

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL
TRABAJO

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

Trabajo Fin de Grado

**ENFERMEDAD MENTAL:
TRASTORNOS LÍMITE DE LA
PERSONALIDAD Y SU INCLUSIÓN
EN EL MERCADO LABORAL
PROTEGIDO**



Alumno/a: Anna Liseth Cobeñas Saavedra.
Director/a: Bárbara Olivan.
Grupo: 2

Zaragoza, junio del 2012

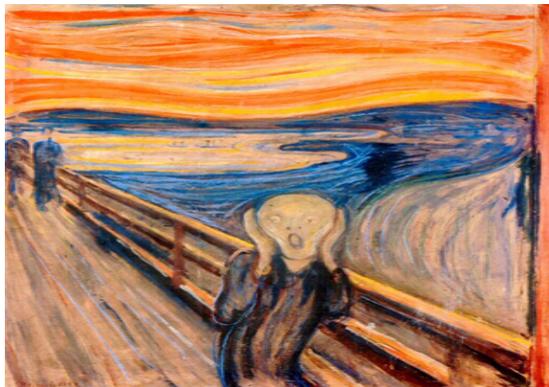
INDICE

1. Introducción. Presentación general y justificación del trabajo	4
1.1. Objeto del trabajo. Tema del mismo	5
1.2. Metodología empleada.	6
1.3. Estructura del trabajo. Breve explicación de la estructura seguida en el trabajo.	7
2. Trastornos Límite de la personalidad.	9
2.1.- ¿Qué es el trastorno de la personalidad?	10
2.1.1- Comorbilidad y epidemiología.....	12
2.1.2.- Diagnóstico de un trastorno de la personalidad	14
2.1.3 - Clasificación de los trastornos de la personalidad. Según el DSM-IV.	16
2.2 ¿Qué es el trastorno límite de la personalidad?.....	20
2.2.1. Breve repaso histórico sobre el Trastorno límite de la personalidad.	21
2.2.2.-Comorbilidad y diagnóstico diferencial	30
2.3.-La familia y el desarrollo del TLP: factores que influyen.	38
2.3.1.-Trastorno límite de la personalidad y la visión familiar de la enfermedad.	41
2.4.-El trabajo social y el trastorno límite de la personalidad.....	46
2.4.1.- Modelo Sistémico en Trabajo social	47
2.4.2 Modelo del paradigma humanista dialéctico en trabajo social.	50
2.5. Marco Político-social y su influencia en el trastorno límite de la personalidad.....	52
2.6. Marco geográfico	58
3. Intervención en el Centro de Inserción Manipulados y Servicios Picarral S.L. (MAPISER).....	64
3.1 Naturaleza y dependencia.	65

3.1.1. Evolución Histórica	66
3.1.2. Hechos significativos en su historia.	67
3.2. Ámbito de actuación.....	69
3.2.1 Sectorial: características del sector de población y/o problemática.....	69
3.2.2 Territorial: características del territorio y población.....	70
3.2.3 Planteamientos ideológicos o filosóficos.	70
3.3. Trabajo Social: Funciones que viene desarrollando el/la profesional.	71
3.3.1. Objetivos.	73
3.3.2 Itinerario para el diseño del Programa de Inserción Personalizado.....	74
3.3.3. Proyecto de Inserción Personalizado	75
3.3.4. Programa de inserción Personalizado.....	76
3.4. Desarrollo del Programa de Inserción Individualizado (P.I.P)	77
3.4.1. Objetivos:	77
3.4.2. Desarrollo de las actividades.....	78
3.4.3. Financiación y recursos.	83
3.4.4. Sistema de evaluación.....	84
3.5. Temporalización.....	87
4. Conclusiones.....	89
5. Glosario de términos.....	94
6. Bibliografía	98
6.1. Recursos electrónicos.	102

1. Introducción.

Presentación general y justificación del trabajo



1.1. Objeto del trabajo. Tema del mismo

El presente trabajo fin de grado que lleva por título enfermedad mental concretamente trastornos limite de la personalidad y su inclusión en el mercado laboral protegido; abarca una sistematización de la experiencia de intervención profesional de Trabajo Social; enmarcada en la asignatura "Practicum de intervención", en la empresa de inserción Manipulados y Servicios Picarral S.L (MAPISER).

Una empresa que forma parte de la Fundación Picarral; que desde hace aproximadamente 30 años trabaja por la igualdad de oportunidades de todas las personas para prevenir la exclusión social, mediante la formación y la inserción sociolaboral. Esta fundación está ligada al barrio del Picarral y a su entidad promotora en los orígenes, la Asociación de Vecinos y Vecinas Picarral-Salvador Allende.

La elección de este tema ha sido motivada por la importancia que tiene para la sociedad, entender, que es necesaria e imprescindible la integración de los enfermos mentales en el mundo laboral. Somos conscientes que quizás no estén preparados para asumir roles de empresas ordinarias, pero sí pueden llegar a adquirir habilidades y competencias en empresas de empleo protegido. La percepción de la enfermedad mental ha ido cambiando a través del tiempo, en concordancia con la evolución del pensamiento social.

Cada vez son menos las personas que piensan que quienes sufren enfermedades mentales son incurables y que es poco probable que jamás lleguen a ser miembros productivos de la sociedad. Por lo que ese será el eje transversal en el cuál trabajaremos difundiendo las

actividades que ya realizan actualmente las empresas de empleo protegido que refuerzan la inclusión de las personas que padecen este trastorno de la mano de una bibliografía específica.

1.2. Metodología empleada.

La metodología utilizada consta de una exhaustiva revisión bibliográfica, abarcando conceptos básicos y esenciales para comprender el porqué de esta alteración, que cobra cada vez más auge en nuestra sociedad.

Las herramientas que se han utilizado para la realización de este trabajo son libros de ciencias sociales y ciencias de la salud, estudio sobre la integración laboral del enfermo mental en Zaragoza, realizado por el CERMI-ARAGÓN en 2006; así como artículos consultados en bases de datos como dialnet, web of knowledge, Pubmed relacionados con trastornos de la personalidad referente a su prevalencia y comorbilidad, trabajos realizados desde el Trabajo social, trabajo con familiares, inclusión en el mundo laboral.

El sistema de citas así como las referencias bibliográficas se realizaron por el sistema alfanumérico en función de las Normas APA.

1.3. Estructura del trabajo. Breve explicación de la estructura seguida en el trabajo.

El presente trabajo se estructura de la siguiente manera:

En primer lugar, una introducción, en la que se refleja la razón de ser de este documento. En segundo lugar la metodología utilizada, en la que se hace referencia a la búsqueda bibliográfica. Seguidamente la definición de ¿qué es un trastorno de la personalidad?, la significación que engloba el término, las características comunes de las personas que padecen esta patología, su clasificación basándonos en el DSM-IV como punto de referencia.

Y a partir de aquí nos entraremos en el desarrollo del tema que nos ocupa, desarrollando en profundidad el trastorno límite de la personalidad, su definición, características, tipología, un breve resumen sobre su estudio histórico, la comorbilidad y su diagnóstico diferencial, así como su clasificación según los fenómenos traumáticos, y la influencia del ambiente familiar en el desarrollo de este tipo de personas.

Sin olvidarnos claro del papel que realizan los familiares de estas personas; dedicaremos un apartado en el cuál podréis observar la lucha diaria de estas personas por entender la enfermedad y convivir con ella.

La intervención del trabajo social en este enfermedad, de la mano de la teoría de sistemas y la teoría dialéctica que tan buenos resultados arrojan en el tratamiento con el colectivo y sus familias. Respecto al apartado de la intervención haremos una introducción de MAPISER, como empresa de inserción, su naturaleza y dependencia; su evolución histórica, hechos significativos, su organigrama, los

ámbitos de actuación, desarrollaremos el Programa de Inserción Personalizado; sus actividades y definiremos las funciones del trabajador social en la empresa, los objetivos que persigue a la entrada del trabajador, el diseño de este programa y su evaluación. Finalmente unas conclusiones sobre el tema y una reflexión personal.

2. Trastornos Límite de la personalidad.



2.1.- ¿Qué es el trastorno de la personalidad?

Para poder entender que son los trastornos de la personalidad, es necesario conocer el significado individual que engloba el término por lo que, según la academia de la Lengua española (RAE) **trastorno** se define como, “una condición anormal o no natural de un individuo de acuerdo a los parámetros establecidos por la naturaleza y principalmente por la ciencia médica”. Los trastornos pueden hacerse presentes en el ser humano de diversas maneras; también puede referirse a condiciones no naturales del estado físico, es decir, a la presencia de enfermedades de diferente tipo.

En segundo lugar se define **personalidad** como “una serie de características que utilizamos para describirnos y que se encuentran integradas mediante lo que llamamos el yo o "sí mismo" formando una unidad coherente. Es decir, la personalidad es la forma en que pensamos, sentimos, nos comportamos e interpretamos la realidad”

La personalidad. Disponible en: <http://www.cepvi.com/personalidad2.shtml>

Hemos de tener en cuenta que la personalidad está compuesta por temperamento más carácter. El temperamento es la parte biológica, hereditaria, química, de nuestra química cerebral y se calcula que más o menos es el 30% de nuestra personalidad. Sin embargo el carácter sería lo aprendido, lo psico-social, lo ambiental, lo que aprendemos de nuestros padres, de nuestro ambiente, del colegio al que vamos, de los amigos y es el 70% restante de esa forma de ser, de esa personalidad.(V. Rubio, 2001)

Dadas estas definiciones podemos considerar los trastornos de la personalidad como “Una alteración de la personalidad de carácter enfermizo, patológico o anormal, que no se ajusta a lo que cabría

esperar del sujeto teniendo en cuenta su contexto sociocultural, su formación, etc."(Amparo Belloch 2002)

Sus características diferenciales son:

- a) *La omnipresencia*; las anomalías del individuo se hacen patentes en un amplio rango de comportamientos, experiencias internas y en circunstancias muy diversas.
- b) *Repertorio de conductas limitado*, reiterativo e inflexible; cambia muy poco en función de las demandas y las situaciones.
- c) *Modo de ser y de comportarse poco adaptativo*; ante nuevos modos de comportamientos se hayan limitados.
- d) *Vulnerabilidad*; psicológicamente frágiles ante el estrés, situación nueva que requiere nuevas estrategias para afrontarla.
- e) *No suele haber consciencia de enfermedad*; No son conscientes de la causa fundamental de su malestar o de los problemas a los que debe enfrentarse. No buscan por ellas mismas ayuda psicológica, suelen ser las circunstancias sociales las que empujan o refuerzan al individuo a solicitar ayuda.

Decir también que los trastornos de personalidad pueden a su vez de dos grandes tipos: los de etiología o causa concreta conocida y los de causa desconocida.

Si es de causa conocida se le llama ***Transformación de la Personalidad***, esto se da cuando una persona aparentemente normal, de repente se le detecta una enfermedad o es víctima de una experiencia catastrófica. A partir de ese momento cambia como consecuencia de esos acontecimientos cambia su forma de ser.

Por el contrario si se desconoce la causa o la etiología se llama ***Alteración de la Personalidad***.

2.1.1- Comorbilidad y epidemiología.

Partimos de la idea, que en la sociedad, existe un notable solapamiento a nivel fenomológico, entre los trastornos de la personalidad y algunos trastornos mentales del eje I (estos ocasionados por excesivo consumo de sustancias tóxicas en nuestro organismo), ya que, ambos presentan síntomas en común. No obstante el diagnóstico de un trastorno de la personalidad solo se debe aplicar a la sintomatología que surge con anterioridad a la edad adulta, que caracteriza durante mucho tiempo el funcionamiento del sujeto y no se limita a episodios concretos de algún trastorno mental del eje I (véase en la tabla 1).

En cualquier caso, debe tenerse en cuenta que la comorbilidad entre los trastornos mentales del eje I y los trastornos de la personalidad es relativamente elevada en torno al 23% (2002) de pacientes mentales presentan un trastorno de la personalidad, como mínimo. En algunos casos concretos, como por ejemplo el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de la angustia, la depresión mayor o la distimia, las tasas de comorbilidad con trastornos de la personalidad son especialmente altas: en diversos estudios publicados en los últimos 10 años aproximadamente, en torno al 50-65% de personas con uno de los trastornos mencionados presentan además un trastorno de la personalidad.

La concurrencia entre los trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales pueden ser el resultado de que el trastorno de la personalidad actúa como un factor de vulnerabilidad predisponente a padecer algún trastorno mental, o bien por qué el trastorno de la personalidad es una secuela residual de un trastorno mental; por lo que resulta extraordinariamente complicado en muchos casos detectarlo; ya que los datos disponibles sobre la prevalencia de los trastornos de la personalidad son dispares y, en muchos casos, no del

todo fiables, se estima que a presencia de los trastornos de la personalidad de la población en general es de un 6-12% y esa tasa aumenta entre la población con trastorno mental entre un 20-40%.

Además de un predominio de mujeres frente a los hombres, aunque pueden variar un poco de acuerdo a la magnitud del trastorno. Todo puede ser debido a los cambios extremadamente rápidos que van surgiendo en la sociedad, en aspectos tales como competencia social, la autonomía personal, la independencia económica, igualdad para todos; que hacen que se amplifiquen manera de ser que no corresponde con los valores tradicionales que han estado siempre presentes. (Millon&Davis 1998).

EJE I: Trastornos clínicos:
Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (se excluye el retraso mental, que se diagnostica en el Eje II)
Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica
Trastornos relacionados con sustancias
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Trastornos del estado de ánimo
Trastornos de ansiedad
Trastornos somatomorfos
Trastornos facticios
Trastornos disociativos
Trastornos sexuales y de la identidad sexual
Trastornos de la conducta alimentaria
Trastornos del sueño
Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados Trastornos adaptativos
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Tabla N° 1: trastornos mentales de tipo Eje I, extraído del DSM-IV.

2.1.2.- Diagnóstico de un trastorno de la personalidad

En el primer tercio del siglo XIX Prichard (Millon&Davis 1996) utiliza el término “locura moral” para describir una condición en la que las facultades intelectuales parecen tener una leve o inexistente lesión prolongada. Si bien es cierto, el trastorno se manifiesta única o principalmente en el estado de los sentimientos, disposición o hábitos.

Los trastornos de la personalidad son diferentes al resto de los trastornos mentales, ya que, comprenden modelos de conducta profundamente arraigados y perdurables en el tiempo, que manifiestan como respuestas inflexibles a un amplio espectro de situaciones personales y sociales. (CIE-10-WHO 1992a).

Por otra parte Lombroso (Millon&Davis, 1998) los caracteriza como personas con una predisposición inherente a la criminalidad y a la anormalidad, acompañado de estigmas físicos y epilepsia.

Así mismo Koch, (Amparo Belloch, 2002) introdujo el término *inferioridad psicopática* para aludir ciertas anomalías conductuales y mentales que aunque no fuesen normales no se les podía denominar enfermedad mental.

Kraepelin, (Amparo Belloch, 2002) consideró los trastornos de la personalidad como formas intermedias de psicosis, defendiendo la idea de la continuidad entre esta y aquellos.

Kretschmer, (Amparo Belloch, 2002) afirma que la dimensión de los trastornos de la personalidad se extiende entre la esquizofrenia hasta la psicosis maniaco-depresiva, en las que se encontraban estadios intermedios de personalidades patológicas que varían de gravedad dependiendo de ser proximidad de uno a otros extremos.

Kurt Scheider, acerca el concepto de lo que se conoce hoy en día como los trastornos de personalidad, denominará a estas personas como “personalidades psicopáticas”; “todas aquellas

personalidades anormales que sufran por sus anormalidades o hacen sufrir a la sociedad”.

Shapiro (1965) o Millon (1981) han aportado argumentos que se asientan en CIE-10 Y DSM-IV; estos son sistemas clasificatorios que conceptúan y clasifican los trastornos de la personalidad. El primero es un sistema de clasificación según la Organización Mundial de la Salud y el segundo es un sistema de clasificación según la asociación americana de psiquiatría. (Amparo Belloch, 2002)

Aunque existen coincidencias entre ambos sistemas, se aprecian unos aspectos divergentes de interés, como por ejemplo, en el momento de la clasificación el CIE-10 es notablemente más extensa que DSM-IV; de hecho de los cinco grupos de trastornos específicos de la personalidad considerados en el CIE-10, únicamente los trastornos específicos de la personalidad son equivalentes a la categoría de los trastornos de la personalidad del DSM-IV. Además, mientras que en el sistema norteamericano los trastornos de la personalidad se encuadran en un eje diagnóstico diferente al del resto de los trastornos mentales, en el de la OMS se integran como un subconjunto más de aquellos. Pero, pese a estas diferencias, la definición global de estos trastornos en ambos sistemas es prácticamente idéntica.

En este trabajo nuestra exposición se basará en el DSM-IV, con el fin de mostrar en líneas generales las características de cada uno de estos grupos.

2.1.3 - Clasificación de los trastornos de la personalidad.

