empezar. Yo creo que lo que explica el aumento son dos cosas.*

Igual hay más casos, es probable, pero puede que ésto sea porque ahora es cuando realmente se está diagnosticando más esta patología, más (porque se conoce más a nivel psiquiátrico) y mejor (porque se afina más en los diagnósticos). Antes apenas se daban estos diagnósticos. Creo que ambas cosas pueden explicarlo.

Otro aspecto que me parece importante comentarte es que (todo tiene sus pros y sus contras) con esta mejora en los diagnósticos, ahora se tiende a "encasillar más al paciente", en un rasgo de personalidad concreto.

Sin embargo, nuestra experiencia nos dice que pocos pacientes presentan un tipo o rasgo concreto de personalidad. Todo lo contrario. Se trata de patrones muy heterogéneos.

Lo que hacemos es tratar el problema a nivel individual, entendemos que la personalidad es algo único, intentamos averiguar que es lo que no funciona y determinamos unos objetivos, de forma independiente al diagnóstico."

P: De los siguientes aspectos socioculturales que voy a nombrar a

continuación, ¿piensas que alguno podría tener una especial influencia en el desarrollo de personalidades patológicas?

1. ¿Podrían influir los cambios en las estructuras familiares?. ¿ Se trata de familias des-estructuradas (en relación a dinámicas familiares conflictivas, problemáticas)?.

R: " No hablamos de familias des-estructuradas o no. Lo importante es el tipo de dinámica familiar (convivencia, comunicación, roles, resolución de conflictos etc), independientemente de quién forme la familia. Es la dinámica, hay dinámicas familiares que están "hechas polvo".

2. ¿Podría ser que influyese en el modo de dinámica familiar padres-hijos cierto "choque generacional"?.

R: *"Pues en realidad no lo había pensado así. Generalmente valoro las situaciones en un plano más individual , sí que puede haber ocasiones en que los miembros no lleguen a ponerse de acuerdo o entenderse pero, ésto es independientemente de la edad, no creo que sea importante".*

P: Los TP , ¿llevan consigo deterioro de las funciones intelectuales?.

"Sí, cuando no son atendidos las funciones intelectuales se van deteriorando, pero también personas que ya poseen discapacidad intelectuales pueden tener trastornos de conducta asociados".

3. ¿Podríamos pensar que factores a nivel ambiental han hecho aumentar la psicopatología (nivel de salud mental) entre la población?, ¿Notáis mayor grado de malestar o conflictividad en los pacientes/ familias en este contexto de malestar e incertidumbre generalizado?.

R: "Pues no sabría muy bien qué decirte, puede ser, pero en nuestros casos

concretos no me he parado a pensar en ésto".

4. ¿ Podrían tener los medios de comunicación una parte de responsabilidad en la formación de patologías de la personalidad? , ¿pensáis que pueden tener su influencia en este tipo de personalidades?, ¿ podrían conllevar una imitación de pautas de conducta desapropiadas (en referencia a ciertos programas televisivos)?.

R: "Sobretodo en TCA sí que se habla de ésto, de la influencia de los MCS en lo que respecta al cuerpo, la imagen etc. Pero en este tipo de pacientes no he visto una preocupación excesiva en estos aspectos. No te sabría decir sobre el TP en concreto. Lo que sí afirmo y comarto es que los MCS tienen que tener una influencia nefasta para la población en general, en especial para la infancia/ adolescencia. ".

5. También me planteo una posible influencia de tendencias culturales en sentido "general" como las conductas impulsivas de "consumo", "inmediatez para la resolución de problemas", etc?

R: "Bueno sí, podríamos decir que no poseen capacidad de frustración y se muestran algo "caprichosos" . Algunos esperan que su vida sea de una forma algo idealizada, poco realista..."

6. ¿ Y en cuanto a la influencia de las redes sociales en las relaciones sociales?

R: "Hablando de los pacientes, lo que hay que tener en cuenta es que estos pacientes tienen muchas dificultades en establecer relaciones sociales, pueden utilizar las redes pero luego no son capaces de "dar el paso", de llevar a cabo relaciones normalizadas".

La mayoría de ellos han ido perdiendo relaciones sociales por los conflictos que han ido teniendo en su vida. Han ido perdiendo todo y muchos se encuentran muy solos".

7- ¿Relaciones entre TP y consumo de drogas?.

R: "Si que hay pacientes a los que el consumo les ha llevado a estas situaciones conflictivas con el entorno, sobretodo pacientes que han empezado a consumir desde muy jóvenes. Sobretodo grupo A (más pasivos, inactivos) son propensos al consumo de cannabis".

8.¿ El TP incluye un problema de autoestima "baja"?.