Según el DSM-IV.

En esta clasificación los trastornos de la personalidad forman parte del Eje II, junto con el retraso mental. Esto es debido al deseo de acentuar la invariabilidad y/estabilidad a lo largo del ciclo vital de este tipo de enfermedad.

Los trastornos de la personalidad son causados por factores personales, intrapsíquicos, que originados por características de la situación (incluyendo factores sociales como biológicos o una combinación de ambos)

El DSM-IV, caracteriza a los trastornos de la personalidad como "pautas persistentes de experimentar y comportarse, que no se corresponden con lo que se espera del sujeto, en función del contexto sociocultural del individuo y que se manifiestan, como mínimo en dos de los diversos ámbitos en los que se desarrolla la vida de la persona:

- A nivel cognitivo.
- A nivel afectivo.
- Funcionamiento interpersonal.
- Control de impulsos.

Es decir, si se experimenta situaciones anormales en dos de los cuatro ámbitos mencionados, estaríamos hablando de una persona que puede padecer de un trastorno de la personalidad.

Actualmente esta clasificación contempla 10 trastornos de la personalidad, divididos en tres grupos; además de su categoría residual (no especificado). A continuación explicamos las características y la epidemiología de cada uno de los grupos.

2.1.3.1. Grupo I: "Los extraños y excéntricos"

Son característicos de este grupo:

- a) Paranoide
- b) Esquizoide
- c) Esquizotípico

Es también conocido como el espectro de la esquizofrenia, ya que, existen síntomas en común, como el delirio, las alucinaciones, trastornos graves del pensamiento, expresiones emocionales inadecuadas; la diferencia radicaría en la duración determinada de lo que coloquialmente se denomina "brote" que puede tratarse de minutos, horas; en cambio los pertenecientes a este grupo suele ser de manera habitual y forma parte de su vida.

Sus rasgos característicos suelen ser; de rareza, excentricidad, retraimiento y/o aislamiento social y suspicacia.

Sus situaciones sociales son especialmente problemáticas, les produce ansiedad extrema y tienden a aislarse o a desplegar un estilo de comunicación poco ajustado socialmente. A pesar de ello son raras las ocasiones en las que necesiten estar ingresados para iniciar un tratamiento; a no ser que este relacionado con un problema asociado con consumo de sustancias, depresión o crisis psicótica. Son incapaces de adaptarse a las normas y cambios que exigen las nuevas relaciones sociales, ya que, no disponen de los recursos sociales necesarios para comportarse de modo adecuado, no sabe cómo expresarse, está pendiente de si le observan o critican, desconfía de la lealtad y la sinceridad de su entorno. No es capaz de darse cuenta que las situaciones de la vida requieren cambios. No suelen buscar ayuda terapéutica.

Epidemiológicamente abarca entre el 1y el 3%, no es un grupo de los más habitual, lo suelen padecer más hombres que mujeres y pueden ser evidentes en la adolescencia.

2.1.3.2- Grupo II: “Dramáticos, emocionales e impulsivos”

Son característicos de este grupo:

- a) Antisocial.
- b) Limite.
- c) Histriónico.
- d) Narcisista.

Son personas muy impulsivas con tendencia irreversible a violar o contravenir las normas sociales (conducta delictiva antisocial, conducta narcisista y la ausencia del control emocional de límite y del histriónico); presentan una tendencia a la exageración, una emotividad excesiva, una gran inestabilidad emocional, escasa capacidad para controlar los impulsos e incapacidad para empatizar con los demás. Suelen ser personas muy egocentristas y egoístas, sitúan su propio **YO** por encima de cualquier otra consideración, ignorando o despreciando los intereses, necesidades e incluso derechos de los demás.

2.1.3.3.- Grupo III: “Ansiosos y temerosos”

- a) Evitador.
- b) Dependiente.
- c) Obsesivo- compulsivo.

Este grupo tiene como elementos en común alteraciones emocionales como ansiedad y miedos exagerados, motivados por el temor a perder el control de uno mismo, de otros significativos, de las situaciones, en un sentido genérico. Desde el punto de vista de los rasgos básicos de personalidad, los tres comparten la presencia del neuroticismo como el rasgo más característico de este trastorno.

Eje II: Trastornos de la Personalidad	
Grupo I: "Extraños y excéntricos"	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno paranoide de la personalidad • Trastorno esquizoide de la personalidad • Trastorno esquizotípico de la personalidad
Grupo II: "Dramáticos, emocionales e impulsivos"	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno antisocial de la personalidad • Trastorno histriónico de la personalidad • Trastorno límite de la personalidad. • Trastorno narcisista de la personalidad.
Grupo III: "Ansiosos y temerosos"	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la personalidad por evitación. • Trastorno de la personalidad por dependencia. • Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
Trastorno de la personalidad no especificado	

Tabla N° 2: Trastornos mentales de tipo Eje II, extraído del DSM-IV

2.2 ¿Qué es el trastorno límite de la personalidad?

Es uno de los trastornos de la personalidad más complejos, se puede decir que, un paciente presenta una patología límite cuando se encuentra en la frontera (límite) entre dos psicopatologías diferentes, asumiendo síntomas de ambas, pero configurando una nueva entidad nosológica. Se puede dar el caso de que el individuo se encuentre en el punto continuo de normalidad- psicopatología, limitando o lindando con cada uno de ambos extremos.

Según Millon (2002) este trastorno se considera límite por que se asocia con mucha frecuencia con otros trastornos en su mayoría disociativos (en especial la histeria y la personalidad múltiple) o de afectividad, así como se asocia también con los pertenecientes a su grupo (histriónico, narcisista, antisocial)

Aparece en etapas tempranas y dependiendo de su gravedad y de la presencia de "incidentes críticos", esto puede dar lugar a traspasar el límite de la normalidad y se derive hacia una psicopatología.

Jules Falret (A. Belloch 2002) denominó "*folie hystérique*" a la notable volatilidad emocional, impulsividad, espíritu contradictorio y tendencia a la discusión para estos pacientes "*el amor se convierte en odio, la simpatía en desprecio, el deseo en repulsión*". Es una rápida sucesión de uno y otro.

Características clínicas: (M^aJ. Fernández 2007)

Su característica principal durante el curso del trastorno es su inestabilidad afectiva, impredecible en todos los ámbitos de su vida.

La intromisión de estos dos elementos hace que sean personas:

a) Con relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizadas por alternativas extremistas entre la súper idealización y la desvalorización.

- b) Impulsividad que puede ser potencialmente peligrosa para el sujeto. (Comidas copiosas, despilfarro, actividades sexuales)
- c) Con inestabilidad afectiva; cambios marcados desde el estado de ánimo normal a la depresión, la irritabilidad o la ansiedad que, por lo general, duran pocas horas y más raramente, algunos días.
- d) Ira inapropiada e intensa o falta de control de los impulsos, manifestaciones frecuentes de violencia, ira constante, peleas físicas repetidas.
- e) Amenazas, gestos o conductas suicidas repetidas o conductas automutilantes.
- f) Sentimientos crónicos de vacío.
- g) Esfuerzos titánicos para evitar el abandono real o imaginarlo.
- h) Ideación paranoide y síntomas disociativos en situación de estrés y abandono, mostrando ser un criterio discriminativo entre otros trastornos de la personalidad.

2.2.1. Breve repaso histórico sobre el Trastorno límite de la personalidad.

A continuación realizaremos un breve repaso histórico sobre esta enfermedad, indicar que muchos de los autores recogen el término "Bordeline", pero en este trabajo nos referiremos en todo momento con el término Límite, a fin de evitar confusiones.

Aproximadamente en 1890 C. Hugues y J.C. Rosse, mencionan por primera vez este trastorno en una época en la que la psiquiatría intentaba clasificar los trastornos mentales. (Caparrós 1995)

Rosse (1890) hablaba de la existencia de personas que coexistían entre la razón y la desesperación, incluyendo entre sus síntomas; obsesiones graves, compulsiones, fobias, histeria, neurastemia y regresiones severas. Intentó clasificar algunos cuadros neuróticos con características mixtas a las cuáles denominó "Mundo límite" (M^a J. Fernández 2007).

En 1883 Kraepelin (M^aJ. Fernández 2007) emparentó el trastorno límite con la esquizofrenia dándole el nombre de demencia precoz.

En 1912 se empieza a utilizar el término "Límite", fusionando elementos clínicos situados entre la neurosis y la psicosis. A partir de este momento se comenzara a usar este término aunque no calaría el concepto entre los profesionales.

En 1921 Kraepelin realizó una descripción paralela a lo que podemos considerar hoy en día al trastorno límite de la personalidad. Definiéndola de la siguiente manera:

"Pacientes que desde la juventud manifiestan fluctuaciones extraordinarias en su equilibrio emocional, afectándoles excesivamente todas las experiencias, con frecuencia de un modo poco agradable...y en las explosiones más triviales manifiestan explosiones de ira" (M^aJ. Fernández 2007)

El estado de ánimos está sujeto a cambios frecuentes, son periodos que se intercalan, en los que el paciente puede sentirse malhumorado, irritable, triste, curioso, manifiesta quejas hipocondriacas e ideación de suicidio. (Millon&Davis 1996)

Es aquí donde podemos observar los criterios del DSM-IV, esto nos hace indicar que el autor sería el precursor de este concepto.

Stern en 1938 identificaría 10 síntomas en pacientes no hospitalizados, que podrían diferenciar a los pacientes límites de los neuróticos:

1. Narcisismo: Rasgo de carácter derivado de una deficiencia de afecto maternal espontáneo en la infancia. Esto produce inseguridad y falta de afecto, sin que este pueda desarrollar una sensación de seguridad en sí mismo, ni cariño hacia los demás.

2. Hemorragia psíquica: Estado autoprotector de inmovilidad como respuesta al estrés. No se produce lucha, enfrentamiento o ira. Todo funciona con pasividad frente a la actividad.
3. Hipersensibilidad extrema: Precaución exagerada ante la percepción de lo que ellos creen puede ser peligroso y toman en muchas ocasiones precauciones según ellos apropiadas.
4. Rigidez psíquica: Personalidad rígida. Son personas inflexibles y protectoras. Esta característica puede surgir antes de los 4 o 5 años, aumentando en las diferentes etapas del desarrollo del ser humano ante experiencias que les produzcan estrés. La madurez para ellos está cargada de peligros, por lo que actúa el mecanismo de protección.
5. Reacciones terapéuticas negativas: Manifestación de ira, depresión o ansiedad en respuesta a posibles interpretaciones que puedan implicar un daño a su autoestima y su herida narcisista.
6. Sentimiento de inferioridad: Necesidad de que los demás sientan lastima por él, evitando así que pueda desempeñar conductas propias de su etapa, de esta manera ser compadecido y consolado.
7. Masoquismo: Este aspecto es utilizado en estos pacientes como compensación por no haber sido queridos por su entorno más cercano en su infancia.
8. Inseguridad somática o ansiedad: Aparentemente tranquila física y mentalmente, aunque no se descarta que en algún momento de sus vidas hayan experimentado cierta inseguridad.
9. Uso de mecanismos de proyección: tendencia a atribuir los problemas internos en fuentes estables hostiles. Implicando un juicio defectuoso.
10. Dificultad para evaluar la realidad: Estas personas tienen un déficit de juicio y empatía (que no suele ser de naturaleza

psicótica). Puede darse desde un punto de vista analítico, manifestando una distorsión de la realidad en relación con lo que percibe su entorno. (M^aJ. Fernández 2007)

Con estos resultados Stern intentó realizar la primera categorización del entorno y la unificación de aspectos para delimitar unas características en común.

Uno de los pilares sobre el que gira esta patología y que a su vez es uno de los síntomas del trastorno límite según el DSM-IV, es el miedo a la soledad; Guex utilizará el término "les abandoniques" (los abandonados) para referirse a este tipo de pacientes que al parecer padecieron falta de cuidado y de amor por parte de sus progenitores, esta alteración se ve manifestada por reacciones afectivas variadas que conciernen al carácter y al comportamiento del sujeto desde su infancia y que se "activa" al experimentar sentimientos de frustración y de abandono por una figura representativa e importante para el paciente.

Wolberg (M^a J. Fernández, 2007) en su modelo diferencia lo psicótico de lo límite, en el cual descubre que existen rasgos que son frecuentes en este tipo de pacientes: la susceptibilidad, intensidad de los afectos, facilidad para sentirse abandonado y rechazado, ansiedad, depresión, culpabilidad, masoquismo, relación extrema del sujeto que intenta controlar y ser controlado, necesidad insaciable de premios y atenciones. Conservan el contacto y la prueba de realidad (cosa que no pasa en los pacientes psicóticos) pero su adaptación no es satisfactoria ya que manifiestan libremente su agresividad y ansiedad ante la separación.

M^a J. Fernández (2007) nos muestran un ejemplo de la teoría de Wolberg en un niño futuro paciente límite y lo asocia a un círculo vicioso:

“Existe una ambivalencia entre ser un niño bueno y resistirse a obedecer a sus padres; esto puede generarle una ansiedad y una depresión constante, ya que esta en busca siempre del amor y la aceptación de sus padres. Por otra parte crece el rechazo hacia los demás crece el sentimiento de fracaso personal, la soledad y el vacío. Surgen proyecciones hostiles hacia los demás, seguido de arrepentimientos y culpa, comportamientos lesivos y autodestructivos (rasgos de sado-masoquistas repetitivos en el comportamiento) aumenta la ansiedad y depresión, el círculo vicioso se cierra y comienza de nuevo”.

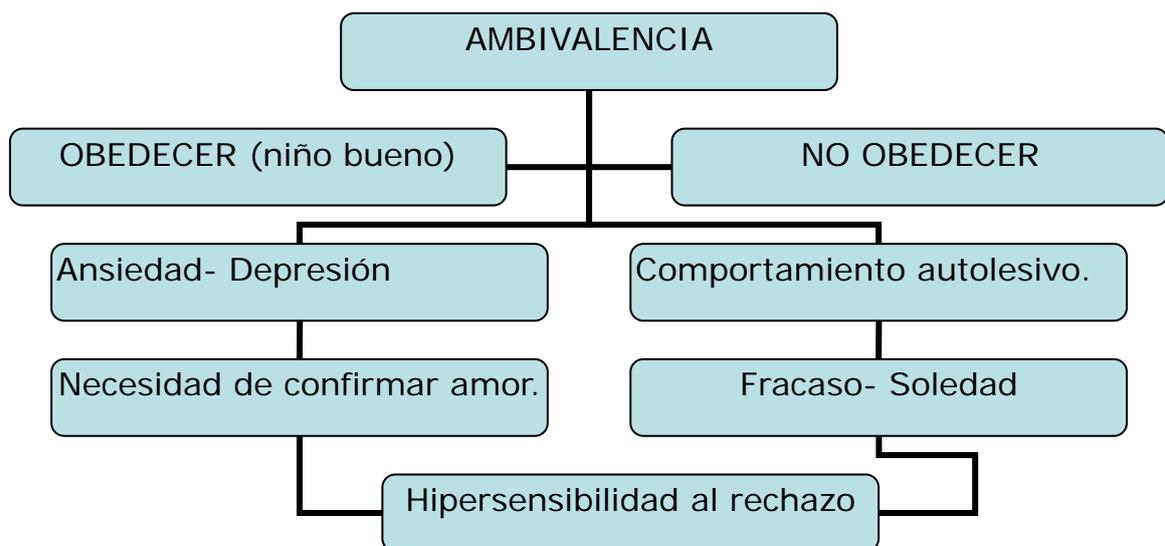


Figura nº 1: “Círculo vicioso” Borderline (M^aJ. Fernández 2007)

En 1953-1967 (M^aJ. Fernández 2007) se consolida relativamente el concepto Límite con una gran número de aportaciones claves para su desarrollo en la actualidad.

Knight en sus diversos artículos hace una contribución especial, destacando la importancia de la debilidad del **Yo** en la estructura de la personalidad límite.

Pero antes de seguir con la exposición de Knight, creemos es interesante acercar un poco la teoría del yo al lector, para que se pueda percibir la importancia de esta debilidad en la estructura de la patología. Por lo que realizaremos un breve recorrido por la teoría del Yo de Sigmund Freud, que además de ser la figura representativa del psicoanálisis, intentó explicar el funcionamiento psíquico humano, postulando la existencia de un "aparato" psíquico que tiene una estructura particular y porque es uno de los autores estudiados en la asignatura de psicología en el Trabajo Social.



Figura n°2: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/freud.htm>

Freud afirmaba que el aparato psíquico estaba dividido en: el Ello, el Yo y el Superyó:

- El Ello: es la parte inconsciente su función es la expresión psíquica de las pulsiones y deseos.
- El Yo: es la parte psíquica actuante y que aparece como mediadora entre el Ello y el Superyó. Intenta conciliar las exigencias normativas del Superyó, como asimismo las demandas de la realidad con los intereses del Ello por satisfacer deseos inconscientes. Es la encargada de desarrollar mecanismos que permitan obtener el mayor placer posible, pero dentro de los marcos que la realidad permita. Es además la entidad psíquica encargada de la defensa, siendo gran parte de su contenido inconsciente.
- El Superyó: parte moral, consciente; enjuiciadora de la actividad yoica. El Superyó surge para Freud como resultado de la resolución del complejo de Edipo y constituye la internalización de las normas, reglas y prohibiciones parentales.