R: "Hay de todo, pacientes que no están a gusto consigo mismos, pero pacientes que la tienen sobre-valoradas. De hecho hay que tener mucho cuidado cuanto se plantea una dinámica de autoestima y aclarar muy bien los términos, ya que cuando son pacientes con rasgos "egocéntricos" ésto podría ser contraproducente".

9.¿ Cómo se manifiesta la dependencia emocional?.

R: "La dependencia emocional es algo muy común. Siempre tienen que tener "enganche con alguien", son incapaces de tomar decisiones, es algo muy generalizado. Te diría que es una de las cosas que más pueden tener en común los TP. Tanto la dependencia como la "evitación" a enfrentar situaciones".

10: ¿Sobre la enfermedad, la muerte, la vejez, poseen ciertas hipocondrías o miedos?.

R: "Si son personalidades algo "neuras". Con la muerte juegan bastante, la realidad del suicidio es un tema que no es nada despreciable. Se puede tomar como amenaza, chantaje, como quieras, pero ahí está."

P: Las personalidades que se consideran patológicas:

1. ¿Poseen un sentido de identidad/ pertenencia?

R: *"Muchas veces no, pero no creo que vaya con el trastorno, sino con la persona. No te lo puede decir, no me ha puesto a valorar ésto".*

2. Son personalidades que poseen una estructura ética/moral o escala de valores definida y que justifique su toma de decisiones, conducta etc?, ¿tienen algún tipo de aspiración, iniciativa, deseo de "autorealización"?.

R: No suelo analizarlo así. Sí que es cierto que poseen una gran incapacidad para la toma de decisiones de su día a día. Sí que por lo general se trata de personas que poseen un gran "vacío". Se encuentran algo "perdidas".

Pienso que muchos de estos casos tienen que ver con patrones educativos formados principalmente por "madres sobre-protectoras" y "padres florero".

Son por ejemplo situaciones de chicas jóvenes a las que no se les ha dejado crecer. Se encuentran "anuladas". Se refleja en la gran "inmadurez".

También es habitual el caso de chicos que han estado muy consentidos. Se les ha permitido todo. No se les han puesto límites por así decirlo.

Por lo general son personas que no trabajan ni estudian, (los pacientes que están aquí en la unidad), de hecho muchas personas lo que quieren es una "incapacidad".

P: El tipo de intervención que realizáis desde esta unidad, ¿interviene con el entorno social y cultural de la persona afectada por un TP?, ¿de qué forma?.

R: " Si, además del trabajo con la familia, se trabaja con los recursos del entorno y con el desenvolvimiento de la persona dentro del mismo: inicio de cursos, búsqueda y mantenimiento de trabajo etc. Antes también hacíamos alguna charla en centros, trabajos para congresos etc, pero ahora mismo no se

está haciendo nada. Nos coordinamos con Fundación Tranvía o Rey Ardid para el tema de pisos tutelados etc.”.

P: ¿Cuáles son las funciones que realiza el trabajador/ a social en esta unidad?.

R: “ Intervención familiar, hospitalización, intervención con el paciente (gestión de recursos, gestión económica, búsqueda de empleo y formación etc), trabajos en congresos y salidas a recursos”.

P: ¿En qué consiste la intervención familiar en concreto?.

R: “La intervención consiste en la realización de un estudio de la unidad familiar, que incluye la entrevista en el domicilio y la realización de todos los seguimientos durante el proceso de hospitalización del paciente y posteriormente también.

Lo que estudio es la visión que tiene la familia sobre el paciente en ese momento, el grado de conflictividad y la dinámica familiares. Se hace una valoración sobre la situación del paciente y la familia. Elaboramos el PIT (Plan de Intervención y Tratamiento) , y en él marcamos los objetivos que se trabajan.

Posteriormente hacemos una reunión con paciente y familia y en ella se comenta lo que se ha valorado en relación al área de cada profesional (diagnóstico orgánico, psiquiátrico, social y psicológico).

El equipo plantea las pautas de trabajo que considera oportunas y el paciente decide entonces si se compromete y permanece en el programa.

Durante el programa de hospitalización, me encargo también de la planificación de los permisos, ya que éstos tienen unos objetivos, una programación etc.

Esto es necesario porque tienden o a “desmadrarse” o a quedarse en la cama

Tras el “permiso”, realizo una revisión de la planificación y un seguimiento sobre la evolución de paciente y familia”.

P: ¿Pensáis que el tratamiento y la intervención que a día de hoy se realiza con las personas diagnosticadas de esta patología es eficaz?.

R: “Creo que sí es eficaz. Realmente cuando se llevan a cabo las intervenciones familiares se consigue que baje el nivel de conflictos en la unidad familiar (ya que actuamos como mediadores). Si realmente se lo toman en serio, colaboran , participan etc, sí que logran llevar una vida autónoma.