Volviendo al tema que nos concierne podemos decir que Knight describiría a este tipo de pacientes como personas cuyo yo está debilitado, es decir, no tiene noción de integración, adaptación al ambiente, relaciones con los demás, con unos mecanismos de defensa inflexibles; estas funciones están gravemente dañadas.

El cuadro clínico puede estar dominado por síntomas histéricos, fóbico, obsesivo-compulsivo o psicossomático; a los que el paciente atribuye su dificultad para funcionar con normalidad.

En 1955 Greeson (M^aJ. Fernández 2007) afirmó que pacientes, en situaciones bien estructuradas se adaptan a las convenciones sociales, aunque pueden ser excéntricos, extraños y caprichosos.

En situaciones no estructuradas se manifiestan una serie de fenómenos:

- Irrupción del Ello con fracasos de los mecanismos de defensa.
- Dificultad para diferenciar entre afectos, impulsos y sensaciones corporales.
- Dificultad para mantener un concepto consistente del *self*.
- Confusión entre el pasado y presente, con facilidad para revivir experiencias pasadas.
- Dificultad para integrar o sintetizar.
- Fantasías sexuales o agresivas.

En 1959 Schmilberg (Millon&Davis 1998) hace famosa la frase que tan bien define a este tipo de pacientes "Estable inestabilidad", una de las razones por las que la denominación de límite debe considerarse una entidad clínica, ya que, el paciente sigue siendo el mismo prácticamente toda su vida. Su inestabilidad es estable a pesar de sus oscilaciones y su peculiar patrón suele mantenerse constantes.

Según esta autora no hay faceta de su vida que no se encuentre afectada por la estructura, por lo que los posibles síntomas son múltiples:

- Falta de sensibilidad, empatía en relación con los demás. Susceptibilidad, relaciones objetales débiles y superficiales, falta de profundidad de sentimientos. Dificultad para identificarse y aprender de otros.
- Comportamientos excesivos. Predominancia del sentimiento del vacío interior; los estados emocionales excesivos y las toxicomanías están destinadas a luchar contra el vacío interior.
- Incapacidad para soportar heridas narcisistas.

- Rasgos de debilidad del yo: Intolerancia a la frustración, al retraso.
- Trastorno en la voluntad: a veces desconexión de la realidad, carece de impulsos e incentivos para cualquier acción. Falta de integración madurativa. Falla en el mecanismo de represión.

Finalmente en 1964 Anna Freud (M^aJ. Fernandez 2007) realiza la clasificación de los fenómenos traumáticos en dos tipos:

- Influencias traumáticas externas: Daños que influyen en el ser humano desde el exterior, que pueden ser el resultado de fuerzas naturales que escapan al control humano; como pueden ser accidentes, enfermedades, frustraciones, privaciones, etc. Asimismo puede ser daños intencionales que se materializan mediante el ataque, el insulto o el castigo.
- Traumas externos que se convierten en internos: Cuando afectan, coinciden o simbolizan ansiedades profundamente arraigadas o deseos fantaseados.

En el primer caso, el hecho es vivenciado como aniquilación, abandono por parte del objeto o como castración.

En el segundo caso, los deseos satisfechos por el trauma pueden ser agresivos o sexuales, estos a su vez pueden ser adecuados o inadecuados en la etapa madurativa. Cuando el hecho traumático satisface deseos inadecuados a la etapa madurativa, el resultado es una interrupción de la secuencia normal del desarrollo, las consecuencias son accesos de lo psíquico que en la vida normal se manifiestan como sueños angustiantes, pesadillas, etc.

Hasta aquí hemos hecho un pequeño recorrido por los principales estudios sobre el tema que estamos tratando. Por lo que concluimos este apartado afirmando que; estos síntomas pueden estar presente en personas "normales" estos nunca serán tan intensos, frecuentes, persistentes y desadaptativos como los que experimentan los pacientes límites.

2.2.2.-Comorbilidad y diagnóstico diferencial

Son aspectos que suelen ir unidos en este tipo de trastorno. La comorbilidad es la presencia de 2 o más trastornos mentales en un mismo paciente, esta condición es habitual en cualquier alteración, por lo que se ha de tener en cuenta para poder realizar una adecuado diagnóstico diferencial, ya que, es un cuadro tan diverso, con una sintomatología tan poliforme y variada que a su vez pueden corresponder a otros cuadros clínicos.

El trastorno límite de la personalidad afecta al 2% de la población en general. El 11%a los pacientes psiquiátricos ambulatorios, 19% de pacientes ingresados y es más frecuente en mujeres que en hombres.

El 90% de los pacientes límites pueden tener otros diagnósticos asociados con otros trastornos de la personalidad como el antisocial, histriónico y sádico (referentes a los cuadros de impulsividad) y con dependiente, evitador y esquizotípico (características introvertidas)

2.2.2.1.-Tipología de los trastornos límites de la personalidad."Los límites de los límites"

(En este apartado utilizaremos las siglas TLP, para mencionar el trastorno límite de la personalidad)

M^aJ. Fernández (2007) nos presenta las siguiente clasificación:

a) TLP y los trastornos afectivos.

La mayoría de TLP tiene relación con algún trastorno del estado de ánimo (depresión, bipolaridad) es por ello en su momento fue considerado por otros autores como un tipo de trastorno afectivo, ya que, son frecuentes las expresiones de culpa, autorreproche, comentarios despreciativos, falta de valor o mala acciones, acompañado con amenazas de suicidio, con una mezcla de depresión y hostilidad aunque en este tipo de pacientes se manifieste de manera particular y diferente, ya que, acentúan la sensación de vacío, la culpa y actitudes negativas y devaluadoras propias de depresiones "límites".

Respecto a las amenazas suicidas en estos pacientes pueden estar motivadas por una necesidad de obtener atención y apego o pueden surgir por la sensación de desesperanza.

<u>TRASTORNO DEPRESIVO LÍMITE</u>	<u>CARACTERÍSTICAS COMUNES</u>	<u>TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR</u>
Soledad, vacío	Humor depresivo: surgimiento temprano, sostenido.	Sentimiento de culpa, remordimientos.
Ira, necesidad	Desvalorización	Aislamiento/agitación, síntomas vegetativos graves.
Gestos suicidas repetitivos	Hambre objetal (sin gestos)	Suicidalidad.
Relaciones demandantes, hostiles, dependientes.	Dependencia en las relaciones	Relaciones estables.
Preocupaciones respecto a pérdida interpersonal y separaciones	Autoestima frágil.	Preocupaciones por el rechazo y los fracasos.
Autosuficiencia ilusoria (con historia de dependencia)		Cuidados bien recibidos (con historia de independencia)

Tabla nº 3: Diagnóstico diferencial del trastorno depresivo Mayor y la depresión típica del trastorno límite (M^aJ. Fernández 2007)

b) TLP y el estrés postraumático.

En este tipo de pacientes, se puedan observar antecedentes de traumas infantiles reales, abusos infantiles (físicos o psíquicos), maltrato, pérdida de progenitores. En el caso de que el paciente necesite mucha atención o protección, y no lo tenga expresará abiertamente su ira cuando se siente frustrado o abandonado, esto se adecúa más al diagnóstico de TLP, por el contrario cuando son diagnosticadas de trastorno por estrés traumático responderán de forma paranoide.

El TLP responderá con acusaciones e impulsividad cuando se sientan la amenaza de la pérdida de la otra persona.

Las personas con TLP pueden estar predispuestas a padecer de trastorno por estrés traumático, ya que, se embarcan en situaciones imprudentes y potencialmente traumáticas.

c) El TLP y abuso de sustancias.

También se diagnostica esta patología por abuso de sustancias denominado trastorno por diagnóstico dual, es decir, se presenta la coexistencia de 2 desórdenes; el psiquiátrico y el otro abuso de sustancias.

De hecho mucho de estos pacientes pueden presentar más de 2 diagnósticos coexistentes del eje I, trastornos de personalidad del eje II y alteraciones orgánicas propias del eje III.

Eje III: Enfermedades médicas
Algunas enfermedades infecciosas y parasitarias
Neoplasias
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y algunas enfermedades inmunitarias
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Enfermedades del sistema nervioso
Enfermedades del ojo y sus anejos
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Enfermedades del sistema circulatorio
Enfermedades del sistema respiratorio
Enfermedades del aparato digestivo
Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo
Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo
Enfermedades del sistema genitourinario
Malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas
Heridas, envenenamientos y otros procesos de causa externa

Tabla N° 4: Trastornos mentales de tipo Eje III, extraído del DSM-IV

En 1985 Khantzian afirmará que el paciente descubre que el malestar de un trastorno psiquiátrico preexistente puede aliviarse con el abuso de sustancia. El paciente empieza entonces a consumir, regularmente esa sustancia, desarrolla un abuso o dependencia y presenta posteriormente ambos trastornos. (M^aJ. Fernández 2007)

Además indica el autor que estas personas escogen de forma preferente sustancias concretas, ya que, esta elección es el resultado de la interacción entre la droga y los dolorosos por los que han de luchar.

Habitualmente en los pacientes límites el consumo de alcohol hace que mejoren los sentimientos de vacío, aislamiento, ansiedad.

Esta comorbilidad aumenta la probabilidad de suicidio, muerte o lesión y empeora el pronóstico general del paciente límite.

d) TLP y trastornos disociativos

En este caso el TLP experimenta una sola personalidad y no suelen aparecer episodios de fuga, ni amnesia disociativa.

En el trastorno disociativo experimenta despersonalización, desrealización, pérdida de juicio de realidad y alteraciones de la identidad.

e) TLP y el trastorno narcisista de la personalidad.

La persona que experimenta estos trastornos puede irritarse con facilidad o ser autodestructivos en respuesta a rechazo o críticas.

Esta característica puede hacer difícil la diferenciación entre ambos cuadros. Aunque hay que prestar atención a aspectos diferenciales:

- Los pacientes que padecen TLP experimentan el rechazo como abandono, desencadenando su miedo a la soledad. Las críticas son intolerables para ellos porque lo que puede ser un comentario sobre su aspecto en concreto se convierte en un juicio sobre su personalidad. Con la conclusión de su inadecuación global.
- Las personas que padecen trastorno narcisista de la personalidad, experimentan las críticas como humillaciones que desencadenan sentimientos de inferioridad o desprecio, pero no se sienten cuestionados en sí mismo ni lo viven como riesgo de abandono.

En ambos trastornos los pacientes se sienten merecedores de privilegios, atención y cuidados especiales. En el caso de los

narcisistas creen que lo merecen porque son únicos y excepcionales; porque se lo han ganado. Los TLP sienten que se les debe por que han sufrido y porque necesitan más para llenar lo que nunca han tenido.

f) El TLP y el trastorno antisocial.

En este caso se encuentren similitudes en el diagnóstico de ambas tipologías, respecto a su etiología respecto a antecedentes de abusos, alineación y negligencia (de hecho se siguen realizando experimentos para poder diferenciarlos)

Las personas con trastorno antisocial se caracterizan por unas relaciones interpersonales frías, basadas en la explotación y el interés, falta de remordimientos y dificultad de aprender de la experiencia, así como episodios de violencia por lo general heteroagresiva. (Planificada, fría, calculada, hacia los demás).

Los TLP se dan un tipo impulsivo, no meditado, en cortocircuito y autoagresivos.

Existe un elemento diferencial en ambos tipos de pacientes y es la tendencia afiliativa:

Los TLP viven con el miedo al abandono, con la necesidad de tener a alguien que la atienda, le cuide, le preste atención; y es capaz de cualquier maniobra con tal de asegurarse el cariño de los demás.

Por el contrario un Trastorno antisocial no necesita de los demás, no tiene interés de pertenecer a un grupo en concreto, mantiene relaciones personales aparentemente afectivas siempre que le comporte un beneficio, es manipulador y con deseo de poder.

g) TLP y Trastorno neurológico

Respecto a esta comorbilidad en estas 2 patologías solo se puede decir que son trastornos diferentes que se pueden dar en una misma persona.

h) TLP y trastornos somáticos

Aparentemente sin relación, la relación cuerpo-mente, puede en muchas ocasiones ser la relación o punto de partida.

Por ejemplo: Un paciente límite que experimente una sensación extrema de vacío/abandono, puede intentar suicidarse o hacerse daño de esta manera de manifestar esa sensación. (V. Rubio, 2001)

También se pueden observar en personas que abusen de alcohol o drogas y sean conscientes de que así perjudicarse su salud. (M^aJ. Fernández 2007).

2.3.-La familia y el desarrollo del TLP: factores que influyen.

La vida de todo ser humano se inicia en muchas ocasiones en familia y en todo aquellos hechos que puedan repercutir en ella. En muchas ocasiones estos hechos afectan a su mal funcionamiento, sobre todo por parte de la madre, por lo que, puede ser un factor clave para delimitar un futuro paciente límite.

En 1938 se realizó el primer retrato robot de la madre de un futuro paciente límite, indicando que estas madres suelen ser personas neuróticas o psicóticas que en alguna ocasión han tenido algún brote psicótico de duración leve.

Estas madres hacen daño a sus hijos debido a una deficiencia de afecto materno espontáneo y que pueden haber sido súper protectoras y meticulosas en los hábitos de higiene, alimentación y cuidados físicos con ellos.

Este autor también afirmaba que muchos de estos comportamientos se podrían dar por problemas entre progenitores o pérdida de uno de ellos o de los dos. Lo cual crea una inseguridad en el niño ya que se encuentra en una gran deprivación afectiva. Así como diferentes factores que explicamos a continuación:

a) Separación- Individuación:

En este caso la madre está disponible si el niño se pega a ella y se comporta regresivamente, pero se aleja si intenta separarse e individualizarse, creando una división en las relaciones de objeto: la recompensante y la alejadora.

En este caso el infante necesitara siempre la aprobación de la madre para poder desarrollar sus propios intereses, valores, actitudes, en el momento que lo consigue la madre (en caso que lo

consiga) en respuesta esta se alejará por qué no tolera que su hijo le abandone y quiera vivir por él mismo sin que ella no sea parte esencial de sus planes. Esto impide que el hijo no pueda lograr su autonomía, y produce un estancamiento en el proceso evolutivo por carencia materna. (M^a J. Fernández 2007)

b) Los progenitores:

Los padres están carentes de afecto a consecuencia de esto no experimentan grandes dificultades para desempeñar las etapas evolutivas normales. Esto hace que perciban en su hijo como un padre/madre, lo tratan como un igual o como un objeto que satisface sus propias necesidades no resueltas, mantienen una interacción caótica y defensiva, discuten sobre asuntos relacionados con la separación y autonomía del hijo.

Este solo recibe atención si sacia los deseos narcisistas que su madre/padre espera de él. Por ejemplo: si el sueño de la madre fue ser enfermera, cuando el hijo/a decide serlo, la madre ve prolongado su sueño en él. Intenta tener "atado" a su hijo/a; esta relación finalmente logrará heridas en la relación materno/paterno-filial.

A continuación explicaremos el perfil individual de cada progenitor:

b.1. El padre:

Suele ser un hombre pasivo, dominado por su esposa con la que no tiene casi relación y que a su vez continúa muy ligado a su madre de forma persistente, por lo que su esposa justifica esta actitud a volcarse plenamente a su hijo/a. No es capaz de ejercer su papel de padre ni las decisiones como cabeza de familia, por lo que

se los cede a su esposa, creando en el menor una inseguridad al no distinguir las normas tradicionales de familia.

b.2. La madre:

Suele ser exigente y controladora, con fuertes lazos con su hijo. Le es indiferente que la relación que mantiene con esposo sea distante, ya que, esta le permite un control pleno de sus hijos; convirtiéndose en una familia matriarcal, siendo la madre la figura dominante.

Como ya hemos mencionado al principio de este apartado, probablemente la madre a su vez haya tenido una madre con este tipo de trastorno, en el cuál no pudo liberarse de esta situación, no fue capaz de establecer relaciones externas , por lo que repite el mismo patrón en la interacción con sus hijos aferrándose a ellos para defenderse de sus propios sentimientos de abandono; el hecho de que sus hijos puedan desarrollarse de forma evolutivamente normal lo ve como una grave amenaza, no puede tolerar que se separe de ella, aunque para ello tenga que poner en peligro la salud psíquica de su hijo.

En las situaciones normales todas las madres "sanas" construirán mecanismos de manera que sus hijos no se sientan solos o que sean capaces de no convertirse en personas atadas o inválidas.