Un aspecto importante es que no le llamamos enfermedad al TP, pensamos en él como en una forma de ser que ha tenido problemas a la hora de afrontar situaciones, pero que se puede recuperar.

Y en cuanto a los tratamientos , tratamientos como tal no hay. Si se pueden utilizar fármacos para aliviar síntomas como el estado de ánimo bajo, la ansiedad etc, pero no hay tratamiento para el TP.

Lo que más les ayuda es hablar sobre pautas concretas del día a día, el sentido común , por ejemplo hablar sobre los sentimientos que se han tenido, la manera en que se podrían haber resuelto las situaciones...”.

P: ¿ Poseen problemas en la gestión económica?.

R: “Sí. Son muy impulsivos en el gasto, es un “descontrol”. Suelen ser desorganizados en muchas áreas de su vida, y ésta es otra”.

P:En relación a los recursos que existen para atender a estas personas, ¿creéis que son suficientes y están lo suficientemente especializados?, ¿qué recursos

echáis en falta o creéis que deberían ser creados?.

R: "Hay pocos recursos en general, supongo que no en este ámbito en concreto. Digamos que nuestro objetivo es que la persona logre ser lo más autónoma posible y lleve una vida normalizada. Los recursos tipo "piso tutelado", son una muy buena opción para estas personas. Y por supuesto todo lo que respecta a la inserción social y laboral es de gran apoyo".

P: Para concluir. Hemos nombrado a lo largo de la entrevista, la posible importancia de varios aspectos a nivel social y cultural, sobretodo en lo que respecta a la educación de las personas y la forma en que ésta condiciona la personalidad y en definitiva la conducta.

¿Pensáis que es necesaria una intervención con los aspectos sociales y culturales en general, a nivel preventivo?, ¿Conoces si se está desarrollando algún tipo de investigación o intervención más centrada en estos aspectos?. ¿Consideráis necesaria la intervención con algún tipo de aspecto social y cultural en concreto?.

R: "*Supongo que sí, aunque no te se decir qué es lo que hay ahora mismo. A nivel preventivo suelen hacerse "escuelas de padres", talleres socio educativos etc. Lo que sí está claro es que cuanta más información tenga la población sobre estos temas y más se trabaje mejor será el abordaje de ésta y todas las problemáticas de salud".*

P: Por último, a modo informativo. Voy a tratar de entrevistar también a otras entidades y recursos de Zaragoza en el tema de TP y salud mental general, como la Asociación "El Volcán", El Centro Municipal de Promoción de la Salud Mental y la Asociación Pro-Salud Mental. Me gustaría saber si existe algún otro recurso en el que pueda encontrar información de utilidad y también si mantenéis algún tipo de contacto o de coordinación con alguno de ellos.

R: "*Es posible que te interese lo que te puedan contar en asociación "El*

Volcán", aunque se trata de una asociación de familiares y no se si podrás acceder a entrevistarte con ellos. Programas de TP en Zaragoza como tal no hay más. Te deseo mucha suerte y tengo curiosidad por saber tus conclusiones".

P: Muchísimas gracias. Ha sido muy interesante y me ha aportado mucha información útil en mi estudio.

4- Entrevista al psiquiatra de la unidad de tratamiento de TP del Hospital Nuestra Señora de Gracia y anterior presidente de la Sociedad Española para el Estudio del TP.

A 11/10/2013, Zaragoza

Preguntas

P: En primer lugar, ¿ podrías explicarme con tus palabras qué es un TP?, ¿Cuántos tipos hay?, ¿Se puede hablar de un diagnóstico concreto o suelen tener rasgos de distintos tipos y es muy heterogéneo?.

R: "Un Trastorno de personalidad es una alteración de la forma de ser de un individuo. Todos los seres humanos tenemos una forma de ser, unas características que son una mezcla de carácter y temperamento. El carácter es aprendido y el temperamento es heredado (biológico). El temperamento se compone de una serie de rasgos. Todos los seres humanos tenemos rasgos, tenemos rasgos esquizoides, evitadores, timidez, rasgos narcisistas etc. (los 14 rasgos que puede haber), y los tenemos todos de una manera u otra en nuestra vida, eso es normal.

Luego tenemos rasgos que nos caracterizan, es el carácter. Somos más tímidos (evitadores), más narcisistas, más inestables, más "fantasmas" (si hablamos en términos coloquiales). Esto sigue sin ser patología.

Patología es cuando se nos apoderan esos rasgos. Eso es lo que es un TP, cuando nuestras características "nos pueden". Quedando claro que, (soy de la opinión) de que no se puede hablar de un único TP "puro", de hecho nuestra experiencia es que de los cerca de 500 pacientes que hemos tratado sólo ha habido 4 o 5 casos que hayan sacado en los test de valoración de la personalidad un solo tipo de TP, de hecho algunos llegan a tener de 4 y 5 tipos.