Pero en el caso de las madres límites, esto no lo pueden soportar, lo combina con demandas crueles, severas y no verbalizadas y el hijo ha de vivir con ello y cumplir sus expectativas, produciendo un caos en su mente, esto Chessick (1974) lo denominaría "desastre verbal" todo esto como consecuencias de que ellas en su momento no fueron capaces de hacerlo. El niño más que tener una madre forma parte de ella (M^aJ. Fernández 2007).

Hugo Mayer (M^aJ. Fernández 2007) menciona el concepto de madres intrusivas que establecen una relación materno filial basado en el abuso de poder, la usurpación del espacio que el hijo necesita para crecer e individualizarse, le cuesta reconocer su singularidad y su independencia para apreciar sus cambios y sus sentimientos, vulnerando su derecho a la intimidad y la adquisición de la autonomía psíquica y personal.

Son un tipo de madres que esperan que sus hijos respondan a sus necesidades y mandatos con extrema sumisión y lo tratan como si fueran una prolongación de su ser, sin caer en que es una persona independiente con sus propios valores, sentimientos e inquietudes que no son los de su madre. El hijo puede experimentar estos mandatos como amenazas de aniquilación y angustias, reflejadas en actuaciones desafiantes a modo de inhibición, somatización, fenómenos que se reflejan en la estructura límite.

Dentro de los factores etiológicos de este trastorno se puede deducir que la parte responsable del surgimiento de este trastorno es de la figura materna, aunque no la fundamental, ya que, como hemos mencionado anteriormente existen factores externos que pueden provocarlo. (M^aJ. Fernández 2007)

2.3.1.-Trastorno límite de la personalidad y la visión familiar de la enfermedad.

Hasta aquí hemos podido ver en qué consiste el trastorno, su evolución y los factores que influyen en el desarrollo de la enfermedad; pero ¿Cuál es la visión que tienen los familiares sobre esta patología?, ¿Cómo la padecen?, ¿Cómo conviven con la enfermedad?. Todas estas preguntas las intentaremos resolver a continuación, ya que, la familia es uno de los elementos esenciales en el tratamiento de este tipo de personas.

La perspectiva de lo familiares ante el desconocimiento de la enfermedad, puede ser muy dolorosas, pueden llegar a pensar que los pacientes son personas "malas" sin buenos sentimientos, capaz destruir a las personas que más quieren por envidia a que tiene todo lo que siempre esa persona anheló, nada les llena y no se puede expresar opiniones contrarias a lo que esas personas quieren escuchar, son inflexibles y ya no saben ni cómo actuar; todo le es confuso y por más que hacen todo lo posible por que el paciente este bien nada es suficiente para ellos.

Por el contrario tampoco se plantean que estas personas puedan padecer alguna enfermedad, es más muchos de ellos no acuden en ayuda hasta que no pasa algo importante en la vida del paciente (suicidios, huir de casa, pedirles que se alejen de ellos) y cuando lo descubren pueden pasar dos cosas; o se sienten culpables y responsables de la aparición de este trastorno o por el contrario buscan en terceros culpables, causas que hayan hecho que el paciente haya desarrollado la enfermedad.

El proceso por el que pasan los familiares se divide en varias fases:

1. La negación, el no aceptar que su familiar tenga este tipo de enfermedad.
2. Tristeza y la rabia, esto se manifiesta por la impotencia ante tal enfermedad.
3. La aceptación que unida al entendimiento nos dará la comprensión y la fortaleza necesarias para afrontar de manera positiva esta enfermedad.

Es muy complicado para un familiar comenzar a leer información sobre lo se debe o no hacer y que cada vez que va leyendo algún párrafo se ve reflejado o identificado con el contenido.

El objetivo de todo ello es que comprendan en qué consiste el trastorno y cómo este afecta a su familiar, a su familia en general y a uno mismo.; con posibilidad de mejorar aquellas actitudes que puedan estar interfiriendo y estancando al paciente, con esto no quiere decir que sea el culpable de que su familiar tenga esa enfermedad si no de colaborar entre todos a que el tratamiento sea lo más eficaz posible, fomentando una mejor convivencia familiar, que sean acertadas las relaciones interpersonales, que en muchos de los casos no mantienen su equilibrio, ya que, muchos de los familiares suelen sentirse en una constante montaña rusa, admiten la sensación de incertidumbre y en ocasiones miedo a la reacción del paciente, muchos se hacen las siguiente preguntas: (D. Mosquera 2008)

- *¿Cómo estará hoy?*
- *¿Le habrá pasado algo en el trabajo?*
- *¿Cómo le puedo explicar esto? ¿Será mejor que me lo calle y no se lo cuente?*
- *¿Estará bien o le habrá pasado algo?*

A continuación mostramos un testimonio de un familiar de un paciente con trastorno límite de la personalidad:

“Buscando en Internet temas sobre enfermedades mentales encontré su página. Trataba de encontrar que podría ser lo que le ocurre a un familiar mío, y creo que el Trastorno Límite de Personalidad encaja totalmente en su problema. Desconozco el diagnóstico del psiquiatra que la trata actualmente (hace unos meses), pero anteriormente le habían diagnosticado depresión y trastorno maniaco depresivo. Le daré más datos: es mujer, está casada y actualmente tiene una niña pequeña. Lleva mal desde los 18 años: depresión, anorexia, abandono de estudios... De niña se crió en un ambiente de peleas, gritos... su madre es una mujer fría, dura,

maltrato física y psíquicamente a sus hijos, creo que jamás quiso a su marido... Eso sí, ella era la niña mimada de la casa, se caso con un hombre muy paciente y comprensivo. Las crisis siguieron a pesar de salir de la casa de sus padres. Intento suicidarse y estuvo en coma una semana por ingestión de pastillas. Iba a peor. Había que vigilarla constantemente. Entonces se quedó embarazada y todo fue peor aun. Fue por un error. Ella no quería tenerlo. Se golpeaba la barriga, no comía, no dormía, era un esqueleto sin apenas barriga, decía que quería abortar pero el marido no la dejó. La niña nació con poco más de un kilo de peso.

Tiene unos sentimientos hacia su hija como hacia su marido o su madre: una mezcla de amor y odio, así me lo dijo ella. A veces es cariñosa con ella, pero otras amenaza con matarla, ya ha llegado a pegarle a la niña y si no la agarran no se que hubiera pasado, la mayor parte del tiempo pasa de ella, el marido tiene dinero y tiene mujeres que se la cuidan y se la sacan a pasear (ella casi nunca sale). Yo he hablado con ella y dice que se siente una mierda, que solo quiere matarse pero que no la dejan. Además siempre esta enferma, tiene muchos problemas físicos que probablemente sean secuelas de su mala alimentación (apenas come). Siempre esta culpando a su madre de todo lo que le pasa. Con su madre y con su marido llega a ser violenta, ha llegado a amenazar a su madre con matarla. Tiene unas crisis cíclicas, unos días bien (sale a dar paseos, cuida a su hija...), vuelta a la depresión (todo el día en cama), y lo peor las crisis: odia a la niña, quiere que se la lleven, rompe cosas, amenaza...

Sin embargo no está loca, cuando está bien puede llegar a ser una persona bastante agradable. Ella lo que quiere es ser el centro de atención, que la cuiden, que la mimen, que se preocupen por ella (hay que darle de comer, bañarla,... tiene una mujer que la cuida

a ella y otra que se ocupa de la niña mientras el marido no está). Tiene unos celos terribles de la hija, no soporta que le regalen cosas, que la mimen. Esa niña esta en un ambiente muy perjudicial para ella, temo por su salud mental y física. De hecho, el psiquiatra que la está tratando le ha dicho al marido que saque a la niña de allí, que corre peligro. El motivo de mi carta es pedirle consejo con respecto a mi familiar y respecto a la niña, si realmente lo que tiene es TLP, y consejo también sobre la niña, sobre si está bien que me la quede yo, si esto debería ser permanente, si podría curarse, si la niña podría haber heredado lo que tiene su madre...

Agradecería su ayuda, por mi, por su madre y su marido, y por esa niña que no tiene culpa de nada y no tiene una verdadera madre y que en vez de recibir mimos ha recibido de ella un guantazo y palabras como "te voy a tirar por la ventana" o "te voy a estrellar contra la pared" o "no quiero verla, quítamela de aquí", menos mal que aun no entiende."

Extraído de <http://usuarios.discapnet.es/border/tlpstart.htm>

Este tipo de testimonios reflejan la característica que hemos comentado en apartados anteriores, donde hemos desarrollado a fondo la enfermedad y un gran desconcierto y sufrimiento por parte de los familiares. Muchas veces con la mejor de las intenciones adoptan el papel de cuidador pero que a largo plazo abandonan, ya que, genera un desgaste contraproducente a nivel personal.

Sobre todo es muy importante que los familiares sepan que, es muy complicado para el enfermo aceptar su condición; así como para la familia. Que los síntomas pueden variar con el tiempo, y aunque se puede mostrar mejorías es una **enfermedad no curable** que puede mejorar la vida del paciente y de su entorno más cercano.

2.4.-El trabajo social y el trastorno límite de la personalidad.

Desgraciadamente tratar a una persona que padece un trastorno límite de la personalidad puede llegar a ser uno de los grandes retos del trabajador social en su vida profesional, ya que, su inestabilidad hace que muchas veces, se tenga que estar muy pendiente de su evolución, presentan constantes crisis y fluctuaciones de estado de ánimos que puede desgastar la práctica profesional, este desgaste puede ser interpretado como una dejadez por parte del paciente, que conlleva a que abandone en muchas ocasiones los tratamientos.

Partimos de la base que el trabajo social es: "Una profesión que promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas, y el fortalecimiento y la liberación del pueblo, para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social". (Federación Internacional de trabajadores sociales 2000)

Es decir que, el trabajo social en su misión por mejorar la interacción entre las personas y su entorno, actuará como agente de cambio para facilitar que estas personas desarrollen plenamente sus habilidades. El trabajo social es un sistema integrado y dinámico con valores, teorías y una larga tradición práctica.

Desde el trabajo social podemos trabajar con estas personas enmarcándonos en dos modelos teóricos propios de la disciplina: El modelo sistémico y el modelo dialéctico relacionadas entre sí. El primero trabaja con todas las partes implicadas en la mejora de la situación; el paciente, los familiares y el equipo terapéutico; no

hemos de olvidar que el/la profesional de trabajo social forma parte de un equipo interdisciplinar (interviene con este tipo de pacientes dentro de lo que sería la comunidad terapéutica de la cual suele ser parte; esto se desarrolla en el apartado intervención en el Centro de Inserción Manipulados y Servicios Picarral S.L.-MAPISER)

El segundo trabaja con el individuo en todas sus áreas de manera endógena, eliminando las situaciones marginales que crean conflictos con su entorno.

Es importante mencionar que los familiares suelen ser los primeros en demanda ayuda, por que consideran que la situación se extralimita y el problema ya es extremo.

Es recomendable que se "sometan" a estas dos intervenciones, ya que, es necesario el trabajo del paciente para el fomento de su autonomía, así como el trabajo por parte de su entorno, para alcanzar el éxito de la intervención. (D. Mosquera 2007)

2.4.1.- Modelo Sistémico en Trabajo social

Teoría de sistemas:

Un sistema es un conjunto de interacciones formalizadas de elementos con una historia en común. Es una totalidad que funciona por la interdependencia de sus partes, en un estado de movimiento constante que hacen a través de la información que reciben y con los sistemas que ella produce. (Bertalanffy 1950)

El modelo sistémico en trabajo social focaliza su atención en un aspecto distinto al que utilizan otros modelos centrados en torno al diagnóstico causa-efecto. Su actuación va enfocada a hacia la interacción y los procesos comunicativos. Con ello aporta la apertura

de una nueva línea de entendimiento y de intervención sobre las problemáticas sociales.

De este modo el trabajo social no considera los problemas como atributos de las personas sino que entiende estos como resultado de comunicaciones deficientes entre diferentes tipos de sistemas. La perspectiva sistémica pone especial énfasis en los procesos vitales de adaptación y de interacción recíproca entre las personas y su entorno físico y social.

Los objetivos del Trabajo social con este modelo son:

- Mejorar la interacción de las personas.
- Mejora la comunicación de las personas con los sistemas que le rodean.
- Mejorar la capacidad de resolución de conflictos.
- Enlazar a las personas con aquellos sistemas que puedan proporcionarle servicios, recursos, oportunidades.
- Exigir que estos sistemas funcionen de forma eficaz y humana.
- Contribuir al desarrollo y mejora de la política social.

(J. Viscarret 2007)

El modelo sistémico en Trabajo Social, intenta explicar los hechos sociales centrándose en las interacciones e interrelaciones que existen en un contexto dado. Esto es, que toda situación tiene una causa cíclica y la explicación de cualquier hecho es la explicación del ciclo en su totalidad y no de un aspecto cualquiera. (E. Villegas, 1992). Este marco facilita en muchas ocasiones la orientación de la acción ante los nuevos retos y dificultades que se les plantea a los individuos, grupos, familias, comunidades.

El modelo sistémico, ha tenido gran difusión en la intervención en salud mental; el abordaje sistémico-relacional es una modalidad de intervención sistémica que tiene como objetivo intervenir en el

foco del conflicto; es liberar al individuo de su malestar y de su riesgo de cronicidad que pasa por intervenir sobre el sistema interpersonal completo. Esto en muchas ocasiones es muy complicado, ya que, existe una rigidez en las acciones del individuo que imposibilitan esa acción, para ello es necesario un cambio en el cuál se integren modelos de relación más adecuados que logren debilitar esas acciones logrando el equilibrio total del individuo. (J. Viscarret 2007)

El modelo sistémico en trabajo social interviene con el paciente y las familias, este trabajo se centra en potenciar los recursos de la propia familia para superar las dificultades o el malestar psíquico del paciente límite, siendo el principal objetivo el cambio en el sistema familiar, bien en los aspectos estructurales y/o en la transformación de los procesos interaccionales en disfunción.

En este caso existe una interacción entre el trabajador social, paciente y la familia con el objetivo de recabar la información, que necesitará el equipo terapéutico para poder centrarse en el origen de este trastorno, el trauma que puede haber desarrollado la enfermedad, así como detectar los puntos débiles o fuertes que pueden ayudar a que el paciente reduzca su agresividad, sus impulsos y se mantenga en "una normalidad" aparente, ya que por desgracia esta enfermedad no tiene cura.

El modelo sistémico intentará que la familia aprenda a vivir con ello potenciando aquellas habilidades que ayuden a que la relación que hay entre ambas partes se mantenga o se potencie cada vez más.

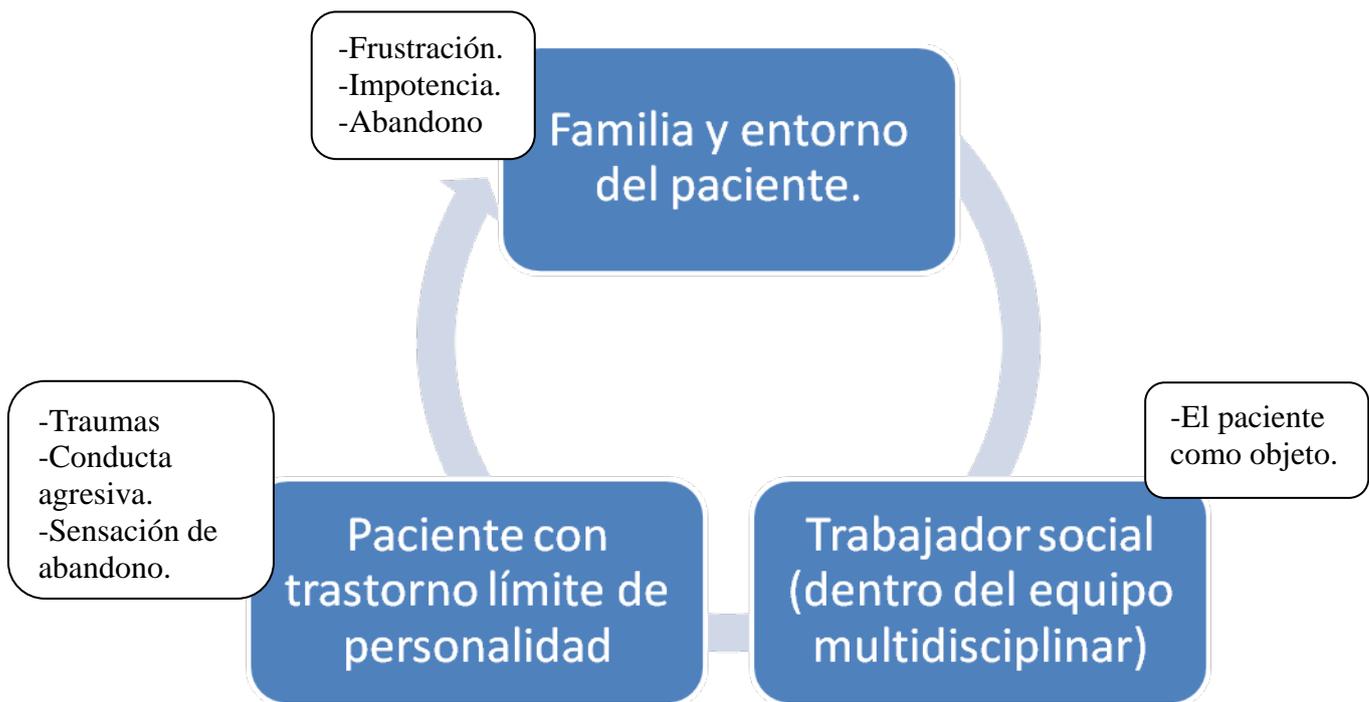


Figura nº 3: Esquema del modelo sistémico del trabajo social.