Eso quiere decir que los instrumentos diagnósticos no funcionan del todo bien, aunque, sería muy difícil porque tampoco hay formas de personalidad puras".

P: He leído que la etiología de un TP es bio-psico-social. ¿Podrías explicarme qué papel juega el entorno social y cultural en la génesis del TP?, ¿qué tipo de aspectos o factores en el medio social pueden estar implicados? (hablar sobre experiencias duraderas, tempranas, experiencias traumáticas, modelos educativos, el sexo y la edad etc). ¿Es el sexo un factor biológico o sociocultural?.

R: "Volviendo un poco al principio y orientándolo hacia donde me preguntas: si hemos dicho que el temperamento es lo biológico, lo biológico sería el 30%. Y el carácter que es todo lo aprendido es un 70 %, es decir, la mayor parte es socio-ambiental.

Fundamentalmente primero con el "apego", las primeras experiencias hasta los 6 años son determinantes para determinar y explicar la personalidad que tenemos.

Hay escritas muchísimas variables para explicarlo, pero no hay ninguna que se sepa que es determinante de una forma exacta (no hay ningún criterio claro, es una suma de todo).

Es decir, en una familia uno puede tener TP y otros no. Si que puede influir ser el mayor, el mayor chico, la mayor chica, el pequeño, el "príncipe destronado", el factor "drogas".

Por ejemplo, se sabe que los niños con TDAH , el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, (el de verdad, no el que se diagnostica ahora a todo el mundo "que se mueve un poquito", eso es falta de paciencia de los padres), tienen más impulsividad a nivel cerebral y eso es biológico.

Pero si este niño, (condicionado por su temperamento biológico) entra en clase y el profesor y los compañeros lo trata distinto, y ya de pequeño los padres se van hartando, le reprimen, le reprenden o pasan de el...

Es decir, los TP son una especie de "bola de nieve" que va cogiendo nieve por el camino. Todo es etiológico en este sentido. El resultado final es la mezcla total, por eso no se puede hablar de ningún criterio claro (hay innumerables posibilidades, tantas como personas).

Es más, se han hecho en los países escandinavos los típicos experimentos con

gemelos y no se ha podido demostrar nada. Fundamentalmente, en resumen, el TP es algo social-ambiental.

En relación al modelo educativo, digamos que no influye en modelo educativo determinado, es todo una mezcla.

Lo que sí se sabe es que las experiencias traumáticas de abuso físico o sexual sí influyen, sobre todo en el TLP.

Respecto al TLP (no me gusta llamarlo así, me gusta más hablar de "trastorno de inestabilidad emocional", como en la CIE, me parece más acertado), decir que si se sabe que hay un porcentaje significativo de antecedentes de abusos, maltrato en niños y niñas etc.

Sin embargo, las cifras oscilan mucho, porque en los estudios epidemiológicos americanos hablan de un 60 % de% y aquí lo encontramos alrededor del 20 %. Aun así sigue siendo una cifra importante.

Pero hay que hacer un matiz: en ocasiones no ha habido tales abusos sino que son elaboraciones posteriores de los propios/as pacientes. Aun así, en el peor de los casos, con que hubiese un 15 % estamos hablando de un porcentaje alto.

En cuanto a la edad o al sexo, en el TLP la proporción de mujeres es 3-1 , en el histriónico es 4-1 (más mujeres), pero en el narcisista es 4-1 (más hombres), y en el antisocial 4-1 (hombres).

Si hablamos de los TP en general si que es cierto que hay un 2-1 (más mujeres).

El porqué de si son más mujeres que hombres: yo considero que tiene más influencia ambiental (no me gusta decir social, sino ambiental).

Por ejemplo, en el narcisista e histriónico hay más mujeres en el primero y más hombres en el segundo.

Esto sucede porque son dos roles diferentes: la mujer tradicionalmente es más "aparatosa" y el hombre más "narcisista", más "fantasma".

Debido a factores socio-ambientales, los hombres la inestabilidad emocional la derivan a conductas de tipo antisocial, trasgreden más.

las mujeres la derivan más al plano de conflictividad emocional-social.

Aunque influye claramente la biología (hombres y mujeres somos biológicamente distintos) el género es una construcción fundamentalmente social.

En relación a la edad, para un correcto diagnóstico lógicamente hay que esperar a que la personalidad esté formada.

Antes tendrás que tener una personalidad para hacer un diagnóstico de TP.

Aun así sí que se pueden ver rasgos de personalidad en la infancia y adolescencia (- hay veces que dices "éste va a ser cliente mío en unos años.) Pero correctamente no se puede hacer un diagnóstico. La adolescencia por definición tiene, debe ser y es una época de rebeldía, autoafirmación , autoestima etc.

Eso no es un TP, si psiquiatrizamos todo ya se está viendo lo que ocurre : - que es movido, TDAH, que es rebelde, TP.... pero sí que es cierto que hay algunos que "ya se les ve".

P: Me ha causado gran curiosidad en mis entrevistas a otros profesionales, que muchos coincidían en que el rol de " familia ambivalente" y de padre "florero" y madre "sobre protectora" es común. ¿Es cierto esto?.

R: " Sí hay un perfil de familia donde hay una madre "dominante" pero "ambivalente", eso es cierto, la "ambivalencia" que tienen algunas familias. A eso nosotros lo llamamos "doble-vincular". Es decir, emitir un mensaje y hacer otra cosa.

Incluso muchas veces la comunicación con los profesionales es así, se contradicen, ahora quieren algo y luego lo contrario, por ejemplo en el caso de la medicación primero quieren que les demos fármacos y luego apoyan que no se los tomen...

En cuanto a el "padre florero", la expresión me la inventé yo.

La "sacamos" de una paciente que cuando hablaba de la relación con sus padres decía : "mi padre es un señor que está en casa y que lee el marca...".

P: En cuanto a factores de tipo sociocultural, he leído algunos autores como Millon, Pérez Urdániz, Martín Murcia, Joel Páris etc. que relacionan algunos aspectos de la postmodernidad con este tipo de trastornos. ¿Qué piensa acerca de esto?.

R: *"Estoy completamente de acuerdo. De hecho ahora hay una inflación de diagnósticos de TP que realmente no son TP.*

Esto es todo fruto de la "permisibilidad" social en general. No hay límites. Todo vale.

Estos pacientes "falsos" suelen ser niños y adolescentes que son maleducados. Mal-educados (porque los han educado de una forma muy permisiva, sin límites etc. y luego salen a la "selva" que es la vida). Y maleducados porque son maleducados.

Eso es lo que es y lo que hace la postmodernidad.

También es que en nuestra sociedad tenemos que tener una explicación para todo. Ocurre cualquier cosa que a la sociedad le extraña (que unos padres maten a su hija...), y siempre ha de haber un "cantamañanas" de psiquiatra, psicólogo o periodista (generalmente el cantamañanas es el periodista) , que tiene que decir que "es un enfermo". Hay gente mala, eso es así, no tiene porque estar enfermo el que hace algo horrible.

Sin embargo sí que "hay buenos", y nuestra sociedad da por hecho que hay buenos (santos). Tiene que haber malos entonces, por curva de Gauss.

Hay menos violencia en lo que es verdadera enfermedad mental que en la calle. A la gente mala no hay que ponerle diagnósticos.

Ahora todo se intenta justificar con una enfermedad. Esa corriente están teniendo las ciencias sociales y de la salud en la actualidad.

De hecho en el DSM-V que ha salido el pasado mayo (le pregunto por el nuevo manual y me dice que aun no está la traducción), ya aparecen como enfermedades mentales la adicción al sexo, el duelo , los cambios de humor en el niño ..

Eso me parece "impresionante", es lo que está ocurriendo. Lo normal es estar triste si te has divorciado, se te ha muerto alguien o estás en paro.

Al señor que esta parado o parada el psiquiatra o el psicólogo no le pueden hacer nada. Bueno, si tenemos un talonario de Ibercaja y le ponemos 1000 euros al mes se le solucionan todos los problemas. Esto es fruto de la postmodernidad.

En definitiva, lo que pasa es que se sobreprotege a un niño y luego se le suelta a una sociedad mucho más competente , más competente incluso que la sociedad de hace 40 o 50 años.

Por otro lado, estamos entrando en sociedades muy "narcisistas", con una falta de solidaridad absoluta.

No estoy de acuerdo con el igualitarismo absoluto, quiero decir que "el que vale, vale.", y eso hay que estimularlo.

Pero eso no se justifica con las teorías neoliberales (donde el que vale tiene que tener mejor sueldo, condiciones etc.).

A parte de la capacidad intelectual y económica hay otras cosa: somos seres humanos, y hay que reconocer que hay gente que no por su culpa no las ha tenido (las oportunidades), y que tampoco todo el mundo puede ser "Einsten".

Lo importante es que tiene que haber una redistribución, eso no se potencia.

Y por supuesto la gran falta e valores que estamos teniendo. Los modelos que se están vendiendo. Si el modelo de una sociedad es potenciar y valorar a los cuatro "putones" en el Sálvame..