2.4.2 Modelo del paradigma humanista dialéctico en trabajo social.

En este modelo el trabajo social fomenta la autonomía del sujeto como ser pensante y actuante *"el sujeto social es capaz de reflexionar sobre su situación y desde allí transformar su actitud y disposiciones activas frente a la misma"*. (Di Carlo, E.1997).

Lo que se busca es una reorganización del sujeto, que sea capaz de detectar su problema y de luchar por mejorar su propia situación tanto a nivel personal con sus relaciones interpersonales (familias, amigos, pareja), ya que, en un principio el sujeto límite no es consciente de su problema, solo siente un abandono grave y no le importa los sentimientos de los demás.

En este modelo el individuo es el centro vital de la intervención, ya que se trabaja en sus habilidades, en su autonomía personal, preparándolo para enfrentarse a los futuros problemas que pueden surgir.

Este tratamiento estructura, las técnicas y el proceso terapéutico están diseñados para tratar las áreas problemáticas específicas de este trastorno: los problemas de inestabilidad emocional, las conductas suicidas e impulsivas, la rigidez cognitiva, las alteraciones en la identidad y las dificultades en las relaciones interpersonales. Para ello, este programa incluye distintos modos de terapia:

- La psicoterapia individual: consiste en orientar al paciente hacia la terapia y en establecer la relación terapéutica, las metas a conseguir y los compromisos básicos para un buen funcionamiento de la terapia, tanto por parte del paciente como del terapeuta.

En esta fase se trabajan los aspectos centrales del TLP que consisten: por un lado en disminuir las conductas suicidas y parasuicidas, las conductas que interfieran en la terapia y las conductas que interfieran en la calidad de vida del paciente, y, por otro, en aumentar las habilidades de toma de conciencia, de regulación emocional, de tolerancia al malestar y de efectividad interpersonal

- Grupo de formación profesional: Se concentran en cuatro conjuntos de habilidades: habilidades básicas, efectividad interpersonal, regulación emocional, la tolerancia y las habilidades sociales. (Navarro et al 2008)

A diferencia del modelo sistémico, en el cual todos los factores tanto internos como externos son fundamentales para el éxito de la intervención. En este caso partirá del sujeto y su mejora, a nivel individual.

2.5. Marco Político-social y su influencia en el trastorno límite de la personalidad.

A nivel Internacional:

- Declaración de Luxor de 1989 de los derechos humanos para los enfermos mentales de la Federación Mundial de la Salud Mental que, en síntesis, recoge la responsabilidad gubernamental y social en la atención a los grupos vulnerables y a la promoción de la igualdad de derechos del enfermo; el interés central del mismo y no de la familia, el profesional o la comunidad en los tratamientos, y su orientación hacia la obtención del mayor grado posible de autodeterminación y responsabilidad personal.
- La Resolución de Naciones Unidas 46/119 de diciembre de 1991 para la defensa de los derechos de los enfermos mentales, reconoce el derecho a la no discriminación laboral, sanitaria, institucional y social de estas personas. También incluye la no utilización de la psiquiatría con fines políticos, religiosos o ideológicos.
- La Declaración de Madrid de 1996 llevada a cabo por la Asociación Psiquiátrica Mundial, señala las directrices éticas que deben regir entre paciente y psiquiatra, huyendo de la actitud compasiva u orientada exclusivamente a evitar las lesiones a sí mismo o violencia a terceros.

- El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos y Dignidad del Ser Humano de 1997 con respecto a las aplicaciones y limitaciones sobre las personas de la biología y la medicina. En el mismo se plantea la armonización de las legislaciones nacionales en lo relativo a los derechos de los pacientes, destacando como aspectos relevantes la intimidad a la información y el consentimiento informado.
- El Libro Blanco del Comité de Bioética del Consejo de Europa sobre Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las personas con trastorno mental, ingresadas involuntariamente en establecimientos psiquiátricos, de febrero de 2000, en el que se abordan las condiciones y procedimientos de ingreso involuntario, los límites éticos al tratamiento, la prevención y control de hipotéticos abusos de la psiquiatría y las garantías para los enfermos mentales encarcelados.

A nivel Estatal:

Con la promulgación de la constitución española en 1978, se modifica la situación de los enfermos mentales y se le reconoce su condición de persona jurídica, titular de derechos y eventual sujeto de imputación de responsabilidades, equiparándolo expresamente al resto de ciudadanos enfermos y, en su caso, al resto de las personas con discapacidad.

- Artículos 14:

“Los españoles son iguales ante la Ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.”

- Artículo 17.1:

“1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la Ley.

- Artículo 43:

“1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.”

- Artículo 49:

“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.”

En 1986 se crea la Ley General de Sanidad y hace referencia a los enfermos mentales.

- Artículo 20:

“Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. *La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.*

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

2. *La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.*

3. *Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.*

4. *Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general”.*

Donde los equipara con las demás personas respecto a los servicios sanitarios y sociales así como apoya su plena integración en el sistema nacional de salud. Este artículo que continúa en vigor después de ser aprobada la Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la cual incluirá la atención de salud mental en las prestaciones de atención primaria y de atención especializada, lo que desarrolla extensamente el R.D. 1030/2006 de 15 de Septiembre de cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

En 1982 se crea la Ley 13/82 de Integración social de los minusválidos (L.I.S.M.I.) cuyo objetivo era *“llegar a un punto en el que no hagan falta leyes especiales porque las personas afectadas estén integradas en un plano de igualdad absoluta en la legislación general aplicable a todos los españoles”* (González O., 2009)

Por otro lado según el Código Civil, establece en sus artículos las causas de incapacidad de las personas con enfermedad mental:

Artículo 199:

“Nadie puede ser incapacitado sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la Ley.”

Artículo 200:

“Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma.”

Artículo 201:

“Los menores de edad podrán ser incapacitados cuando concurra en ellos causa de incapacitación y se prevea razonablemente que la misma persistirá después de la mayoría de edad.”

A nivel Autonómico:

El Decreto 45/2000, de 29 de febrero, de modificación de Decreto 51/1990, de 3 de abril, de la Diputación General de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento del Servicio Aragonés de Salud, asigna a la Dirección de Salud Mental y Drogodependencias:

Artículo 23:

- Adopción de medidas necesarias para la promoción y mejora de la salud mental y la prestación de la asistencia psiquiátrica.
- Coordinación entre las diferentes unidades y niveles asistenciales en el ámbito de la salud mental y la elaboración de propuestas e informes sobre la necesidad de celebración de conciertos y convenios asistenciales con dispositivos y servicios ajenos al Organismo Autónomo, con la finalidad de adaptar los mismos a la demanda existente.

La Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, que regula las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, establece:

Artículo 4: derechos específicos, además de los generales para las personas que padecen enfermedad mental.

Artículo 30: contempla la atención, promoción, protección y mejora de la salud mental como parte de la asistencia sanitaria.

Artículo 49: crea la Atención a la salud mental como una estructura operativa con la finalidad de garantizar una prestación sanitaria integral y coordinada.

Artículo 53: establece que la atención a los problemas de salud mental se realizará en el ámbito de la comunidad, potenciando los recursos asistenciales de carácter ambulatorio, los sistemas de hospitalización breve, la atención a domicilio y la coordinación con los servicios sociales.

(Plan estratégico 2002-2010 de atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Aragón)

Como se puede observar; aunque no haya una normativa específica de Trastorno límite de la personalidad, si que existe unos sistemas de protección para este colectivo, en referencia al respeto de sus derechos a la igualdad, a la educación, a un sistema sanitario y una reinserción laboral con los Centro Especiales de Empleo o Empresas de inserción.

2.6. Marco geográfico

En este apartado indicaremos los recursos que tienen los pacientes límites en la Comunidad Autónoma de Aragón concretamente en la ciudad de Zaragoza.

A nivel público:

a) Centros de salud mental.

Son centros sanitarios en cuya atención es de régimen ambulatorio de las enfermedades y trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento:

- Unidad de Salud Mental del Hospital "Nuestra Señora de Gracia" C/ Ramón y Cajal, 60 Tfno. : 976 44 00 22 50004 ZARAGOZA.
- Unidad de Salud Mental "Rebolería"
Pza. Rebolería s/n Tfno. : 976 29 74 55 50002 ZARAGOZA.
- Unidad de Salud Mental "Romareda-Casablanca"
C/ Ermita s/n Tfno. : 976 56 06 25 50009 ZARAGOZA.
- Unidad de Salud Mental "Torrero-la paz"
C/ Soleimán, 11 50007 ZARAGOZA.
- Unidad de Salud Mental "Madre Vedruna-Miraflores"
(C.S. "Muñoz Fernández") Pº Sagasta, 52 Tfno. : 976 25 80 21 50006 ZARAGOZA.
- Unidad de Salud Mental "Magasta-Ruiseñores"
(C.S. "Muñoz Fernández") Pº Sagasta, 52 Tfno. : 976 25 80 21 50006 ZARAGOZA
- Unidad de Salud Mental "Las fuentes"
C/ Dr. Iranzo, 69 Tfno. : 976 29 03 38 50002 ZARAGOZA.
- Unidad de Salud Mental "San José Norte"
C/ Santuario de Cabañas, 16 Tfno. : 976 59 47 03 50013 ZARAGOZA
- Unidad de Salud Mental; consultas externas del hospital clínico universitario "Lozano Blesa"
Avda. San Juan Bosco, 15 Tfno. : 976 55 64 00 50009 ZARAGOZA.

- Unidad de Salud Mental "Delicias"
C/ Escultor Palao, 36 Tfno. : 976 32 01 03
50017 ZARAGOZA
- Unidad de Salud Mental "Actur sur"
C/ Gómez de Avellaneda, 3 Tfno. : 976 52 48 45
50018 ZARAGOZA.
- Unidad de Salud Mental del hospital "Royo Villanova"
Avda. San Gregorio, 30 Tfno. : 976 46 69 10
50015 ZARAGOZA.

b) Centros residenciales- Unidades de Larga estancia.

Son unidades que trabajan con la rehabilitación psicosocial, no solo con pacientes gravemente afectados por varios años, sino también con enfermos judiciales y cuadros por abandono de tratamiento:

- Centro de Rehabilitación Psicosocial "Nuestra Señora del Pilar" C/ Duquesa Villahermosa, 66-68 .Tfno.: 976 33 15 00.
50009 ZARAGOZA.
- Unidad Psicogeriátrica
C/ Monasterio de Ntra. Sra. de los Ángeles, 20 . Tfno.: 976
34 15 00. 50012 ZARAGOZA
- Centro de Rehabilitación Psicosocial de Sádaba
Ctra. de Sos s/n. Tfno.: 976 67 54 79. 50670 SÁDABA
(ZARAGOZA)

- Centro Neuropsiquiátrico "Nuestra Señora del Carmen"
(Privado con camas concertadas) Camino del Abejar s/n
(Garrapinillos) Tfno.: 976 77 06 35. 50190 ZARAGOZA

c) Centros residenciales: Unidades de Media Estancia (U.M.E)

En estas unidades los pacientes se encuentran de internamiento, este internamiento no puede sobrepasar los 6 meses a un año. Son pacientes con enfermedad grave que por su edad no es muy aconsejable un ingreso de larga duración. Los servicios que ofrecen son los de asistencia médica integral, tratamientos terapéuticos y farmacológicos así como actividades de ocio y tiempo libre:

- Residencia de Media estancia "Profesor Rey Ardid"
Camino Viejo de Alfocea, 10 (Juslibol) Tfno.: 976 73 10 00.
50191 ZARAGOZA

- Unidad de Media Estancia "Alonso V"
C/ Duquesa Villahermosa, 66-68 . Tfno.: 976 33 15 00.
50009 ZARAGOZA.

d) Unidades de Corta estancia-U.C.E (pacientes agudos)

Estas unidades se encuentran en los hospitales generales (mencionados anteriormente). En estos casos los pacientes presentan una sintomatología aguda, que no pueden permanecer en su medio habitual hasta que no remita el brote desacuerdo a la enfermedad mental que padezca. Suele estar entre los 10 y 21 días en régimen cerrado.

e) Centro de día:

Son dispositivos que permiten la permanencia de los enfermos graves con importante deterioro pero que están estabilizados. Gozan de alguna autonomía o tienen algún apoyo familiar dentro de su medio social y familiar.

- Centro de día "Romareda"

C/ Asín y Palacios, 4 . Tfno. : 976 35 67 61. 50009 ZARAGOZA

- Centro de día "Profesor Rey Ardid"

Camino Viejo de Alfocea, 10 (Juslibol) . Tfno. : 976 73 10 00
50191 ZARAGOZA

- Centro de día "San Carlos " (Cáritas)

C/ Cantín y Gamboa, 30 . Tfno. : 976 29 25 89. 50001 ZARAGOZA

- Centro de día "ASAPME" (asociación aragonesa pro -salud mental)

C/ Ciudadela, 1. Tfno. : 976 53 25 05 / 976 53 24 99.
50017 ZARAGOZA

A nivel privado

En la ciudad de Zaragoza contamos con las siguientes entidades:

- FEAFES ARAGÓN, es una entidad privada, miembro de la Confederación Española que agrupa, desde 1983, a las federaciones y asociaciones de personas con enfermedad mental y a sus familiares de todo el territorio nacional. La misión de FEAFES es la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de sus familias, la

defensa de sus derechos y la representación del movimiento asociativo.

FEAFES- Aragón.

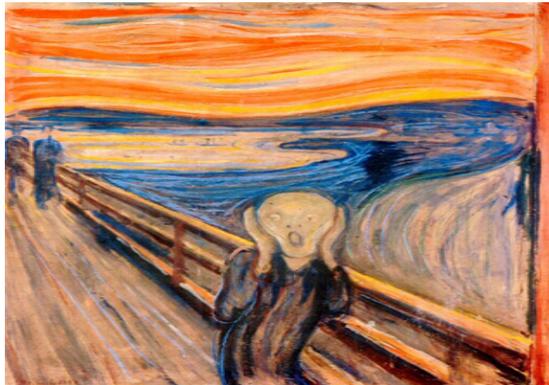
- Asociación de trastorno límite de la personalidad "el volcán"

Está ubicada en Avda. de Valencia, 28, 2º Of. 1 ,50005 Zaragoza, esta asociación persigue los siguientes objetivos:

- a) Agrupar a familias de enfermos de Trastorno Límite de Personalidad con objeto de defender sus legítimos intereses.
- b) Fomentar la investigación con el fin de mejorar su diagnóstico y tratamiento.
- c) Posibilitar su inserción socio-sanitaria, laboral económica y cultural.
- d) Informar, difundir, sensibilizar a la ciudadanía aragonesa para que entienda la problemática de las personas que padecen T.L.P.
- e) Obtener reconocimiento oficial de la patología de Trastorno Límite de Personalidad y que se dote de los recursos necesarios.

Coordinadora Aragonesa de Voluntariado.

3. Intervención en el Centro de Inserción Manipulados y Servicios Picarral S.L. (MAPISER).



3.1 Naturaleza y dependencia.

MAPISER depende de la Fundación Picarral (FP) que trabaja por la igualdad de oportunidades de todas las personas para prevenir la exclusión social, mediante la formación y la inserción sociolaboral.

La Fundación Picarral está ligada al barrio del Picarral y a su entidad promotora en los orígenes, la Asociación de Vecinos y Vecinas Picarral-Salvador Allende. Es una entidad sin ánimo de lucro, reconocida por Orden Ministerial de fecha 06/07/92, aunque su primer proyecto se remonta a 1980.

Su máximo órgano de Gobierno es un Patronato, compuesto por siete miembros, que desempeñan sus funciones desinteresadamente.

La colaboración y participación en Redes Sociales para la Fundación Picarral, no es solo un medio de coordinación, sino también es un medio de transformación social y de defensa de los derechos de las personas por las que trabajamos, formamos parte de las siguientes redes:

- Red de Centros Sociolaborales del Ayuntamiento de Zaragoza.
- Federación Abanico.
- Red Aragonesa de Entidades Sociales para la Inclusión.
- Federación ENLINEA.
- CERMI Aragón.
- Coop57 Aragón
- Los Centros Especiales de Empleo:
 - CESERPI S.L.,
 - ARAPACK, Sal.

- ANOBIUM, S.L.