Esos son los modelos de referencia. Y sobre todo para un chaval sin ninguna capacidad crítica (porque esta capacidad no se potencia, y criticar no es protestar "porque todos tenemos derechos", hay que hacer un ejercicio de reflexión y autocrítica primer).

Y claro, si uno ve que el premio nobel no aparece en la tele y el becario se tiene que ir a EE.UU (porque aquí se los maltrata) y el "putón berbenero" o macarra sale en la tele a diario, eso es lo que van a aprender los niños.

En la sociedad es todo "pantalla", todo imagen, nada o poco interior,

intelectual, esos valores de racionalidad y autocrítica no se potencian. Se potencia el apparentar, la "fachada" la imagen, el look, ser "fashion".

Al derecho a la intimidad renunciamos cada día.

Las relaciones sociales son ya la mayoría virtuales, engañan. No estás delante de nadie en buena parte de esa relación, no hay contacto, no te tocas la mano ni te miras a los ojos, es todo una mentira".

P: Sobre el aumento de la incidencia de la patología, ¿se dan más casos en las últimas décadas o responde a un aumento del diagnóstico porque se conoce más, ¿ha sido en uno o en todos los TP?, ¿a qué se debe?.

R: *"Ahora se diagnostica más que antes. Esto sucede porque antes (hace aproximadamente 15 años , cuando yo empecé) , ni existían.*

Y ahora parece que hay muchos. (Quiero decir, ni hay tantos como ahora parce ni hay tan pocos como antes). Ese aumento tiene que ver con que se psiquiatriza todo. Suelen ser niñatos consentidos a los que ya no pueden controlar los padres. A eso me refiero con la expresión " dos hostias a tiempo". Antes de los seis años no hacen falta dos ostias, no hay que pegar a nadie, pero sí poner unos límites.Hay que saber decir "no".

Igual que educamos a la mascota, cuanto más pequeños somos más parte animal tenemos. Como los psicólogos que dicen: "al rincón del pensar". Con 4 años los niños no pueden pensar. Dile a un niño "no". Eso es la educación básica.

Así empiezas a recibir los primeros mensajes de que no puedes conseguir todo, de que no eres el rey del mundo, y aprendes a "frustrarte" con las primeras "tontadicas". Entiendes que hay alguien que te puede decir que "no" en la vida. De los que más aumentan, son el narcisista y en general los de tipo límite, pero vamos, no se puede ir a la etiqueta concreta, no hay personalidades puras".

P: ¿Existe algún trastorno de personalidad en concreto en el que se considere que los factores de tipo social y cultural han jugado un papel importante?, He leído sobre el TLP en el que sí hace referencia a la importancia del ambiente y su papel en el desarrollo emocional ¿es así?.

R: "Sí pues eso, se habla más de los de tipo emocional".

P: ¿Cómo se aborda el tratamiento de un TP?, ¿en qué consiste la intervención que lleváis a cabo desde esta unidad hospitalaria?, ¿cuál es el motivo de la hospitalización del paciente?, ¿se interviene de algún modo con el entorno de la persona?. ¿Es determinante la colaboración/ apoyo/ implicación del ámbito familiar de la persona en el pronóstico de la enfermedad?, ¿qué dificultades encontráis en el trabajo con el entorno?, ¿consideráis que el tratamiento/ intervención es eficaz en general?.

R: "En la parte biológica con fármacos, y con psicoterapia e intervención familiar para el resto.

La intervención familiar la consideramos "clave" , porque la personalidad se forma en el ambiente en que te mueves, y si vuelves al mismo ambiente que te ha condicionadoes más fácil que recaigas.

En cuanto al motivo d hospitalización , fundamentalmente estos trastornos se tratan en régimen de hospital de día.

Pero nosotros defendemos la hospitalización total durante dos meses (más o menos), precisamente por apartar de ese medio a priori toxico o condicionante para el paciente, aislarlo de eso es fundamental porque se trabaja mejor.

La hospitalización no se debe a ninguna urgencia, de hecho están prohibidas. Y hay una lista de espera de 7 meses. Cuando recibimos a un paciente le explicamos en lo que consiste el programa y le decimos que se ponga a la lista de espera si quiere entrar.

Si no sería "contraproducente" para ellos mismos, porque los TP (sobretodo los tipo B) dirían "- ahora quiero ingresar".

Hay que darles un primer "no", a la lista de espera como todos.

Para las autolesiones, peleas , consumos etc y ese tipo de asuntos tienen la atención en urgencias.

En cuanto al tema del suicidio: el 10 % de los TP consiguen suicidarse, es algo muy serio y no podemos perderlo de vista.

Pero si analizamos como son esos suicidios, muchos son "chantaje emocional, llamar la atención, pedir cariño que piensan que no reciben" etc.

Alguna vez efectivamente tienen q ver con que calculan mal y "se les va de las manos". Pero ¡ ojo! , es n tema muy serio sea como sea.

Estoy de acuerdo en que el entorno es condicionante, la familia puede llegar a ser tan mala o tan buena, que puede ser la que arrastre (predisponga si hay vulnerabilidad) a un paciente a eso y también la que lo salva.

Lo que se trabaja con los familiares es el tipo de comunicación hacia el: cómo tratarle, cómo poner pautas a ese comportamiento, es una intervención psicoeducativa centrada en la interrelación familia-paciente.

Dificultades hay muchas. Aunque todas (las familias) tienen la mejor voluntad, estamos hablando de modelos aprendidos de toda una vida, decirle a una madre que si es necesario tiene que denunciar a su hijo es muy difícil.

Ahora mismo hemos visto un paciente que le hace mil "perrerías" a la madre.

No colabora en casa, se levanta a las tantas, y consume cocaína, y lo justifica diciendo que estamos en fiestas del pilar.

La madre apoya en cierta forma esa justificación, "son fiestas".

El paciente lleva en fiestas del Pilar desde Mayo".

P: El objetivo de la intervención , ¿es que la persona recupere su proyecto de vida y sea lo más autónoma posible?, ¿cuáles son las principales dificultades de cara a la inserción socio-laboral?.

El objetivo es que la persona esté a gusto con sí mismo y con los demás, que sepa relacionarse, que se quiera desde el respeto etc.

En relación al tema de las dificultades de cara a la inserción social y laboral

todo depende del deterioro que esa persona haya tenido y su devenir.

De hecho muchas veces son pacientes que tienen una capacidad intelectual alta.

Depende de si hay o no una red de apoyo, si la persona ha estado en prisión, ha tenido intentos de suicidio, conflictos etc. Eso marca.

Depende las complicaciones que han tenido en su biografía".

P: En relación a los recursos existentes para atender a estas personas, ¿son suficientes y están lo suficientemente especializados?. ¿qué recursos hechas en falta o crees que debería haber?.

R: "No. hay muy pocos. Nosotros fuimos la primera unidad y ahora hay varias, pero debería de haber en todas las comunidades y por desgracia no las hay. Lo que sí se sabe es que hay que tratarlos en recursos a parte.

Unidades como la nuestra hay en País Vasco, Madrid, Barcelona, Salamanca, Galicia y Castilla la mancha (que yo recuerde así a priori) y en el resto no hay".

P: Ya que es el presidente de la sociedad española para el estudio de los TP , ¿podría decirme si existe alguna línea de investigación sobre estos temas?, ¿se realiza alguna actuación de cara a la prevención de estas patologías en concreto?, ¿cree que sería necesario algún tipo de actuación?.

R: " Ya no soy en presidente, por los propios estatutos está prohibido que alguien sea dos mandatos presidente, pero sí seguimos en la junta directiva.

Cada grupo tiene sus líneas de investigación. Si que se está avanzando en temas culturales, transculturales, sí que hay una línea de trabajo al respecto.

También hay una de cara al próximo congreso nacional en Barcelona, (el décimo), sobre la influencia de la crisis. Saber si hay más diagnósticos de personalidad dependiente en concreto(por el hecho de la gran cantidad de jóvenes que antes estaban independizados y ahora están volviendo a casa de sus padres por ejemplo), pero aun no hay datos, estamos en ello.

En cuanto a actividad preventiva, no se puede hacer nada. Con la personalidad no se puede. Se puede hacer algo respecto a la detección precoz, pero ahí está

el peligro de que se psiquiatrice todo. Y poner unas medidas reales de prevención sobre rasgos que puedan influir en TP, caes en la tentación de caer en un "régimen nazi". No es factible, habría que controlarlo todo, otras especialidades médicas lo tienen más fácil.

Para otro tipo de diagnósticos es más fácil, pero la personalidad es todo, habría que meterse en todo y controlarlo todo (educación, medios de comunicación...), no es conveniente llegar a ese tipo de regímenes (refiriéndose al control)".

P: Muchísimas gracias Vicente, esto es todo. Me ha sido de gran ayuda la información que me has aportado.

La educación es el principal instrumento a través del cual los individuos se socializan y entran a formar parte de la cultura y a participar en la construcción de la misma, y sobre todo a través del cual los individuos adquieren su personalidad (formas de pensar, sentir y actuar).

En la actualidad estamos presenciando la intrusión de conceptos economicistas en el sistema educativo como fundamentos del progreso y desarrollo humanos social e individual (eficacia, eficiencia, éxito, competencia, viabilidad, utilidad, etc.).