- PADIS, Patronal Aragonesa de la Discapacidad

- Empresas de inserción
 - MAPISER, S.L.:

 - Asociación Aragonesa de Empresas de Inserción.

3.1.1. Evolución Histórica

La idea de MAPISER parte de Fundación Picarral, y La Fundación Integración y Empleo, la primera que cumplió 15 años en 2007, surge, a su vez, promovida por la Asociación de vecinos del barrio del Picarral de Zaragoza, para trabajar a nivel formativo y asistencial con jóvenes en riesgo de exclusión, debido fundamentalmente al alto porcentaje de fracaso escolar de la zona.

Y la segunda, fue creada en el año 1998 con el objeto de crear, promover, difundir proyectos empresariales que persigan la inserción e integración de personas excluidas o en riesgo de exclusión.

Más tarde, se detectó que en algunos casos este fracaso era consecuencia de la existencia de una discapacidad intelectual límite, por lo que FP amplía su ámbito de intervención. La necesidad de abarcar los aspectos personales, sociales, familiares y laborales de estos jóvenes llevó a plantear nuevos proyectos:

- De apoyo asistencial: proyecto "En línea hacia la autonomía".

- De apoyo en la capacitación y búsqueda de empleo: centros sociolaborales, centros especiales de empleo y empresas de inserción. Nuevas infraestructuras como salida natural de los jóvenes hacia el empleo, y así su incorporación a la sociedad como ciudadanos de pleno derecho.

Todos los proyectos se han ido consolidando a lo largo de los años y han sido fruto del análisis de las necesidades de los usuarios y del contexto social.

En 1996, Fundación Picarral se plantea crear una empresa social, todavía no se había acuñado el nombre de Empresas de Inserción, con el apoyo del Programa Europeo de Empleo HORIZON.

MAPISER comienza su andadura en mayo de 1997 con la forma jurídica de S.C., con 6 trabajadores.

3.1.2. Hechos significativos en su historia.

Dos fueron los problemas que hubo que afrontar desde los inicios:

En un primer momento la mayor preocupación era encontrar nichos de mercado donde con las especiales características de Empresa de Inserción, pudieran ser competitivos y rentables, y responder puntualmente con los compromisos ante los clientes.

La labor comercial de búsqueda de clientes fue ardua en los inicios, ya que a la juventud y falta de experiencia de la empresa se sumaba la coletilla "de social".

Por aquel entonces, 1997, no se conocían como hoy las EI, la imagen que se tenía de ellas provocaba cierta desconfianza, por lo que en la mayoría de los casos se obviaba mencionar el carácter social de MAPISER.

Por otra parte, había un problema financiero de circulante generado por el rápido crecimiento de plantilla.

Una vez conseguida cierta estabilidad económica, comenzó la formación de un equipo directivo especializado en las distintas áreas de la empresa.

En 2001 se estuvo en condiciones de comenzar la formación de este equipo, que ha ido creciendo y fortaleciéndose hasta llegar a la elaboración de su organigrama.

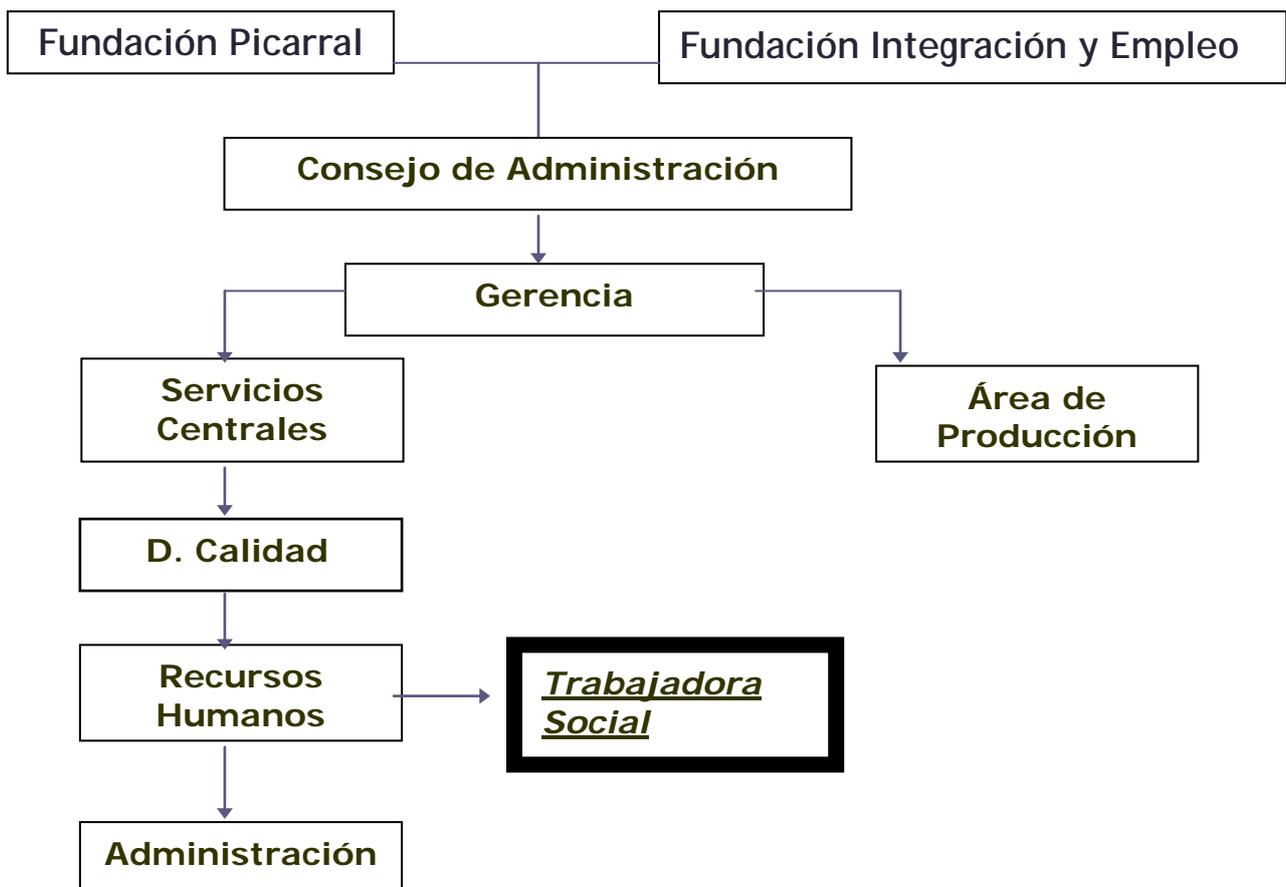


Tabla nº5: Organigrama MAPISER

3.2 Ámbito de actuación

3.2.1 Sectorial: características del sector de población y/o problemática.

Los colectivos están regulados en varias leyes. Según la ley de Empresas de Inserción: Ley 44/2007, de 13 de diciembre, para la regulación del régimen de las empresas de inserción:

- A.- Perceptores del IAI y los miembros de la familia que convivan
- B.- Personas que no puedan acceder al IAI por no llevar tiempo mínimo empadronado o haber agotado periodo de percepción.
- C.- Jóvenes entre 16 y 30 años que estén o hayan estado en servicios de protección de menores
- D.- Personas con problemas de drogodependencias u otros trastornos mentales y se encuentren en procesos de rehabilitación.
- E.- Personas internas en centros penitenciarios que su situación les permita acceder a un empleo
- F.- Menores que cumplan medidas de internamiento y que su situación permita el acceso a un empleo
- G.- Personas procedentes de servicios de alojamiento autorizados por las administraciones públicas
- H.- Personas procedentes de servicios para la inclusión social.
- I.- Personas desempleadas con alguna discapacidad física, psíquica

mental o sensorial, reconocida oficialmente en un grado igual o superior al 33%. Siempre y cuando los Servicios Sociales públicos lo acrediten.

La media de trabajadores en 2007 fue de 65, de los cuales 55, el 85% eran de inserción. Este es el porcentaje de trabajadores de inserción que intentan mantener, aunque la ley sólo exige el 30% durante el primer año y después el 50%. El año pasado consiguieron una inserción en mercado ordinario del 26,6% de la plantilla.

3.2.2 Territorial: características del territorio y población.

Todos los residentes empadronados en la Comunidad Autónoma de Aragón, en riesgo de exclusión social, derivado de entidades privadas o de Centros Municipales de los Servicios Sociales.

3.2.3 Planteamientos ideológicos o filosóficos.

MAPISER, tiene implantado un sistema de gestión capaz de ofrecerse como referencia líder de Responsabilidad Social Empresarial.

Se proponen obtener y poner a disposición de la sociedad toda la rentabilidad que es posible generar a partir del ámbito de la inserción laboral: la rentabilidad económica y la rentabilidad social. Se puede decir que devuelven a la sociedad en la que trabajamos un capital humano más rico a través de la consecución del máximo grado posible de capacitación laboral y social de las personas que trabajan en la empresa.

Su compromiso con la calidad de sus productos y servicios, su trabajo por dotar de valor en el mercado a nuestras empresas, se

derivan así de un compromiso mayor: integrar en la sociedad el valor de todas las personas.

Para que esta misión se materialice, MAPISER:

- Ofrece a su equipo humano un medio de capacitación laboral y social a través de unas condiciones de trabajo estables y dignas, con un buen ambiente laboral
- Introduce en el ámbito de la inserción objetivos y prácticas de calidad en la gestión propias de los modelos de excelencia empresarial
- Promueve alianzas estratégicas con otros agentes de desarrollo social y empresarial y presta atención a la satisfacción de sus expectativas
- Cuenta con un personal técnico altamente cualificado y se encuentra en la vanguardia de la utilización de las nuevas tecnologías de la información en sus procesos organizativos y productivos.

3.3. Trabajo Social: Funciones que viene desarrollando el/la profesional.

Modelos teóricos.

El modelo teórico- metodológico con el que desempeña su labor la Trabajadora Social de MAPISER, es la teoría sistémica, ya que, es un conjunto de elementos interrelacionados entre sí, cuya unidad le viene dada por los rasgos de esa interacción y cuyas propiedades son siempre distintas a los de la suma de propiedades de los elementos del conjunto. No es necesario recordar que una de las ventajas que la teoría de sistemas proporciona es el elevado grado de generalidad de sus planteamientos y la amplitud del dominio de su aplicación. (Explicado ampliamente en el apartado 2.4.1, del presente trabajo.)

Objetivos.

1. Detectar y determinar, previa valoración de capacidades de la persona y análisis del puesto de trabajo, las necesidades de apoyo para que el trabajador con discapacidad o en situación de exclusión, pueda desarrollar su actividad profesional.
2. Establecer las relaciones precisas con el entorno familiar y social de los trabajadores, para que esté sea un instrumento de apoyo estímulo al trabajador en la incorporación a un puesto de trabajo y la estabilidad en el mismo.
3. Desarrollar cuantos programas de formación sean necesarios para la adaptación del trabajador al puesto de trabajo así como a las nuevas tecnologías y procesos productivos.
4. Establecer apoyos individualizados para cada trabajador en el puesto de trabajo.
5. Favorecer y potenciar la autonomía e independencia de los trabajadores, principalmente, en su puesto de trabajo.
6. Favorecer la integración de nuevos trabajadores al Centro Especial de empleo o a las empresas de inserción.
7. Asistir al trabajador en el proceso de incorporación a Enclaves laborales y al mercado ordinario de trabajo.
8. Detectar e intervenir en los posibles procesos de deterioro evolutivo de los trabajadores a fin de evitar y atenuar efectos.

(Real Decreto 469/2006, de 21 de abril, por el que se regulan las unidades de apoyo a la actividad profesional en el marco de los servicios de ajuste personal y social de los Centros Especiales de Empleo).

3.3.1. Objetivos.

La empresa de inserción Manipulados y Servicios Picarral, S.L. MAPISER; tiene dos objetivos:

En primer lugar, La consolidación de una estructura de habilidades sociales y laborales que les permita lograr su autonomía individual, económica y social. Para esto los trabajadores que se incorporan a la empresa cuentan con:

- Acompañamiento en el proceso de adaptación:
 - Al puesto de trabajo.
 - A la empresa de inserción.
- Seguimiento Programa de Inserción Personalizado en colaboración con el propio trabajador/a de la entidad social o CMSS que lo que lo deriva.
- Capacitación para entrar en Mercado Laboral Ordinario.

En segundo lugar, La integración socio-laboral de personas en riesgo o situación de exclusión, a través de la incorporación al mercado laboral ordinario.

Todo esto se une en un solo objetivo general: Inserción en sociedad de personas en vulnerabilidad o riesgo de exclusión social desde el ámbito laboral. En un plazo máximo de 3 años según la normativa son suficientes para que una persona obtenga capacidades y habilidades laborales adecuadas para trabajar en una empresa ordinaria. ya que, no olvidemos que una empresa de inserción es aquella que lleve a cabo cualquier actividad económica de producción de bienes o de prestación de servicios y cuyo objeto social tenga como finalidad primordial la integración socio-laboral de personas en situación o grave riesgo de exclusión social.

Es decir, es una empresa de tránsito, la duración de los contratos no puede superar los 3 años, o al menos así se interpreta en la normativa aragonesa. (Decreto 32/2003, de 10 de marzo, por el que se regula la inserción socio-laboral en empresas de inserción)

3.3.2 Itinerario para el diseño del Programa de Inserción Personalizado.

Cuando se incorpora un nuevo trabajador en la empresa la trabajadora social comienza su itinerario para poder crear el programa de inserción personalizado:

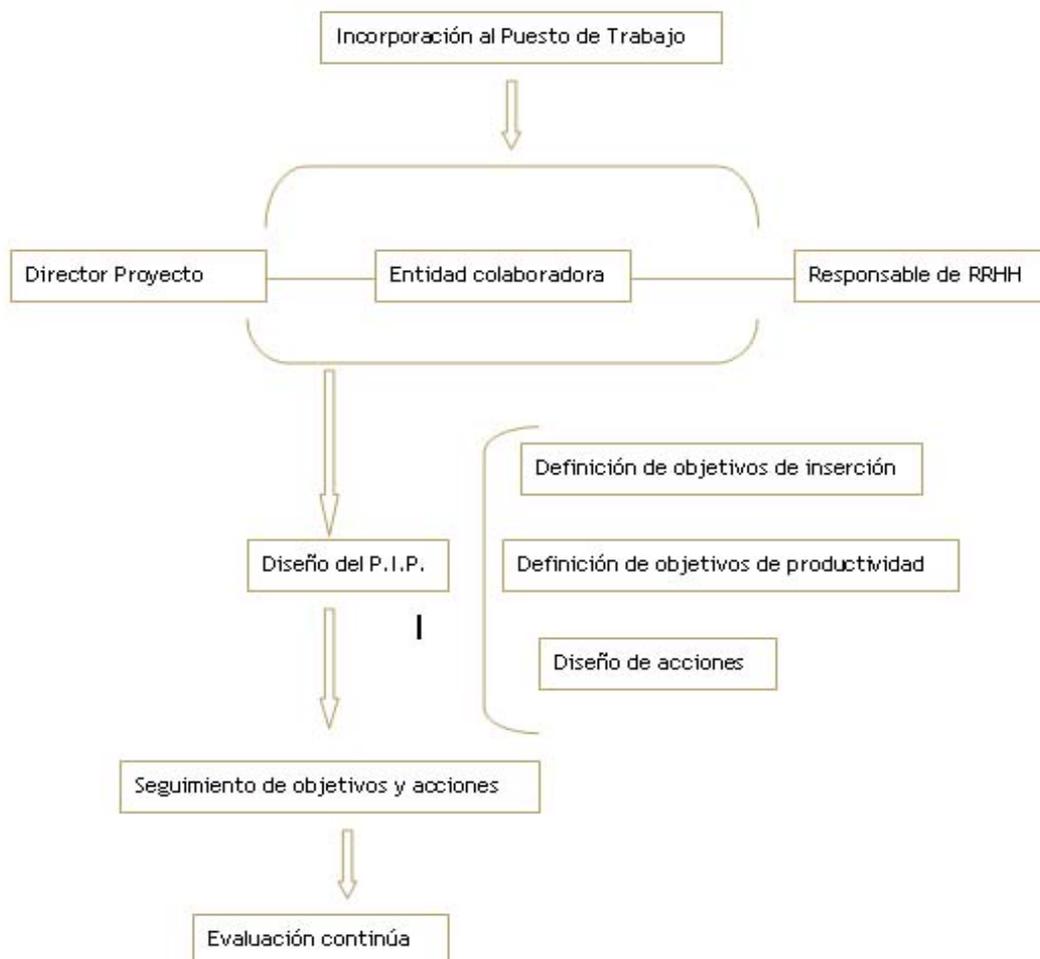


Figura nº4: Extraído de documentación histórica y técnica MAPISER

3.3.3. Proyecto de Inserción Personalizado

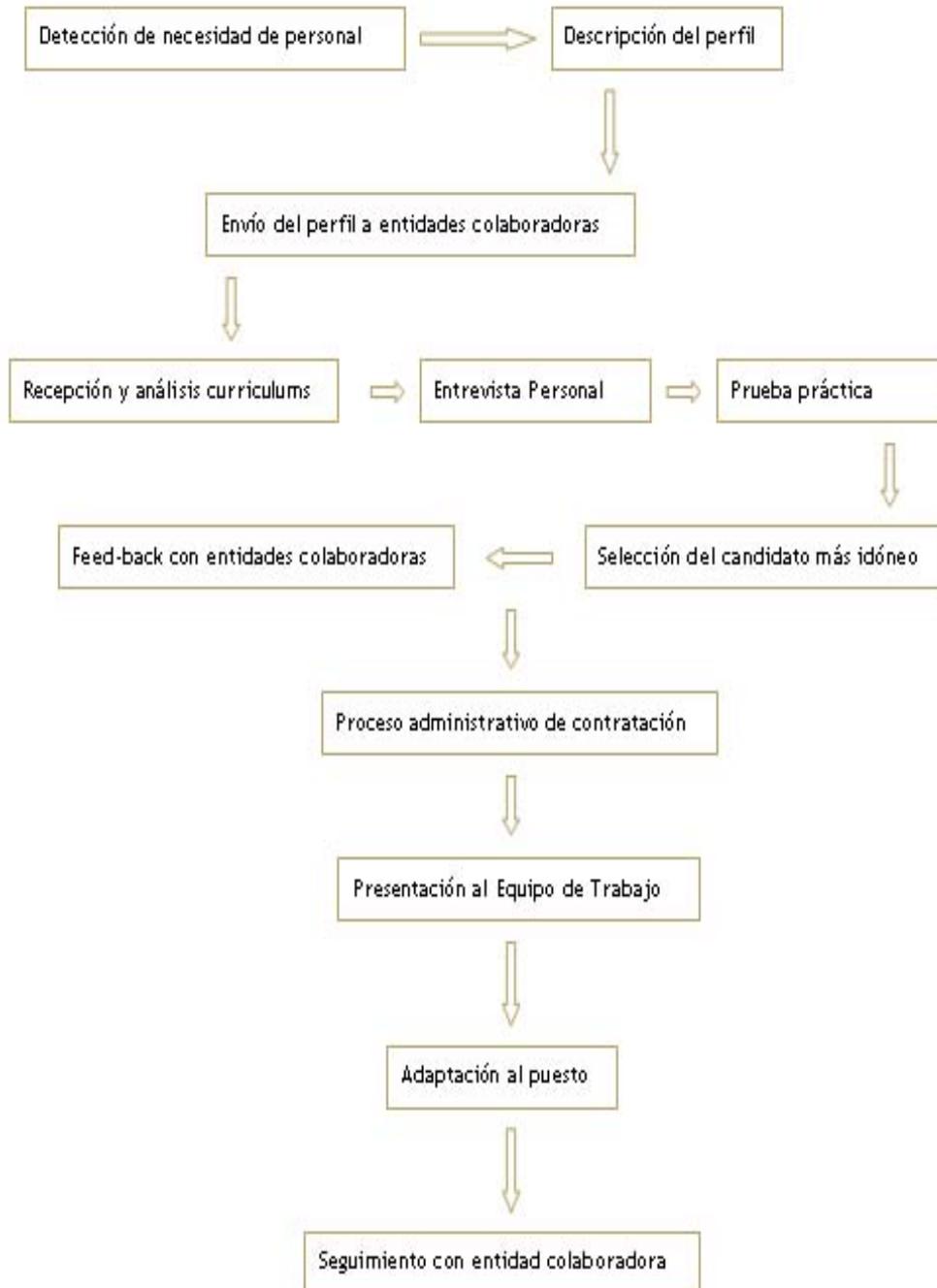


Figura nº5: Extraído de documentación histórica y técnica MAPISER

3.3.4. Programa de inserción Personalizado.

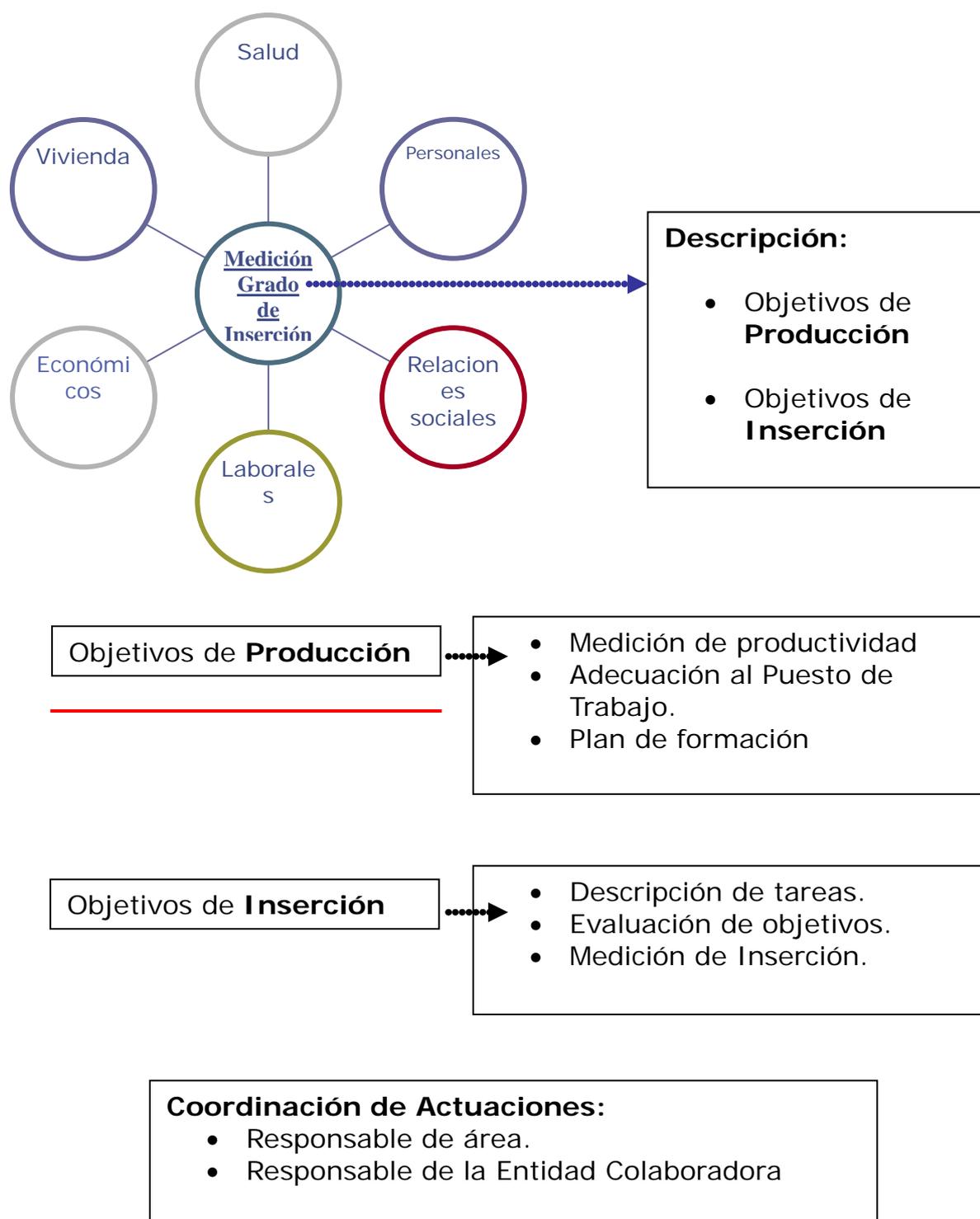


Figura nº6: Extraído de documentación histórica y técnica MAPISER

3.4. Desarrollo del Programa de Inserción Individualizado (P.I.P)

A continuación desarrollaremos el Programa de Inserción Individualizado para un trabajador de MAPISER que padezca un trastorno de la personalidad.

3.4.1. Objetivos:

a) Objetivo General:

Inserción Socio-laboral del Paciente con Trastorno límite de la personalidad.

b) Objetivos Específicos:

b.1) Capacitación profesional.

b.2) Adquisición de hábitos laborales.

b.3) Formación para mejorar la empleabilidad.

b.4) Adquisición de habilidades sociales y de comunicación.

b.5) Adquisición de hábitos de higiene.

b.6) Capacitación para realizar gestiones cotidianas de forma autónoma.

b.7) Conocimiento de derechos y obligaciones laborales.

3.4.2. Desarrollo de las actividades.

Las actividades aunque se incluyen en el programa individual, en algunas ocasiones es necesario realizarlas en grupo de manera que se pueda observar de primera mano el comportamiento, y las conductas de los trabajadores en grupo.

b.1 Capacitación profesional.

b.1.1 Charla con el jefe de producción para conocer el puesto que va a desempeñar.

La producción en MAPISER es variada, no siempre se cuenta con los mismos objetos de producción, esto cambia cada 15 días; por lo que en esta actividad el jefe de producción explica a los trabajadores el trabajo que se va a desempeñar durante los próximos 15 días, como se va a realizar y cuanta es la producción que se ha de hacer diariamente.

b.1.2. Dotarle de herramientas para que realice las funciones que se le encomiendan.

Una vez explicado en qué consistirá el trabajo en las próximas semanas se le explica también cuales son las herramientas idóneas para realizar el trabajo de las mejor manera posible. Se hacen presentaciones de cada una de las piezas y se insiste en la resolución de dudas, ya que, importante minimizar los accidentes laborales.

b.2. Adquisición Hábitos laborales.

b.2.1. Hábito de fichar a la entrada y salida de trabajo

Esta actividad tiene como objetivo fomentar la responsabilidad y la puntualidad de los trabajadores. Se realiza al entrar a trabajar y al acabar la jornada, sobre todo se les recomienda que en caso de que lleguen tarde o que no acudan a trabajar, avisen y aporten el justificante.

b.2.2. Cumplir con los tiempos de descanso.

Esta es una de las actividades más esperadas por los trabajadores, ya que, es su tiempo de ocio y desconexión del trabajo les permite interaccionar entre compañeros, fumar, almorzar y todo eso en 15 minutos sobre las 10 de la mañana y 5 minutos alrededor de las 12 del mediodía.

Se les pide puntualidad y en caso que no la cumpla como sanción se les resta los minutos que han llegado tarde del tiempo de descanso siguiente.

b.3. Formación para mejorar la empleabilidad.

b.3.1. Talleres de formación sobre áreas de producción

La producción de la empresa es muy dinámica y muchas veces polivalente, ya que, los clientes demandan ciertos servicios en los cuales hay que estar en permanente formación, por lo que el jefe de producción es el encargado de realizar estos talleres comentándoles las novedades de la producción y las nuevas herramientas a utilizar.

b.3.2. Grupos de discusión-Mesa redonda. sobre las actividades relacionadas con la formación.

Esta actividad sirve de evaluación de la mencionada anteriormente, para saber si se cumple con lo demandado por los clientes y si los trabajadores creen que la información que se ha proporcionado ha sido la idónea o si creen que se debería profundizar en algún aspecto en concreto.

b.4. Adquisición Habilidades sociales y de comunicación.

b.4.1. Técnicas para la resolución de conflictos.

Esta actividad se realiza si hay demanda por parte de los trabajadores, al pasar juntos 8 horas diarias de lunes a viernes, es inevitable que se creen conflictos, pero se espera la iniciativa de los trabajadores de resolver estos conflictos.

Se realiza una charla teórico- práctica en la que se intenta inculcar la empatía y la escucha activa que se entiendan las situaciones de ambos protagonistas del conflicto.

b.4.2. Técnicas de Role-playing

Una vez han sido demandadas y se han establecido los conceptos, se realizan diferentes situaciones que pueden pasar en la empresa, se pide que se pongan en pareja y simulen dichas situaciones, luego nos ponemos todos en una mesa redonda y explicamos los sentimientos surgidos al realizar esta técnica.

b.5. Adquisición Hábitos de higiene.

b.5.1. Ducharse al acabar la jornada laboral.

El objetivo de esta actividad es fomentar y perpetuar los hábitos de limpieza, para poder realizar esta actividad se pide la colaboración de los familiares de manera que, los trabajadores en casa sigan la misma dinámica.

b.5.2. Supervisión del limpieza respecto al uniforme de trabajo.

Al momento de fichar se controla que el uniforme este limpio, sin rotura y que lleven el calzado de seguridad adecuado.

En caso de que no sea así se da un margen de 2 días para que el trabajador pueda cumplir con las normas de limpieza; de seguir en la misma línea se contacta con las familias para saber qué es lo que sucede.

b.6 Capacitación para realizar gestiones cotidianas de forma autónoma.

b.6.1. Sesión Informativa del funcionamiento de la actividad productiva.

Esta actividad la realiza todo el grupo interdisciplinar, es un momento muy agradable, ya que, se rinde cuentas de la producción y sobre todo se agradece a los trabajadores por el esfuerzo que realizan, ya que, en muchas ocasiones realizan horas extras, para que la producción, salga adelante.

Con esta actividad se fomenta la integración, el autoestima y la autonomía personal.

b.6.2. Fomento de la autonomía mediante el desarrollo individual de trabajo.

El objetivo de esta actividad es la autonomía personal, laboral de cada uno de los trabajadores.

Por lo que, al iniciar la jornada laboral han de ser capaces de recoger su hoja de trabajo, de buscar los productos a manipular y las herramientas necesarias, sin supervisión del jefe de producción.

Al finalizar la jornada han de dejar la hoja de trabajo anotando la producción obtenida, donde la han guardado y las herramientas cada uno en su lugar de origen.

b.7. Conocimiento de derechos y obligaciones laborales.

b.7.1. Coloquio de sensibilización sobre los derechos y obligaciones

En esta actividad se da la información más actual respecto a la reformas que pueden haber respecto a las empresas de empleo protegido, y se les recuerdan los derechos que tienen como trabajadores de MAPISER así como las obligaciones.

Todo esto se plasma en un tablón donde de acceso para todos los trabajadores.

b.7.2. Exposición dinámica sobre los derechos y deberes laborales

Esta actividad se realiza de libre albedrío, es decir, todos y cada uno de los trabajadores pueden traer noticias, fotografías, dibujos sobre lo concerniente a la información.

Este es un taller muy enriquecedor para ellos, ya que, se siente integrados en la empresa y su opinión es importante.

3.4.3. Financiación y recursos.

a) Recursos Humanos.

Para desarrollar este programa contaremos con un equipo interdisciplinar compuesto por:

- Una educadora social
- Un psicólogo
- Una trabajadora Social.
- Monitor de tiempo libre.
- Una intérprete en lengua de signos.
- Responsable de área en la empresa.

b) Recursos materiales.

- Folletos informativos sobre las actividades que se realizarán.
- Proyector para llevar a cabo las exposiciones de las charlas y talleres.
- Sala de reuniones disponible en la empresa a los que pueden acceder
- Material lúdico aportado por empresas las distintas entidades colaboradoras (ONCE, ASZA...)
- Folios y bolígrafos para los/las asistentes a los talleres.

- Cuatro ordenadores portátiles.
- Teléfonos móviles para realizar las llamadas que sean necesarias.
- Cuestionarios o encuestas para evaluar la satisfacción de los o las asistentes a cada taller, actividad lúdica.

c) Recursos Económicos.

Este programa está financiado por MAPISER, dentro de los presupuestos anuales que tiene la empresa, dentro del área de formación y promoción interna; no podemos presentar cuantías exactas, ya que, el presupuesto varían según los acuerdos y las subvenciones que concede la Comunidad Autónoma de Aragón.

3.4.4. Sistema de evaluación.

Se trata de conocer si el programa está cumpliendo los objetivos planteado desde el momento de la acogida, el proceso de adaptación del trabajador en la empresa. Con la evaluación se valora si ha habido diferencias entre el funcionamiento real y el previsto en el diseño del mismo y se conoce a su vez conocer el impacto que está teniendo en el ámbito social.

3.4.4.1. Sistema de evaluación y seguimiento.

La evaluación se llevará a cabo durante el transcurso del programa, que en este caso será desde la entrada del trabajador a la empresa hasta la finalización de su contrato que en un principio es de 3 años (la normativa así lo exige). En el momento de realizar la evaluación tras la finalización del programa se valora si esa persona está

preparada para poder trabajar en una empresa ordinaria o se barajan posibilidades de inserción en empresas de la misma categoría que MAPISER.

A lo largo de la evaluación, se deberán plantear ajustes y mejoras que favorezcan su desarrollo; es necesario que haya una retroalimentación durante todo el proceso de diseño, implantación y desarrollo. Para ello, será necesario analizar con objetividad los resultados obtenidos durante el proceso y al finalizar el mismo. También será necesario que se produzca una adecuación y reajuste permanente y medidas que favorezcan un mejor funcionamiento durante las distintas intervenciones con el trabajador.