¿Qué capacidad posee la educación que se está impartiendo desde las instituciones públicas para transmitir a los individuos valores y normas sociales que aboguen por su bienestar individual y social? ¿Se trabaja en pro del desarrollo psicosocial de los individuos?.

A continuación aparecen una serie de ideas o propuestas pedagógicas que considero podrían ser útiles para aquellos padres y educadores que se interesen por éstas problemáticas e intenten trabajar en pro del bienestar social e individual presente y futuro de sus hijos/ alumnos.



POTENCIANDO LA SALUD DESDE LA EDUCACIÓN:

HABILIDADES PARA UN MUNDO ACELERADO EXIGENTE Y RELATIVO



...Para que su pensamiento,
sus sentimientos
y sus actos.....

LE AYUDEN A ALCANZAR
LA FELICIDAD

1. Enseñar la tolerancia a la frustración.

Padres y educadores deben prestar atención a la capacidad/ tolerancia que los niños poseen ante la frustración: imposibilidad de realizar sus deseos con immediatez.

Por ello es preciso que aprendan a enseñar la frustración de forma progresiva y a identificar las reacciones que los menores muestran ante la imposibilidad de realizar sus deseos.

- Enseñar la autoridad.
- Valorar el buen comportamiento.
- Ser modelo de autocontrol.

2. Combatir la dependencia emocional: enseñar la autoestima.

Aceptar a cada persona tal y como es: padres y educadores deben esforzarse por transmitir a cada persona aceptación incondicional, respeto hacia sus capacidades y debilidades, hacia sus sentimientos y destrezas.

- Valorar sus capacidades.
- Brindar nuestra atención.
- Enseñar el interés por las cosas
- Dejar que cometan errores.
- Empatizar con sus preocupaciones y sentimientos.
- **Enseñar a disfrutar de la soledad.**



3. Enseñar la autonomía:

Los niños necesitan desarrollar la capacidad de ser autónomos, y la forma de aprender a serlo consiste en ir adquiriendo progresivamente responsabilidades con ellos mismos y con los demás, y asumir las consecuencias de sus actos y decisiones.

Ofrecer a un niño la posibilidad de actuar por sí mismo es asegurar su futura autonomía y seguridad en sí mismo.

4. Empatía, assertividad y habilidades sociales.

La vida en sociedad implica la interacción con otros diferentes a nosotros.

Aprender desde pequeño a comportarse adecuadamente con los demás, a sentirse seguro en la interacción con otros, a saber expresar nuestras discordias, opiniones y deseos sin crear conflicto, a comprender cómo se sienten otras personas y actuar en consecuencia etc., hará que tengamos unas relaciones sociales plenas.

Los niños aprenden la assertividad y la empatía por imitación de las conductas de los mayores.

Es importante:

- Validar los sentimientos del niño: preguntarle cómo se siente, decirle cómo nos sentimos nosotros etc.
- Comunicarnos con él de forma asertiva.



5. Cooperación, solidaridad.

Los seres humanos necesitamos ayudarnos entre nosotros.

Transmitir a una persona la idea de que tiene que ser autónoma, , no es incompatible con transmitirle la capacidad de prestar su ayuda, de pedir ayuda a otros cuando lo necesite, de saber "dar y recibir".

Mostrarle que de manera conjunta las personas somos

capaces de conseguir mayores logros que de forma individual, que tener en cuenta los sentimientos de los demás es importante para vivir en sociedad etc., hará que la persona vaya encontrando su sentido existencial sin sentirse sólo, que le reconforte la compañía de los otros, que se sienta "útil" para los demás etc.

6. Enseñar los valores humanos.

La conducta de las personas siempre se guía por los valores que éstas posean, que han interiorizado.

Enseñar a nuestros pequeños aquello que consideramos bueno o malo, de una forma razonada, crítica, comprensiva, hará que consoliden su propia manera de actuar, coherente consigo mismos, su manera razonada de entender el mundo que les rodea y comportarse con los demás, de sentirse parte de un grupo, una cultura etc.

El respeto, la tolerancia, la bondad y amabilidad, la confianza etc., son "virtudes" humanas que hacen al hombre un ser social y comprometido.

De ésta manera desarrollarán una capacidad de tomar decisiones y actuar que les permita ser "congruentes" con sus actos, sentirse satisfechos.

7. Enseñar la creatividad.

Una de las capacidades más importantes del ser humano es la creatividad: la capacidad de imaginar otra forma, otra manera, otro modo de hacer las cosas, otra alternativa etc.

Potenciar la creatividad implica que las personas desarrollen un pensamiento divergente: capacidad de buscar soluciones alternativas para complacer sus necesidades.

Las personas creativas, tienen muchísimas más habilidades para enfrentarse a los innumerables problemas que surgen en la vida, ya que poseen la capacidad de buscar nuevas soluciones a sus problemas.