Será importante realizar un seguimiento sobre cómo se están llevando a cabo el programa, para determinar qué actividades y acciones se han realizado con éxito y cuáles no. Habrá que valorar el impacto negativo y positivo que tiene el programa sobre el destinatario. Tras esta evaluación se deberán concluir los puntos fuertes y los puntos débiles de las actuaciones realizadas para identificar las fortalezas y las debilidades que se han percibido.

3.4.4.2. Definición de los indicadores.

Para la evaluación del Programa, se ha establecido un sistema de indicadores básicos que permiten valorar el grado de cumplimiento de los objetivos de los programa de inserción individualizado.

Dicho sistema contempla ocho indicadores de implantación, que miden las acciones de la intervención; once de evaluación, que miden el cumplimiento de los objetivos y medidas y el grado de satisfacción de los diversos grupos implicados y uno de recursos, que hacen

referencia a los distintos medios utilizados (materiales y humanos).

a) Indicadores de evaluación:

- Se ha cumplido el objetivo de la reunión de bienvenida
- Asiste a las tertulias con el equipo interprofesional.
- Aportaciones o iniciativas que muestra para participar en alguna actividad de las propuestas por el equipo.
- Destaca en las tareas que se le encomiendan dentro de su labor en la empresa.
- Cumple con los requisitos de higiene.
- Ha adoptado los hábitos laborales
- Protesta ante situaciones temporales que se den en la empresa por exceso de pedidos (hacer horas extras o trabajar incluso en sábado, cuando su horario habitual es de 39 horas de lunes a viernes)
- Demuestra responsabilidad e implicación en la empresa.
- Es reacio a participa en los talleres de role-playing o resolución de conflictos.

b) Indicadores de recursos: hacen referencia a los recursos humanos y materiales que se ponen a disposición para la implantación del programa.

- El equipo interdisciplinar ha sido el adecuado.
- Los materiales han sido los adecuados y han dado a basto.

c) Indicadores de calidad: están relacionados con el cumplimiento de objetivos y con el grado de satisfacción.

- Grado de satisfacción de las asistentes (a nivel de equipo interdisciplinar y del trabajador) tras haberlo los talleres propuestos realizado.

- Grado de satisfacción manifestado por los trabajadores de la empresa referente a la mejora de la producción.

3.5. Temporalización.

La temporalización que presentaremos a continuación es una compresión de 3 años que es el plazo máximo de contratación de un empleado en MAPISER.

Por lo que las actividades que se muestran en el programa se desarrollaran durante todo ese tiempo así como la evaluación, que estará presente en todo momento.

OBJETIVO	Inserción Socio-laboral del Paciente con Trastorno límite de la personalidad.	
Programa de Inserción Personalizado		
<u>Objetivos</u> <u>Específicos</u>	<u>Actividades del programa.</u>	<u>Temporalización</u>
Capacitación profesional	Charla con el jefe de producción para conocer el puesto que va a desempeñar	Cada 15 días
	Dotarle de herramientas para que realice las funciones que se le encomiendan.	Cada 15 días
Hábitos laborales	Hábito de fichar a la entrada y salida de trabajo	Cada día
	Cumplir con los tiempos de descanso.	Cada día

Formación para mejorar la empleabilidad.	Talleres de formación sobre áreas de producción	1 vez al mes
	Grupos de discusión-Mesa redonda. sobre las actividades relacionadas con la formación.	Cada 3 meses
Habilidades sociales y de comunicación	Técnicas para la resolución de conflictos.	Cada 15 días
	Técnicas de Role-playing	Cada 15 días
Hábitos de higiene	Ducharse al acabar la jornada laboral	Cada día
	Supervisión de la limpieza respecto al uniforme de trabajo.	Cada día
Capacitación para realizar gestiones cotidianas de forma autónoma	Sesión Informativa del funcionamiento de la actividad productiva.	Cada día
	Fomento de la autonomía mediante el desarrollo individual de trabajo.	Cada 15 días
Derechos y obligaciones laborales	Coloquio de sensibilización sobre los derechos y obligaciones	Cada 3 meses
	Exposición dinámica sobre los derechos y deberes laborales *	Cada 2 meses

4. Conclusiones



En primer lugar decir, que en el momento de presentar la propuesta a la directora de este trabajo fin de grado, el título iba enmarcado y limitado a los trastornos de la personalidad, pero ahondando en el tema y con el objetivo de realizar una sistematización más exacta del centro donde se realizó el "Practicum de Intervención"; se decidió definir un nuevo tema que especificaría uno de los trastornos de la personalidad, el trastorno límite de la personalidad, ya que, es un tema muy complejo, dinámico y porque es el colectivo mayoritario de la empresa de inserción Manipulados y Servicios "El Picarral".

Decir que, la enfermedad mental es un tema que al principio crea mucha intriga y expectativa, ya que, se asocia a algo oscuro, que todos hablan de ello, pero que no se sabe en sí el por qué y finalmente siempre es mucho más rápido y cómodo generalizar y denominar a estas personas como "locas", "malas", "difíciles de llevar e incomprensibles" y más si el paciente es una persona con trastorno límite de la personalidad, vulnerable, desconfiado, sobreprotectores, inflexibles; que en muchas ocasiones hacen daño a las personas que más quieren, logrando un entorno hostil que si no hay voluntad por parte de la familia se convierte en distanciamiento, cansancio, culpabilidad y abandono.

Pero en realidad lo que les pasa a estas personas es que quieren sentirse escuchadas pero muchas veces ni ellas mismas saben cómo manifestarlo, porque aunque puedan pedirte que les tengas en cuenta, que no te olvides de ellas, que no les abandones y que impongan su voluntad por encima de todo; existe algo que es mucho más fuerte que su personalidad y que marcó y marcará para siempre sus vidas y son **los traumas** que pueden haber ocasionado que sean las personas que son ahora, nacieron "normales"

anatómicamente y psíquicamente, pero el entorno, sus vivencias, sus experiencias, han hecho que en un momento dado, una de ellas les marque para toda su vida, y cambie por completo todos sus sentimientos, sus actitudes, su manera de vivir, son tan fuertes estos traumas que en muchas de las ocasiones suelen terminar en suicidios o en autocastigos que nadie, ni la persona más cercana afectivamente puede llegar a comprenderlo; es una lástima porque para esta enfermedad no hay cura, pero sí instrumentos y técnicas que ayuden a que esta no vaya a más y que estas personas tengan la oportunidad de convivir, compartir y ser parte de la sociedad.

Puede que existan épocas en las que se evaden, se encierran en sí mismas, no entiendan de razones, y sientan que el mundo obra en contra suya, pero si existe un apoyo por parte de su entorno más cercano, es probable que eso no dure por mucho tiempo, pero para ello estos puntos de apoyo deben a su vez pedir ayuda, informarse, y tratar de conocer y entender que es lo que pasa y que se puede hacer, y en la búsqueda de ayuda y tratando de responder a las múltiples preguntas que les pueden aquejar, es donde la labor del profesional del Trabajo social es fundamental, no solo por lo que engloba su amplia práctica tradicional y su teoría que la conforman como disciplina, si no por su labor como agente de cambio y compromiso activo con la sociedad y esto es lo que demuestra la trabajadora social en la empresa MAPISER, su lucha contagia y te hace ver una realidad donde todo aquello es posible para estas personas si confiamos en que pueden hacerlo, en que son actores productivos e imprescindibles en la sociedad, solo hay que brindarles las herramientas adecuadas, buscar su mayor habilidad y potenciarla, logrando así su autonomía en todas las ámbitos de su vida y hacerlo sentir PERSONAS, con sus especificidades, pero personas.

Esto es un trabajo plenamente en equipo; profesionales, familia, usuario se esfuerzan por que la situación mejore para todos, pero partiendo de la base de que ha de ser el mismo protagonista el agente de su propio cambio.

El modelo sistémico llevado al trabajo social con familias, incluye para su tratamiento una totalidad en las relaciones, que permite a la trabajadora social enfrentarse, gracias a los supuestos teóricos del modelo, a una serie de contradicciones familiares que es preciso conocer para poder ayudar a la familia y que pasarían inadvertidas si no es a través de la metodología sistémica. Por ejemplo, si un trabajador-a de MAPISER empieza una relación sentimental con otra persona y lo comenta, el contacto de los padres hacia la trabajadora social es indispensable, ellos querrán tener toda la información posible, sobretodo para estar pendientes de que están con ellos por lo que son, no por lo que les puedan ofrecer que normalmente suele ser interés económico.

Así como si se observa que el trabajador no esta cumpliendo con los hábitos de higiene o de responsabilidad en el trabajo, se les llama a los tutores o a los padres y se indaga el porqué de esa situación.

Dichas contradicciones inciden profundamente en el núcleo familiar y están presentes durante todo el proceso de ayuda, condicionando en todo momento en la relación Trabajador Social y familia.

La metodología sistémica incluye todos estos elementos en su explicación de la familia ayudando a los trabajadores sociales a descubrir la dinámica familiar y el juego interno de la familia.

Finalmente expresar que a nivel personal debo decir que ha sido una gran lección de vida, me ha enriquecido a nivel intelectual, profesional y personal. Debo confesar que cuando empecé la carrera intentaba priorizar otros colectivos en los que es necesaria la intervención del trabajador social, sin mostrar mucho interés por la enfermedad mental, y ahora puedo decir que llegué a tiempo porque los años de carrera han hecho que adquiera unas habilidades y unas competencias que me han ayudado a poder seguir el ritmo de intervención que realiza la trabajadora social con ellos.

Destaco la empatía, la escucha activa, como técnica de investigación social, la observación. Es increíble ver el día a día de esas personas, su evolución, sus momentos de crisis y el control de sentimientos y emociones por parte de la profesional, que hacen que no exista apenas implicación emocional, para no caer en paternalismos, pieza clave del éxito de la intervención.

Sobretudo mantengo la idea del inicio de este trabajo; la importancia que tiene para la sociedad, entender, que es necesaria e imprescindible la integración de los enfermos mentales en el mundo laboral, y que solo es cuestión de observar y ser su apoyo en el momento del "empujón" y ellos harán el resto.

5. Glosario de términos.



1. Alucinaciones: Sensación subjetiva que no va precedida de impresión en los sentidos
2. Ansiedad: Estado de agitación, inquietud del ánimo. Proceso natural de activación fisiológica que hace movilizar a los seres humanos y otros animales ante el peligro
3. Apófisis mastoides: Prominente proyección redondeada del hueso temporal localizado detrás del conducto auditivo externo y constituye un importante punto de inserción de músculos, incluyendo el esternocleidomastoideo.
4. CIE-10: *Clasificación internacional de enfermedades* (décima versión)
5. Delirium: Síndrome que refleja una disfunción cerebral debido a enfermedad sistémica o cerebral, alteración metabólica, intoxicación o abstinencia de sustancias.
6. Demencia: Síndrome que refleja un deterioro progresivo en los procesos del pensamiento.
7. DSM-IV: *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (cuarta edición)
8. Eje I: Se describe el trastorno o trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno.
9. Eje II: Se especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo o retraso mental
10. Eje III: Se especifican otras afecciones médicas que puede presentar el paciente.
11. Excentricidad: Rareza o extravagancia de carácter. Comportamiento inusual o extraño de un individuo.

12. Fenomológico: Conjunto de métodos y análisis de investigación.
13. Fluctuaciones: Irresolución, indeterminación o duda con que alguien vacila, sin acertar a resolverse. Situación en la que un individuo ha de tomar una decisión y su inseguridad hace que no se atreva a decidir por el mismo.
14. Hematopoyéticos: Proceso de formación, desarrollo y maduración de las células sanguíneas.
15. Intrapsíquicos: Se refiere a lo que se origina en el interior, tiene lugar o está ubicado dentro de la psique o mente.
16. Psicopatologías: Estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales
17. Retraso mental: Funcionamiento intelectual menor de lo normal con limitaciones del funcionamiento adaptativo
18. Sintomatología: Conjunto de los síntomas de una enfermedad
19. Susplicacia: Especie o idea sugerida por la sospecha o desconfianza. Ver siempre la maldad o la mala intención en los actos y las palabras del resto de la gente que lo rodea, aunque claro, estos no la tengan.
20. Técnica del role-playing: Técnica en la cual se simulan situaciones de la vida real.
21. Trastornos amnésicos: Trastorno de la memoria que provoca una incapacidad significativa en el funcionamiento social o laboral.
22. Trastornos facticios: síntomas físicos o psicológicos que son intencionalmente producidos o representados para asumir el rol de enfermo.
23. Trastornos psicóticos: Trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales. Las personas con

psicosis pierden el contacto con la realidad. Dos de los síntomas principales son delirios y alucinaciones.

24. Trastornos somatomorfos: presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica.

6. Bibliografía



1. Belloch, A. (2002) Trastornos de la personalidad. 2da Edición. Madrid: Síntesis ediciones.
2. Bertalanffy, L. (1993). Teoría general de los sistemas : fundamentos, desarrollo, aplicaciones. 1era Edición. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
3. Cano, A. (2002): "Teoría Jurídica de la economía social: la sociedad laboral: una forma jurídica de empresa de la economía social". Colección de Estudios del CES (Consejo Económico y Social)
4. Decreto 212/2010 de 30 de noviembre del Gobierno de Aragón, por el que se crea el Registro de Centros Especiales de Empleo de la Comunidad Autónoma de Aragón.
5. Decreto 32/2003, de 10 de marzo, por el que se regula la inserción sociolaboral en empresas de inserción.
6. DI CARLO, Enrique. "El paradigma humanista como sustancia del trabajo social: el trabajo social y el paradigma humanista dialéctico. Alternativa de reorganización teórica y metodología del trabajo social profesional". Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social. N. 5 1997 oct. ISSN 1133-0473, pp. 281-311.
7. Estudio sobre la Inserción laboral de la enfermedad mental en Zaragoza (2005). CERMI Aragón
8. Fernández. M^a J. (2007) Trastorno límite de la personalidad. 1era Edición. Salamanca: Amaru ediciones.
9. Gálvez M., Mingote A., Moreno B.. El paciente que padece un trastorno de personalidad en el trabajo. Med. segur. trab. [revista en la Internet]. 2010 Sep [citado 2012 Mayo 26] ; 56(220): 226-247. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2010000300005&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2010000300005>.

10. González. O. Enfermedad mental, estigma y legislación. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2009, vol. XXIX, n.º 104, pp. 471-478.
11. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad [Versión completa]. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.
12. La constitución española de 1978.
13. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
14. Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad.
15. Ley 44/2007, de 13 de diciembre, para la regulación del régimen de las empresas de inserción.
16. Linehan, M.M. (2009) Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. 1era edición. Barcelona:Ed. Paidós.
17. MAPISER S.L: Memoria 2010
18. Millon & Davis. Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV. 2da edición. Barcelona: Masson ediciones. 1998.
19. Millon T. (2006) Trastornos de la personalidad en la vida moderna.2da Edición. Barcelona: Masson ediciones. 2006.
20. Mosquera, D. ; Ageitos, L.; Bello M^a J. y Pitarch, S. (2009). Llenando el vacío: Un espacio para la familia.1era edición. Madrid: Pléyades ediciones.
21. Navarro M.V., Garcia A., Guillen, V.Botella, C.(2008) Resultados preliminares de la terapia dialéctico-

- comportamental en población española: un estudio de caso. Jornades de Foment de la investigació. Universitat Jaume I.
22. Oyaga R. Experiencia de una empresa de inserción: MAPISER. Rev. Inaem 2001. n. ° 3, pp. 81-89.
 23. Real Decreto 469/2006, de 21 de abril, por el que se regulan las unidades de apoyo a la actividad profesional en el marco de los servicios de ajuste personal y social de los Centros Especiales de Empleo.
 24. Rojo, M; García M. (2003): Psicopatología de la afectividad y de la actividad motora. Madrid: ed. Promolibro.
 25. Viscarret. J. (2007). Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social. 1era Edición. Madrid: Alianza editorial.

6.1. Recursos electrónicos.

1. Asociación Catalana para el tratamiento de la ansiedad y la depresión. Consultado el 25 de mayo del 2012. Disponible en: www.actad.org.
2. Coordinadora aragonesa de voluntariado. Consultado el 30 de abril de 2012. Disponible en: <http://www.aragonvoluntariado.net/entidadesdetalles.php?id=8>.
3. Página del psicólogo- psicoterapeuta Jorge Castelló Blasco. Consultado el 25 de marzo. Disponible en: <http://www.trastornodelapersonalidad.es>
4. Psicología, medicina, salud y terapias alternativas. Consultado el 26 de mayo. Disponible en: <http://www.cepvi.com/>
5. Real Academia de la lengua española. Consultado el 20 de mayo del 2012. Disponible en: www.rae.es.
6. Web informativa para familiares interesados y profesionales sobre el Trastorno Límite de la Personalidad. Consultado en 2 Febrero de 2012. Disponible en: <http://usuarios.discapnet.es/border/tlpstart.htm>.